

# PULS SZPITALA

WOJEWÓDZKI  
SZPITAL  
SPECJALISTYCZNY  
W OLSZTYNIE

ISSN 1644-8162

NR 20/2 KWIECIEŃ – CZERWIEC 2008



- **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – str. 5**
- **Nowy Mammograf – str. 10**
- **Z cyklu Zmysły - Oczy – str. 12**
- **Wakacyjna Apteczka – str. 26**

# JAK ZMNIĘJSZYĆ PRĘDKOŚĆ KIEDY LECISZ NA OPARACH

Obecna technologia dokonała trzech rzeczy w świecie. Nasz świat stał się mądrzejszy, bardziej złożony i nabrał tempa. Żyjemy „szybciej” niż nasi rodzice, a nasze dzieci będą żyły jeszcze „szybciej” niż my. Jak wielu z was otrzymało już mandat za przekroczenie prędkości? Świat przyspiesza coraz bardziej, a ludzie próbują na wszystkim zaoszczędzić czas.

## Przyjrzyjmy się skutkom pośpiesznego stylu życia

Kiedy zawsze jesteśmy w pośpiechu, nasze osobiste rezerwy wyczerpują się. Nie możemy być naładowani bez uzupełniania energii. Nie ma nic złego w tym, gdy idzie się szybko. Niewłaściwe jest to wtedy, kiedy trwa to zbyt długo. Nawet markowa bateria, która chodzi i chodzi, w końcu też musi się wyczerpać. Taki sposób funkcjonowania powoduje poczucie stresu w naszym życiu. Chodząc na najwyższych obrotach tracimy również swoją radość. Zadowolenie i radość przychodzą powoli. Może nam się wydawać, że się cieszymy, ale tak naprawdę nie cieszymy się w pełni, bo tracimy szczegóły. To tak jak zwiedzać miasto przez okno pędzącego samochodu. Szybkie tempo sprawia, że jesteśmy mniej produktywni, gubimy naszą kreatywność. To jest prawo malejących przychodów. Dobrze jest mieć w życiu chwile wyciszenia, uspokojenia, odosobnienia, zwłaszcza, że wokół nas jest tak absorbujący świat. Jest to niezbędne aby poważnie zastanowić się nad tym co naprawdę jest istotne.

## Uczmy się być zadowolonymi

Z natury nie jesteśmy zadowolonymi osobami, gdyż taka jest nasza osobowość. Chcemy aby rzeczy wyglądały inaczej. Nasze szczęście uzależniamy od stanu posiadania. Życie to nie posiadanie rzeczy. Zanim się urodziliśmy, nic nie posiadaliśmy i nie będziemy posiadać czegokolwiek po śmierci. Zadowolenie oznacza, że zdajemy sobie sprawę, iż nie potrzebujemy więcej, by być szczęśliwymi ludźmi. I nie czekamy na więcej by być szczęśliwymi. To nie oznacza, że nie mamy żadnych ambicji. Ważne jest by mieć ambicje, cele, marzenia i wykorzystać je jak najlepiej. Szczęście jest wyborem. Jesteśmy tak szczęśliwi, jak wybraliśmy by być. Nie powinniśmy zrzucić winy na okoliczności. Jeśli nie jesteśmy szczęśliwi z tymi okolicznościami, nie będziemy też szczęśliwi z innymi. Zawsze będzie coś niewłaściwego. Powinniśmy więc nauczyć się być szczęśliwymi pomimo różnych sytuacji.



Co więc zatem jest przyczyną tego, że jesteśmy nieszczęśliwi? Dobrze jest uświadomić sobie główne mity dotyczące naszej kultury.

### posiadanie sprawia, że jesteś bardziej szczęśliwy

Sa tysiące przykładów, że posiadanie więcej nie musi oznaczać, że ktoś jest bardziej szczęśliwy. „Co człowiek zyska jeśli posiadać będzie cały świat, a na duszy swojej szkodę poniesie.” Większość ludzi żyje życiem, które składa się z dwóch etapów. W pierwszej połowie życia poświęcają oni swoje zdrowie by zdobyć bogactwo. Przepracowują się przy tym, w wyniku czego ich ciało zaczyna podupadać na zdrowiu. W drugiej połowie życia poświęcają oni bogactwo, by zyskać zdrowie.

### robiąc więcej czujesz się więcej wart

Wielu ludzi uważa, że jeśli będą więcej robić, to ludzie będą ich bardziej kochać, lubić, cenić, podziwiać i szanować. Dlatego też, udowodniają swoją wartość poprzez intensywną pracę. Powinniśmy jednak pamiętać, że jeżeli swoją wartość uzależnimy od pracy, to będzie-

my „jechać na oparach” przez całe swoje życie. Nie każdy, kto jest ambitny zasługuje na podziw. Wiele ambicji jest kierowanych bardzo niezdrowymi motywacjami - sukcesem, strachem, poczuciem winy, zawiścią lub zazdrością. Są ludzie, którzy odnieśli wielki sukces, a ich motywacją była zemsta, niepewność, egocentryzm. Wszystkie te rzeczy, to niezdrowe emocje. Nie budujmy również naszego poczucia wartości na ocenie symboli społecznych, ponieważ za rok tym symbolem będzie już coś innego. Posiadanie więcej nie uczyni człowieka bardziej szczęśliwym, a robienie więcej nie uczyni go bardziej wartościowym.

### życie nie jest konkurencją z innymi ludźmi

Tak naprawdę nie jesteśmy konkurencją dla nikogo, ani dla swojego sąsiada, ani dla szefa, ani dla przyjaciela. Każdy człowiek jest unikalny. Nawet, jeśli jest bliźniakiem. Ma unikalne linie papilarne. Unikalny kształt dłoni. Unikalne oczy. Unikalny głos. Nie musimy już dalej pachnieć, jak inni, ubierać się jak inni, wyglądać jak inni i mówić jak inni. Jednak aby tak było, musimy być sobą. Porównywanie się z innymi ludźmi, wywołuje zazdrość,

zniechęcenie, kompleksy, lub stwarza powód do pychy. Kiedy zaczynamy coś porównywać w swoim życiu, wywołuje to u nas stan niezadowolonia. A przecież, kiedy zaczniemy żyć życiem zadowolonym, to wtedy zaczniemy zwalniać, lepiej funkcjonować psychicznie i żyć bardziej normalnie.

### Dobrze jest więcej słuchać i mniej mówić

Wielu ludziom bardzo zależy, by powiedziec swoje zdanie, przekazać swój punkt widzenia, nawet nie czekając, aż ktoś skończy. Takie zachowanie prowadzi często do zdenerwowania. Wywołuje gniew. Niektórzy ludzie wybuchają, a inni zamykają się w sobie. Każdy jest albo skunksem albo żółwiem. Kiedy się złościmy i jesteśmy skunksami, to wszyscy to poczują. Każdy wówczas wie, że jesteśmy zdenerwowani. Jeśli jesteśmy żółwiami, to jesteśmy małymi tchórzami i chowamy się do swego pancerza.

Kiedy człowiek podczas rozmowy zatrzyma się i pomyśli, to otrzyma nową perspektywę dla danej sytuacji. A perspektywa jest tym, co pomaga podjąć mądre decyzje. Dzisiaj każdy chce wiedzieć, jak podejmować decyzje szybciej. Za pięćdziesiąt lat ludzie nie będą się zastanawiać, czy podejmował decyzje szybko, ale czy decyzje, które podejmował były słuszne.

### Odpoczynek jest bardzo ważny

Popularne jest stwierdzenie, że jeśli będę pracował jeden dzień więcej, to będę miał większe zyski. Popracuję w ten sposób tylko przez krótki okres.

Prawdą jest jednak to, że często używamy naszych dni wolnych na odrabianie zaległości lub innych prac. Jeśli nie zarezerwujemy odpoczynku dla ciała, to ono się wyeksploatuje. Żyjemy w społeczeństwie o wysokim poziomie adrenaliny. Jeśli w naszym samochodzie zapali się lampka przegrzania silnika, to musimy się zatrzymać. Jeśli nie zwolnimy, to okoliczności zmuszą nas do tego.

### Rozładujemy swoje emocje

Dobrze jest spędzić jakiś czas w wyciszeniu. Odłączyć się od relacji z innymi. Zrobić coś, co nas odświeży. Nawet jeśli wygramy w wyścigu szczurów, nadal jesteśmy szczurami. Musimy wystąpić z tej rywalizacji, odpiąć się od tego kierunku.

Możemy mówić: „Zróbmy to! Ten projekt brzmi nieźle! To wielka okazja! To brzmi fantastycznie!” Jesteśmy tym podekscytowani. Jednak entuzjazm bez zapoznania się z faktami w pierwszej kolejności – bez odpowiedniej wiedzy – nie jest rozsądny. Nie jest też dobry.

**ten, kto porusza się zbyt szybko może pójść niewłaściwą drogą**

Kiedy jedziemy zbyt szybko nie zauważamy znaków ostrzegawczych, które przemawiają do nas przez okoliczności i przez innych ludzi.

Ktoś, kto się śpieszy, popełnia błędy. Czasami musimy ponownie wykonać jakąś pracę, ponieważ za pierwszym razem robiliśmy ją w pośpiechu i nie wykonaliśmy tego dokładnie. Pochłania to wówczas więcej czasu i energii. Zawsze łatwiej jest w coś wejść, niż z tego wyjść. Łatwiej jest zaciągnąć dług, niż go spłacić. Łatwiej jest wejść w relacje, niż zerwać relacje. Łatwiej jest wejść w kłopoty, niż wyjść z nich. Łatwiej jest zaplanować coś, niż wypełnić ten plan. Łatwo składa się zobowiązania. Ciężko jest się z nich wywiązać. Zawsze łatwiej jest w coś się zaangażować, niż zrezygnować z tego.

### Nie można dodawać stale nowych zadań

Zawsze kiedy coś dodajemy do swojego planu działania, musimy jednocześnie z czegoś zrezygnować. Dobrze jest wtedy odpowiedzieć sobie na pytanie: Jak ta sprawa będzie wyglądać za kilka lat? Wiele rzeczy, którym oddajemy swoje życie traci swoje znaczenie już w następnym tygodniu. Zrobienie sobie listy tego, co mamy do zrobienia, a czego nie będziemy robić, pozwoli nam odkryć to, w czym jesteśmy dobrzy, do czego mamy predyspozycje, odkryjemy co naprawdę lubimy. Nie musimy się wtedy martwić o rzeczy, w których nie jesteśmy dobrzy. Nikt nie jest dobry we wszystkim.

### Nauczmy się mówić nie

Jeśli nie wiemy co jest najważniejsze, to inni ludzie zdecydują za nas. Będziemy manipulowani przez innych. Potrzebujemy zdecydować, co ma największe znaczenie w naszym życiu.

### Uczmy się cierpliwości

Niecierpliwość jest kolejną przyczyną pośpiechu. „Wszystko ma swój czas i każda sprawa pod niebem ma swoją porę...”. Czy „szybko” zawsze znaczy „lepiej”? Nie. Nie zawsze. Zmartwiając się czujemy ponaglenie i zaczynamy pędzić. Częścią dojrzałości jest dorastanie, dzieci muszą nauczyć się różnicy pomiędzy „nie” i „jeszcze nie”. Opóźnienie nie zawsze jest brakiem spełnienia. W naszym dorosłym życiu ta nauka jest również niezmiernie ważna. Nie mamy w życiu marginesu. Jesteśmy przepracowani ponad miarę. Wszystko w naszej kulturze mówi, aby iść po więcej, iść po lepsze, iść szybciej.

Musimy nauczyć cieszyć się życiem, a nie tylko przetrwać w tym życiu. Wprowadzić rozsądek i prostotę z powrotem do naszych planów. Żyć zrównoważonym, zdrowym życiem. Mieć więcej czasu na relacje z rodziną i innymi ludźmi. Nauczyć się być zadowolonymi bez porównywania się z innymi, słuchać zanim będziemy mówić. Pamiętać o odpoczynku. Zastanawiać się przed podejmowaniem decyzji. Być cierpliwymi.

Barbara Szymczuk

Na podstawie wykładu Krzysztofa Zaręby

## SPIS TREŚCI

- Jak zmniejszyć prędkość kiedy lecisz na operacjach ..... 2
- Audyt nadzoru z zakresu jakości ISO 9001 i ochrony środowiska 14001 w naszym szpitalu ..... 4
- **Znad szpitalnego kałamarnia**  
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii ..... 5
- Stracona puenta ..... 8
- Terapia otyłości ..... 9
- Nowy Mammograf ..... 10
- Komfortowa Nefrologia ..... 10
- Prokalcytonina PCT ..... 11
- **Z cyklu zmysły**  
Oczy ..... 12
- Zrealizuję wszystkie marzenia ..... 14
- Pieniądz robi pieniądz ..... 15
- **Z cyklu prezentacje**  
Sekcja ds. Zamówień Publicznych ..... 16
- Diamentowy masażysta ..... 17
- Wyróżnienie dla Pulsu Szpitala ..... 18
- Uwaga Konkurs ..... 18
- Informacja o projektach ..... 18
- Instrukcja kancelaryjna i rzeczowy wykaz akt ..... 19
- Na Radzie Społecznej ..... 21
- Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia ..... 21
- Co może Komisja Socjalna ..... 22
- Karate Ni Sente Nashi ..... 24
- Wakacyjna Apteczka ..... 26
- „Krzyżówka” ..... 27

# AUDYT NADZORU Z ZAKRESU JAKOŚCI ISO 9001 I OCHRONY ŚRODOWISKA 14001 W NASZYM SZPITALU

W dniach 2 i 3 czerwca 2008r. dwóch audytorów z firmy DEKRA Certification Sp.z o.o. z siedzibą we Wrocławiu wizytowało szpital.



*Audyt ze szkoleń personelu*



*Audyt w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym*

Celem audytu było sprawdzenie i ocena stopnia spełnienia wymagań określonych w międzynarodowych normach ISO 9001: 2000 i ISO 14001:2004. Na spotkaniu otwierającym przedstawiono ostatnie osiągnięcia w zakresie doskonalenia jakości. Zaprezentowano wskaźniki jakości obrazujące systematyczny rozwój szpitala.

Przedstawiono i omówiono dokumenty strategiczne szpitala:

- plan strategiczny szpitala na lata 2008–2012 z omówieniem polityki zdrowotnej regionalnej, strategii i monitoringu rozwoju szpitala
- regulamin porządkowy szpitala, który opi-

suje zarządzanie szpitalem, sposób i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych, zasady współdziałania szpitala z innymi zakładami opieki zdrowotnej, prawa pacjenta

- plan pracy szpitala na rok 2008, który zawiera charakterystykę szpitala, wizję i misję, kierunki rozwoju szpitala, zakup sprzętu i aparatury medycznej, działalność finansową, plan inwestycyjny modernizacji i remontów poszczególnych oddziałów, wybrane zagadnienia z działalności szpitala za rok 2007 takie jak: zakażenia szpitalne, profilaktyka odleżynowa, zgony pacjentów, wykorzystanie bazy łóżkowej, finanse szpitala, poziom kwalifikacji zawodowych personelu, poziom satysfakcji pacjentów, oddziaływanie na środowisko naturalne, działania niepożądane,
- nadzór nad dokumentacją i zapisami,
- działania zapobiegawcze i korygujące,
- audyty wewnętrzne,
- komunikację wewnętrzną i zewnętrzną.

Z zakresu systemu ochrony środowiska omówiono i przedstawiono:

- identyfikację, aktualizację i nadzór nad aspektami środowiskowymi,
- wykorzystanie energii i zasobów naturalnych,



- programy zarządzania środowiskowego i przeciwdziałanie zanieczyszczeniom,
- monitorowanie i pomiary środowiskowe,
- identyfikację sytuacji awaryjnych,
- ćwiczenia pożarowe,
- zarządzanie odpadami medycznymi,
- nadzór nad sprzętem pomiarowym,
- ocenę zgodności z wymaganiami prawnymi i innymi.

Równolegle odbywały się wizyty w wybranych komórkach organizacyjnych szpitala takich jak: SOR, neurochirurgia, ortopedia, chirurgia, laboratorium, endokrynologia i diabetologia, patologia ciąży, fizjoterapia, dział eksploatacyjno-techniczny.

W czasie wizyty w wymienionych oddziałach omawiano następujące zagadnienia:

- cele i wskaźniki procesu,
- planowanie i realizację usługi medycznej,
- kadre i jej kwalifikacje,
- mienie pacjenta,
- test satysfakcji pacjenta,
- prowadzenie i nadzór nad dokumentacją medyczną,
- profilaktykę zakażeń szpitalnych,



*Od lewej: Elżbieta Majchrzak, Hanna Taraszkiewicz, Jerzy Danięcki, Alicja Markiewicz, Stefan Barabasz, Monika Jasina, Arletta Peplińska i Marek Zawisza*



W Oddziale Endokrynologicznym i Diabetologicznym



Szpital został oceniony pozytywnie

- komunikację wewnątrz oddziału i na poziomie szpitala,
- nadzór nad sprzętem pomiarowym i aparaturą medyczną,
- szkolenia personelu,
- reagowanie na awarie,
- gospodarkę odpadami.

Audytorzy na spotkaniu podsumowującym ocenili pozytywnie szpital, wskazywa-

li na jego dobre strony, ze szczególnym uwzględnieniem profesjonalizmu kadry szpitala. Szczegółowe omówienie wizyty będzie opisane w raporcie, który otrzymamy niebawem.

Serdecznie dziękuję liderom, audytorom wewnętrznym, kadrze kierowniczej, lekarzom, pielęgniarkom, położnym, technicom, pracownikom działu eksploatacyjno-

technicznego i pozostałym pracownikom szpitala za pracę, jaką włożyli na rzecz budowania i doskonalenia jakości w naszym szpitalu. Dziękuję Państwu za czas, jaki poświęciliście w okresie wizyty i liczę na dalszą współpracę.

*Alicja Markiewicz  
Zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa*

## z cyklu *Znad szpitalnego katamarza*

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

*dr n. med. Beata Januszko-Giergielewicz*  
[beatagiergielewicz@interia.pl](mailto:beatagiergielewicz@interia.pl)



# ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

Anestezjolodzy w naszym szpitalu to „grupa do zadań specjalnych”. Zajmują się terapią ratującą i podtrzymującą życie. Codziennie balansują na granicy życia ludzkiego. Pojawiają się natychmiast, gdy w szpitalu rozlega się reanimacyjny telefon, wkraczają do akcji szybko, profesjonalni, opanowani, gdy u nas wszystkich, lekarzy i pielęgniarek,

odruchowo poziom adrenaliny sięga zenitu. Czy „puszczają im czasem nerwy”? Oczywiście, że tak! Szybko i konkretnie, tak jak pracują i zupełnie w innych sytuacjach. Właśnie te odmienności zawodowe w sobie szanujemy, są warunkiem przeprowadzenia opisanego wyżej procesu – od przeżycia... do życia pacjenta.

*Najwyższej jakości, nowoczesny sprzęt medyczny, doskonale wykształcona kadra oraz postępowanie według międzynarodowych standardów umożliwia zapewnienie chorym terapii na najwyższym poziomie.*

*dr n. med Dariusz Onichimowski*

Do codziennej pracy potrzebne jest im monitorowanie funkcji życiowych i czynności niewydolnych układów oraz narządów, często metodami inwazyjnymi, intensywne farmakoterapia, a po uzyskaniu stabilizacji parametrów życiowych bezpieczne przekazanie chorych do oddziałów zabiegowych i zachowawczych w celu dalszego ▶

leczenia i rekonwalescencji. Do tego celu potrzebna jest im najnowocześniejsza, specjalistyczna aparatura, którą wraz z pielęgniarkami obsługują. Dlatego też po części są zabiegowcami, po części szeroko edukowanymi, interdyscyplinarnymi lekarzami, po części technokratami (kochają „kosmiczne” techniki medyczne!), właściwie – wszystko w jednym. Bardzo ich podziwiamy. Zaś pielęgniarka anestezjologiczna to prawdziwe wybawienie, gdy kompletnie nie wiadomo, który kabelek służy do czego...Odczułam to nie raz na własnej skórze.

Jak charakteryzuje tę specjalność dr Dariusz Onichimowski są orędownikami „multidyscyplinarnej terapii”:

„W Oddziale Intensywnej Terapii (OIT) leżeni są najczęściej chorzy pacjenci w stanach

Biorąc pod uwagę dynamiczny rozwój naszego szpitala rola ta będzie jeszcze wzrastała. Obecnie w Oddziale zatrudnionych jest 11 lekarzy specjalistów II stopnia, w tym czterech z tytułem doktora nauk medycznych oraz kilku z doświadczeniem nabytym w ośrodkach w kraju i za granicą”.

#### A jak to się wszystko zaczęło?

Tak pisze o tym ordynator oddziału, dr n. med. Dariusz Onichimowski:

Wraz z utworzeniem oddziałów zabiegowych w 1970r. powstał w WSZ dział anestezjologii. Pierwszym kierownikiem była dr Romana Ciesielska, która przeniosła się do Olsztyna z Prabut, gdzie pracowała w szpitalu przeciwgruźliczym. Mieszkając praktycznie w szpitalu wspólnie z jedyną asystentką, dr Elżbietą

Bołoczko, zabezpieczała znieczulenie do planowych i ostrych zabiegów chirurgicznych, ortopedycznych i położniczo-ginekologicznych. Pomoc dyżurową w tym okresie nieśli anestezjolodzy ze szpitala wojskowego dr Grygieńcza i Źarski. Znieczulali także przeszkoleni ginekolodzy dr W. Opacki, F. Stasiulewicz, J. Rodziewicz i H. Rams.

W następnych latach do zespołu dołączyli dr Jarosław Parfianowicz,



Stanowiska intensywnej terapii

bezpośredniego zagrożenia życia w przebiegu urazów, ciężkich zakażeń, ciężkich schorzeń systemowych oraz wielonarządowych, wymagających podtrzymywania funkcji życiowych metodami przyrządowymi i intensywną farmakoterapią oraz ciągłego monitorowania. Oddział, jak większość OIT w innych szpitalach, ma profil mieszany – przyjmowani są pacjenci ze schorzeniami internistycznymi, chirurgicznymi, zatruciami oraz przede wszystkim z urazami, w tym termicznymi i elektrycznymi. OIT Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie jest głównym urazowym ośrodkiem referencyjnym dla regionu Warmii i Mazur”.

#### OIT to również główna baza szkoleniowa regionu:

„Ze względu na wieloletnie tradycje, wysoko wykwalifikowaną kadrę i dzięki zaangażowaniu Dyrekcji oddział zyskał doskonale wyposażenie. Dzięki temu Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie pełni centralną rolę w specjalistycznym kształceniu podyplomowym w zakresie Anestezjologii i Intensywnej Terapii w naszym województwie.

Wacław Stankowski, Małgorzata Albin i Ewa Kurowska. Następnie zespół powiększał się o kolejnych lekarzy specjalizujących się w anestezjologii i intensywnej terapii.

Oddział Intensywnej Opieki Medycznej w WSS powstał w 1980 roku dzięki staraniom wielu osób, w tym pierwszego kierownika Oddziału dr Jarosława Parfianowicza. Pierwotnie powstał jako oddział tymczasowy (na 5 lat), w pomieszczeniach po dawnej przychodni. W tymczasowej lokalizacji przetrwał 24 lata czyli do roku 2004. Pierwszego pacjenta oddział przyjął w kwietniu 1981 roku (z pożaru polikliniki). Pierwszymi lekarzami pracującymi w OIOM byli Jarosław Parfianowicz, Danuta Dąbrowska i Zbigniew Domin. W grudniu z połączenia działu anestezjologii i OIOM powstał Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, którego pierwszym ordynatorem został Jarosław Parfianowicz. W latach 1985-1989 funkcję ordynatora pełniła dr Joanna Waligóra – Bławat, a w latach 1989 – 2004 dr Danuta Dąbrowska-Parfianowicz. W roku 2003 w wyniku starań wielu osób, a w szczególności dr Danuty Parfiano-



dr n. med. Dariusz Onichimowski - ordynator

wicz oddział został przeniesiony z tymczasowej lokalizacji na parterze na pierwsze piętro. Dzięki przenosinom było możliwe trzykrotne powiększenie powierzchni oddziału i wyposażenie go w 10 doskonale wyposażonych stanowisk do intensywnej terapii. W latach 2004-2005 obowiązki ordynatora pełnił dr n. med. Radosław Goraj. Jego duże doświadczenie nabyte w trakcie pracy za granicą w połączeniu z nowoczesnym wyposażeniem oddziału umożliwiło osiągnięcie przez OIT WSS europejskiego poziomu świadczonych usług i dało impuls do ustawicznego rozwoju. Od 2005 roku funkcje ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii pełni dr n. med. Dariusz Onichimowski.



Anna Wąchala, oddziałowa



„grupa do zadań specjalnych”

**O ambicjach i potencjale Oddziału niech świadczą zamieszczone poniżej zestawienia programów badawczych, systemów, w które włączono pracę oddziału, uzyskane akredytacje i certyfikaty, wizje przyszłości.**

Infrastruktura OIT spełnia wszystkie obowiązujące wymogi i zalecenia, zarówno Ministerstwa Zdrowia jak i Unii Europejskiej, w szpitalu posiadającym akredytacje ISO z funkcjonującym systemem audytowym, zintegrowanym systemem komputerowej dokumentacji i wymiany danych oraz systemem analityczno-statystycznym w oparciu o międzynarodowe systemy skoringowe (APACHE II, SAPS II, MPM, TISS 28, SAPS). Oddział posiada akredytacje Ministerstwa Zdrowia, włączony jest do ogólnopolskiego systemu wymiany danych oraz jest zarejestrowany w Europejskim Rejestrze Oddziałów Intensywnej Terapii (ERIC) pod auspicjami Europejskiego Towarzystwa Intensywnej Terapii (ESICM) w Brukseli.

OIT WSS aktywnie uczestniczy w programie przygotowywania narządów do przeszczepów w ramach programu POLTRANSPLANT. W nadchodzących latach planowane jest wraz z Oddziałem Nefrologii i Chirurgii Naczyniowej WSS uruchomienie programu przeszczepu nerek w naszym szpitalu.

Zespół anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych pracujących w naszym oddziale posiada duże doświadczenie w prowadzeniu znieczuleń do bardzo skomplikowanych operacji wykonywanych u pacjentów w bardzo ciężkim stanie. Dzięki temu oddział pełni rolę odwoławczą dla trudnych przypadków anestezjologicznych z terenu województwa.

Ponadto zespół posiada duże doświadczenie w leczeniu silnego bólu, zarówno pooperacyjnego jak i neuropatycznego. W chwili obecnej tworzony jest szpitalny zespół leczenia bólu ostrego.

Dzięki jego utworzeniu możliwe będzie objęcie wysokospecjalistyczną terapią przeciwbólową wszystkich pacjentów WSS.

Oddział będzie współpracował z Uniwersyteciem Warmińsko-Mazurskim, będzie kształcił studentów kierunku lekarskiego Wydziału Nauk Medycznych.

#### **W ostatnim czasie...**

W oddziale wprowadzono najnowsze metody oceny aktywności bioelektrycznej mózgu (pomiar entropii EEG oraz pomiar indeksu bispektralnego). Są to metody w chwili obecnej jeszcze mało dostępne w polskich OIT, niemniej ze względu na duży udział pacjentów z patologią mózgu leczonych w naszym oddziale ich zastosowanie jest niezbędne. Zakup powyższej aparatury umożliwi także rozszerzenie działalności naukowo-badawczej.

#### **Wizje przyszłości**

Polski system kształcenia specjalistycznego w zakresie Anestezjologii i Intensywnej Terapii został wysoko oceniony przez europejską instytucję - European Union of Medical Specialists, Section of Aesthesiology - UEMS. W chwili obecnej trwa proces uzyskiwania akredytacji przez polskie ośrodki. Do tej pory certyfikat UEMS uzyskały Poznań, Kraków i Warszawa. W perspektywie kilku lat Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala w Olsztynie będzie ubiegał się o certyfikat akredytacyjny UEMS.

### **Programy realizowane**

- ◆ program rejestracji i wymiany informacji w ramach programu leczenia ciężkiej sepsy w Polsce
- ◆ program leczenia preparatem rekombinowanego aktywowanego białka C w najcięższych zakażeniach, rekombinowanym czynnikiem VII w ciężkich zaburzeniach krzepnięcia oraz kompatybilności terapii zgodnie z międzynarodowymi standardami postępowania.
- ◆ Oddział utrzymuje kontakty międzynarodowe oraz jest zarejestrowany w Europejskim Rejestrze Oddziałów Intensywnej Terapii (ERIC), obligujących do świadczenia usług na najwyższym poziomie międzynarodowym, podlegających stałemu monitorowaniu

W najbliższej przyszłości w oddziale planowane jest wprowadzenie technik sonograficznych do oceny pacjenta we wstrząsie o różnej etiologii jak też do identyfikacji struktur nerwowych i naczyniowych.

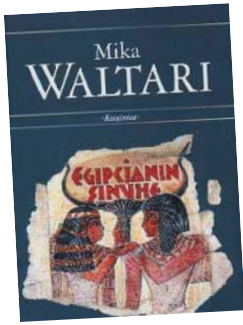
Oddział ze względu na szerokie możliwości pomiaru rzutu serca zamierza prowadzić działalność naukową w zakresie badań porównawczych różnych metod oceny tego parametru u pacjentów z sepsą. ■



Urządzenie do pomiaru głębokości snu

# STRACONA PUENTA

Literatura piękna zawiera wiele stron poświęconych medycynie. Chciałbym przedstawić takie właśnie krótkie fragmenty pochodzące z trzech książek. Ich wspólnym mianownikiem jest to, że przeczytałem je dość dawno, a zapamiętałem ze względu na ich dowcipny charakter. Mam nadzieję, że wywołają również uśmiech na państwa twarzy.

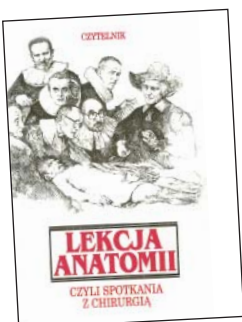


W poprzednim numerze Pulsu Szpitala napisałem artykuł o osiągnięciach i sukcesach współczesnej neurochirurgii związanych z postępaniami w neurobiologii i wykorzystaniem nowoczesnych technologii. A jak to wyglądało na początku tej drogi? Możemy

się o tym dowiedzieć z fascynującej powieści „Egipcjanin Sinuhe”, wydanej po raz pierwszy w 1945r., a której autorem jest wybitny pisarz fiński Mika Waltari. Akcja rozgrywa się w starożytnym Egipcie epoki faraona Echnatona. Tytułowy bohater Sinuhe odbywa praktykę u Ptahora, który był królewskim trepanatorem. Opisy wykonywanych przez niego operacji głowy, wcale nie są zabawne, np. tamowanie krwi było poniżej jego godności i należało do tamowacza krwi, prostego człowieka z ludu, który miał powstrzymać krwawienie tylko poprzez swoją obecność przy operacji. Interesujący nas fragment dotyczy momentu, w którym Ptahor wraz z Sinuhe udają się do pałacu umierającego faraona Amenhotepa III (poprzednika Echnatona), żeby wykonać trepanację.

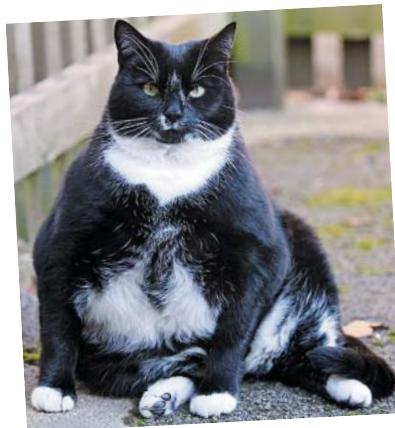
„Mnóstwo ludzi, wysokiego i niskiego stanu, zgromadziło się przy murach Złotego Domu i nawet przy zakazanym dla zwykłych śmiertelników odcinku wybrzeża tłoczyły się statki, drewniane łodzie bogaczy i smołowane łodki z sitowia biedoty. Gdy nas zobaczono, w tłumie dał się słyszeć poszept, jak szum dalekiej wody, i z ust do ust poszła wieść, że nadchodzi królewski trepanator. Ludzie podnieśli wtedy ręce w żalobnym geście, a jęki i biadania tarzyszyły nam aż do pałacu. Gdyż wszyscy wiedzieli, że jeszcze żaden faraon nie dożył trzeciego wschodu słońca, od chwili gdy mu otworono czaszkę”.

Drugi fragment pochodzi z książki zatytułowanej „Lekcja anatomii, czyli spotkania z chirurgią” wydanej w 1992r. Powstała ona jako odpowiedź na prośbę znanego



warszawskiego chirurga Profesora Wojciecha Noszczyka, który zwrócił się do przyjaciół, znajomych i pacjentów o impresje związane z chirurgią. O swoich doznaniach dotyczących przeżytych operacji opowiadali między innymi Holoubek, Zanussi, Kobuszewski, prymas Glemp. Znany z wielkiego poczucia humoru aktor Andrzej Szczepkowski powiedział, „że każdy z nas byłby nieboszczyk, gdyby nie profesor Noszczyk”. Mnie najbardziej przypadła do gustu opowieść zmarłego niedawno kompozytora i muzyka Andrzeja Kurylewicza. Oto ona:

”Kiedyś, przed laty, miano mi zoperować coś pozornie nic nie znaczącego, wręcz błahego – znalazłem się tedy w jednym z warszawskich szpitali. Położono mnie na sali, gdzie było jeszcze trzech współpacjentów: jeden krwawiąc z przepukliną, rzekomo od stania przy żelazku, jeden socjalistyczny ekonomista



z nerką, którego uprzednio leczono na gardło i pewien wylewny wilnianin z nogą. Siedziałem przy oknie i patrzyłem. Obskurne podwórce z koksem, śmietnikami, śniegiem i błotem. Było cicho. „No, no” – rzekłem w pewnej chwili. „Co, co?” – zaciekawili się moi współcierpiący. „Ale kot!” – rzekłem z uznaniem. „Gdzie?” – rzucili się do okna. „O, tu” – wskazałem nie-dbale. „No i co, że kot?” – zapytał pogardliwie ekonomista. „Niech pan zauważy, jaki gruby” – odpowiedziałem. „Rzeczywiście tłusty sk...syn” – stwierdził krawiec. „Toż ja dawno takiego nie widziałem!” – zawołał wilnianin i głos mu się załamał z emocji. „Tutaj muszą być chirurdzy, którzy kochają zwierzęta” – rzekłem jakby do siebie. „Kochają?” – zdziwił się krawiec. „Taż tu nie weteryniarz” – zauważył roztropnie wilnianin. Ekonomista milczał arogancko. „No zobaczcie sami – zacząłem wyjaś-

niać. – Kot gruby, tłusty, błyszczący, wyżarty, ale nie byłby taki, gdyby nie chirurdzy”. „Nie widzę związku” – pragmatycznie rzekł socjonomista. Ja na to: „Czy pan sądzi, że kot tak by wyglądał, gdyby chirurdzy nie zadbali o niego?” – zapytałem ze znaczącym uśmiechem. „Zwróćcie uwagę – ciągnąłem – jest operacja jedna, druga, trzecia, a kot pod oknem siedzi. On wie, że chirurg kocha zwierzęta i za chwilę przez okno – cyk! – wyleci albo wyrostek, albo łękotka czy też gruczolak, guzek zimny lub gorący, jakaś żyłka, czasem chlap! – i nerka!” – tu zerknąłem na socjonomistę. „O – wskazałem palcem krawca – pańska przepuklina to dla kota żarcia na tydzień”. Spojrzał spłoszony na własne podbrzusze, pomacał delikatnie i nie odezwał się. „A taka noga...” – nie dokończyłem; wylewny wilnianin miał w oczach obłęd. Kot tymczasem szedł dostojnie, syty, najedzony, duży, tłusty i leniwy, z podniesionym ogonem – rzekłbyś, sztandar chirurgii obleczonego futrem. Nie rozmawialiśmy więcej tego dnia. Moi współpacjenci poodwracali się do ściany i udawali, że śpią. Krawiec nawet pierdnął głośno, ale nikt nie zareagował. Nie było nastroju.



I na koniec, mój ulubiony fragment, pochodzący z bestsellerowej książki „Paragraf 22” Josepha Hellera (rok wydania 1961). Na kilkuset stronach opowiada on w groteskowo-anegdotycznej formie

o przygodach lotników amerykańskich stacjonujących we Włoszech w czasie II wojny światowej. Główny bohater książki Yossarian zgłasza się do izby chorych mówiąc, że boli go w prawym boku.

„ – Zjeżdżaj stąd powiedział lekarz dyżurny, który rozwiązywał krzyżówkę.

– Nie możemy kazać mu zjeżdżać – wtrącił kapral. – Jest nowe zalecenie w sprawie pacjentów z bólami w obrębie jamy brzusznej. Mamy ich trzymać na obserwacji przez pięć dni, bo za dużo tych, którym kazaliśmy zjeżdżać, umierało.

– Dobra – jęknął lekarz – trzymajcie go przez pięć dni na obserwacji, a potem każcie mu zjeżdżać.”

Pomysł na przedstawienie tych fragmentów narodził się już dawno. W tamtej rzeczywistości takie zachowania mogły się zdarzać nie tylko w powieści, ale i w życiu, dlatego wówczas chciałem w zakończeniu napisać, że wszelka zbieżność z realnymi osobami jest najzupełniej przypadkowa. Obecnie wydaje mi się, że takie sytuacje można spotkać tylko w powieściach. No i bardzo dobrze. A z drugiej strony szkoda... straciłem fajną puentę.

Czy uśmiechnęliście się?

dr n. med. Miroslaw Smółka  
Oddział Neurochirurgiczny



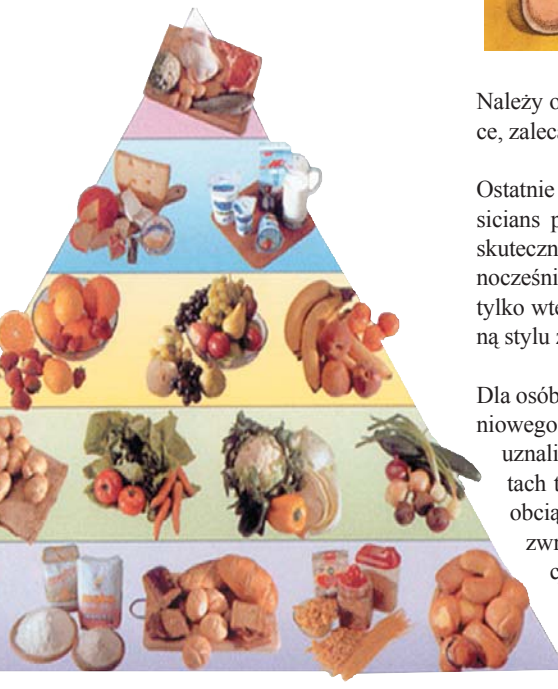
# TERAPIA OTYŁOŚCI

Otyłość jest stanem patologicznego zwiększenia zawartości tkanki tłuszczowej. Prawidłowa równowaga energetyczna człowieka zależy od właściwego zbilansowania poboru energii z jej wydatkowaniem. Jeśli pobór energii jest większy niż wydatek to nadmiar energii zostaje zmagazynowany w tkance tłuszczowej.

W praktyce rozpoznanie otyłości odnosi się do wartości wskaźnika masy ciała BMI (Body Mass Index) BMI= masa ciała/kwadrat wzrostu. Prawidłowy BMI mieści się w granicach 19-25 kg/m<sup>2</sup>, wartości pomiędzy 25-30 kg/m<sup>2</sup> określają nadwagę, a wynik powyżej 30 kg/m<sup>2</sup> świadczy o otyłości. W ocenie otyłości ważny jest również pomiar obwodu brzucha. Jeśli wynosi on powyżej 80 cm u kobiet, a powyżej 94 cm u mężczyzn mówimy o otyłości brzusznej czyli o nagromadzeniu w jamie brzusznej nadmiernej ilości tkanki tłuszczowej. Trzewna tkanka tłuszczowa ma duże znaczenie w procesach metabolicznych, jest ogromnym gruczołem dokrewnym wydzielającym szereg substancji o kluczowym znaczeniu (leptyna, adiponektyna, resystyna, angiotensynogen, estrogeny, TNF alfa, interleukina-6, IGF-I, lipaza lipoproteinowa, aktywator plasminogenu PAI-1, wolne kwasy tłuszczowe). Aktywność trzewnej tkanki tłuszczowej prowadzi do rozwoju stanu, który w piśmiennictwie nosi nazwę zespołu metabolicznego.

W ostatnich latach zarówno w krajach rozwiniętych jak i rozwijających się gwałtownie wzrosła liczba osób z otyłością i nadwagą, problem dotyczy również dzieci. W europejskim badaniu WHO MONICA kryterium otyłości osiągnęło 22% kobiet i 15% mężczyzn, a kryterium nadwagi ponad połowa ludności Europy. W badaniu POL-MONICA nadwaga została rozpoznana u ponad 65 % populacji polskiej, w tym u około 30% kobiet i 20% mężczyzn.

Powszechnie wiadomo, że otyłość stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia. Najpoważniejszą konsekwencją otyłości jest cukrzyca typu 2. Wg WHO u osób otyłych 3-4 krotnie częściej występują cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe i kamica żółciowa, 2-3-krotnie częściej choroba niedokrwienna serca, dna moczanowa i choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa, 1-2 razy częściej nowotwory (rak sutka, endometrium, prostaty, jelita grubego) poza tym objawy bezdechu sennego, reflux żołądkowo-przełykowy, stłuszczenie wątroby, nietrzymanie moczu, przewlekła choroba żylna, zakrzepica żylna, nawrotowe przepukliny zaburzenia funkcji seksualnych, nieregularne



miesiączki, hirsutyzm, ginekomastia, niepłodność, zespół PCO, depresja. Oprócz zagrożeń zdrowotnych otyłość wiąże się często z problemami natury psychologicznej i społecznej takimi jak niska samoocena, izolacja społeczna czy kłopoty z zatrudnieniem.

Otyłość jest to choroba przewlekła bez tendencji do samoistnego ustępowania, uwarunkowana czynnikami zewnętrznymi (nieprawidłowe żywienie, mała aktywność fizyczna, zaburzenia psychoemocjonalne) oraz wewnętrznymi (genetyczne i metaboliczne). Kompleksowe leczenie otyłości obejmuje zalecenia dietetyczne, zwiększenie aktywności fizycznej, modyfikację stylu życia, w razie potrzeby wsparcie psychologiczne, farmakoterapię i w szczególnych przypadkach leczenie chirurgiczne

Kluczem do udanego odchudzania jest racjonalny i zdrowy sposób żywienia w oparciu o tzw. Piramidę Żywności. Codziennie należy zjadać co najmniej:

- 5 porcji produktów zbożowych
- 4 porcje warzyw
- 3 porcje owoców
- 2 szklanki mleka (można zastąpić serem)
- 1 porcję ryby, drobiu, mięsa, grochu lub fasoli



Należy ograniczać słodkie, tłuszcze zwierzęce, zalecane są oleje roślinne.

Ostatnie wytyczne American Collage of Physicians proponują farmakoterapię przy braku skuteczności diety i wysiłku fizycznego. Jednocześnie leczenie farmakologiczne ma sens tylko wtedy jeśli połączone jest z dietą i zmianą stylu życia.

Dla osób z czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego za lek pierwszego wyboru eksperci uznali orlistat (hamuje bezpośrednio w jelicie trawienie tłuszczów), dla chorych bez obciążeń silbutraminę (blokuje wychwyty zwrotny serotoniny i noradrenaliny). Pacjenci z cukrzycą skojarzoną z otyłością powinni otrzymywać metforminę i orlistat jako lek drugiego wyboru oraz akarbozę. Nowym lekiem o udokumentowanej skuteczności jest rimonabant - selektywny antagonistą układu endokannabinoidowego, który wpływa zarówno na mechanizm łaknienia jak i na metabolizm tkanki tłuszczowej. Przez co, poza utratą masy ciała u pacjentów, obserwuje się ustąpienie dyslipidemii typowej dla zespołu metabolicznego, obniżenie ciśnienia tętniczego i poprawę tolerancji węglowodanów.



Najważniejszym celem terapii otyłości jest zmniejszenie ryzyka metabolicznego i sercowo-naczyniowego związanego z tą chorobą. Dotychczasowe badania z silbutraminą, orlistatem i rimonabantem wskazują, że w trakcie skutecznej redukcji masy ciała (wg FDA w USA oraz CPMP w Europie jest to trwała utrata 5-10% masy ciała w porównaniu z masą początkową) dochodzi do korzystnej modyfikacji czynników ryzyka.

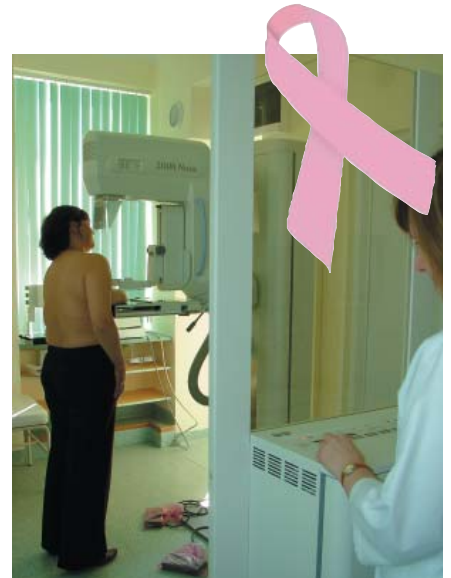
lek. med. Urszula Tarasiewicz  
Oddział Endokrynologiczny  
i Diabetologiczny

# NOWY MAMMOGRAF

28 kwietnia 2008 r. w Dziale Radiodiagnostyki Obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie został uruchomiony nowy aparat mammograficzny - Mammomat 3000 Nova.

Za pomocą aparatu przeprowadzana jest kompleksowa diagnostyka piersi – zarówno badania profilaktyczne, w tym badania przesiewowe w Programie NFZ, których celem jest wykrywanie raka piersi we wczesnym stadium, jak i procedury służące do dalszej diagnostyki zmian już rozpoznanych (biopsje gruboigłowe, biopsje stereotaktyczne).  
– Konstrukcja nowego aparatu umożliwia szybsze i sprawniejsze wykonywanie badań od strony technicznej, dzięki czemu będziemy

w stanie wykonać do 80-100 badań dziennie. – mówi dr n. med. Elżbieta Stefanowicz, kierownik Działu Radiodiagnostyki Obrazowej. – System automatycznej „optymalizacji kompresji” OPCOMP, na podstawie indywidualnych cech piersi określa właściwą wartość siły kompresji, jaką należy zadziałać na pierś. Dzięki temu uzyskuje się optimum komfortu pacjentki i jakości obrazu, co pozwala na automatyczne dobranie optymalnej dla pacjentki dawki promieniowania.



Badanie mammograficzne

## Darmowa mammografia!

Nasz Szpital realizuje „Populacyjny program wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej”. W ramach tego programu możesz zrobić bezpłatną mammografię. Mogą się na nią zgłaszać kobiety między 50 a 69 rokiem życia, które w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miały przeprowadzonego tego typu badania finansowanego przez NFZ lub podczas szeszcioroecznego badania otrzymały zalecenie lekarza do ponowienia badania po upływie roku. Oferta skierowana jest do kobiet z całego województwa warmińsko-mazurskiego.

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

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

Przebadac możesz się nawet wtedy, jeśli nie zaliczasz się do grupy podwyższonego ryzyka. W takim przypadku potrzebujesz jednak skierowania od specjalisty (np. ginekologa, pulmonologa, okulisty lub kardiologa). Badania można wykonać w gabinetach, które podpisały umowy z NFZ.

## Daj sobie szansę

Rak piersi, to główny „zabójca” wśród nowotworów atakujących kobiety. Zajmuje też pierwsze miejsce pod względem zachorowalności. Co roku ponad 12 tysięcy kobiet w Polsce zapada na nowotwór złośliwy piersi. Dla połowy z nich diagnoza to wyrok. Im później choroba będzie wykryta, tym mniejsze szanse na jej wyleczenie. Na szczęście zasada ta sprawdza się także w drugą stronę. Nowotwór zdiagnozowany we wczesnym etapie rozwoju jest uleczalny niemal w 100 procentach!

Pracownia Mammografii Działu Radiodiagnostyki Obrazowej WSS w Olsztynie nadal jest jedyną pracownią w województwie warmińsko-mazurskim wykonującą biopsje stereotaktyczne, pozwalające na diagnozowanie zmian o wielkości 2-3 mm.

Magdalena Kantorzyc

# KOMFORTOWA NEFROLOGIA

O planach związanych z Oddziałem Nefrologii, Chorób Wewnętrznych i Leczenia Zatruc rozmawiamy z dr. n. med. Janem Forfą, ordynatorem oddziału.

— Na początku roku zaczęła funkcjonować Stacja Dializ Gambro, która przejęła 13 łóżek dializacyjnych, dotychczas służących pacjentom w Oddziale Nefrologii. Oddział uzyskał dzięki temu dużo wolnej przestrzeni. Jakie są w związku z tym plany jej zagospodarowania?

— W tej chwili pomieszczenie, dotychczas wydzielone na stację dializ w oddziale, zostanie oddane do użytku - na pewien czas - oddziałowi gastroenterologii. Zostawimy sobie jednak salę z 1 lub 2 stanowiskami dializacyjnymi dla pacjentów przebywających u nas, lub w innych oddziałach, których stan nie pozwala na jakikolwiek transport. Te łóżka, jak i personel pielęgniarski, który będzie je obsługiwał również

będzie należał do Gambro. Szpital udostępni jedynie pomieszczenie i personel lekarski.

— Dlaczego nie zwiększy się liczba łóżek?

— W chwili obecnej nasz oddział nie spełnia norm, jeśli chodzi o powierzchnię, która powinna przypadać na jedno łóżko i musimy tę sytuację zmienić. Musimy po prostu „rozgęścić” oddział, a dzięki pomieszczeniu po stacji dializ będziemy mogli stworzyć nowe sale, spełniające wszystkie stawiane nam wymogi.

— Jakie korzyści odczują pacjenci z faktu utworzenia przy szpitalu nowoczesnej stacji dializ?



— Przede wszystkim nasza dotychczasowa stacja dializ dysponowała tylko 13 łózkami. Z czym się to wiązało? Pracowaliśmy w systemie czterozmianowym i tak też odbywały się dializy, co było bardzo męczące i uciążliwe dla pacjentów.

Niektórzy dopiero o 3.00, czy 4.00 godzinie w nocy wracali do domu po skończonym zabiegu. W tej chwili stacja dysponuje 29 łózkami dializacyjnymi, a dializy kończą się już o godz. 19.00 -21.00. Zabiegi odbywają się również w bardziej komfortowych warunkach.

— Dziękujemy za rozmowę.



**mgr Beata Drozdowska,**  
kierownik Działu Diagnostyki  
Laboratoryjnej

Prokalcytonina jest składającym się z 116 aminokwasów prohormonem. U zdrowych osób jest ona wytwarzana przez komórki C-tarczycy po procesie specyficznej, wewnątrzkomórkowej proteolizy jako prohormon kalcytoniny. We krwi osób zdrowych PCT obecna jest w niskim stężeniu. Obecnie uważa się, że PCT zapalna (w odpowiedzi na endotoksyny) najprawdopodobniej syntezowana jest w komórkach neuroendokrynych płuc, jelit, trzustki, wątroby, śródbłonna, w komórkach krwi obwodowej – monocytach, granulocytach i limfocytach. Wzrost PCT następuje już po 3 godzinach od momentu infekcji i osiąga maksimum po ok. 6-12 godzin. Okres połowicznego półtrwania prokalcytoniny wynosi około 24 godzin. PCT krążąca we krwi chorych składa się z zaledwie 114 aminokwasów i nie posiada N-końcowego dipeptydu Ala-Pro. Do wzrostu prokalcytoniny dochodzi często u pacjentów, u których wystąpiła sepsa, a szczególnie przy jej ciężkiej postaci i podczas wstrząsu septycznego. PCT uważany jest za marker prognostyczny przydatny w rokowaniu u pacjentów z sepsą. W ostrym zapaleniu trzustki PCT okazało się przydatnym wskaźnikiem przy określaniu ciężkości zapalenia oraz powikłań. U pacjentów z pozaszpitalnymi zakażeniami układu oddechowego lub zapaleniem płuc spowodowanym przez respirator oznaczenie PCT proponowane jest jako pomoc przy podjęciu decyzji dotyczącej potrzeby antybiotykoterapii oraz przy monitorowaniu terapii.

#### PCT w zapaleniu opon

Na podstawie wyników pomiaru poziomu białka i liczby komórek w płynie mózgowo-rdzeniowym często nie jest możliwe rozróżnienie wirusowego i bakteryjnego zapalenia opon mózgowych. W dodatku wiele charakterystycznych parametrów stosowanych w diagnostyce ma znaczące obszary nakładania się obu postaci zapalenia opon. Z drugiej zaś strony wysokie stężenia PCT występują wyłącznie w przypadku bakteryjnego zapalenia opon. Natomiast w przypadku wirusowego zapalenia opon wartości PCT pozostają w zakresie prawidłowym. W trakcie skutecznego leczenia bakteryjnego zapalenia opon, wysokie stężenie PCT normalizuje się po kilku dniach. Oznaczanie PCT powinno być zawsze przeprowadzane w surowicy lub osoczu; nie można oznaczyć stężenia PCT w płynie mózgowo-rdzeniowym.

wicy lub osoczu; nie można oznaczyć stężenia PCT w płynie mózgowo-rdzeniowym.

	Zakres	ng PCT/ml]
Bakteryjne zapalenie	54,5+35,1	4,8 - 110
Wirusowe zapalenie	0,32+0,35	0 - 1,7

PCT w zapaleniu opon.

#### PCT u pacjentów z neutropenią

Nawet u pacjentów z obniżoną odpornością lub neutropenią leczonych przy użyciu intensywnej chemioterapii diagnostyczne znaczenie pomiaru PCT jest porównywalne z zastosowaniem testu bez obniżonej odporności. Test PCT pozwala na szybkie rozpoznanie i rozpoczęcie leczenia infekcji, a w szczególności stanów gorączkowych o nieznannej etiologii.

#### PCT w pediatrii

Zakażenia septyczne u przedwcześnie urodzonych niemowląt i noworodków mogą być wcześniej i dokładniej rozpoznane poprzez zastosowanie PCT, niż przy zastosowaniu tradycyjnych parametrów rozpoznawania stanu zapalnego. Czulość i swoistość próby z PCT w rozpoznaniu posocznicy u noworodków wzrasta do 100%.

W pierwszych dwóch dniach życia stężenie PCT może być fizjologicznie podwyższone aż do tak wysokiej wartości jak 21 ng/ml. Toteż u przedwcześnie urodzonych niemowląt i noworodków trzeba stosować specjalne wartości referencyjne. W okresie pierwszych dwóch dni życia wartości referencyjne zmieniają się co godzinę. Począwszy od trzeciego dnia stosuje się takie same wartości odniesienia jak dla dorosłych.

#### PCT – rozpoznanie różnicowe infekcji bakteryjnych i wirusowych u dzieci

PCT pozwana na różnicowanie pomiędzy uogólnionymi infekcjami bakteryjnymi i wirusowymi na wysokim poziomie czułości swoistych. Nawet niewielkie stężenia toksyn bakteryjnych pobudzają wytwarzanie PCT. Pozwala to wyjaśnić obserwowane wysokie stężenie PCT w uogólnionych infekcjach bakteryjnych. Z drugiej strony, infekcje wirusowe nie indukują syntezy PCT.

# PROKALCYTONINA PCT

PCT jest już uznanym, nowoczesnym parametrem laboratoryjnym niosącym ze sobą nowe możliwości pozyskania informacji o stanie klinicznym chorego. Nabiera to szczególnego znaczenia w odniesieniu do chorych z ciężką sepsą i wstrząsem septycznym. PCT postrzegana jest jako parametr wysoce korelujący ze stopniem uogólnienia zakażenia bakteryjnego, a co za tym idzie ze stopniem ciężkości stanu klinicznego chorego na sepsę.

	N	Średnia [ng PCT/ml]
Uogólniona infekcja bakteryjna	30	29,7
Infekcja miejscowa	20	1,7 (0,1 - 4,9)
Infekcja wirusowa	70	0,28 (0,0 - 1,5)

PCT w różnych infekcjach

Ze względu na zasadnicze różnice w leczeniu infekcji bakteryjnych i wirusowych PCT może dostarczyć bardzo cennych informacji umożliwiających planowe leczenie u pacjentów z nietypowymi objawami.

#### Wskazania do oznaczenia prokalcytoniny

- ◆ Prokalcytonina jest czułym markerem procesu zapalnego, głównie pochodzenia bakteryjnego: uogólnionej reakcji zapalnej (SIRS: Systemic Inflammatory Response Syndrome) i sepsy.
- ◆ Pozwala na różnicowanie zakażeń bakteryjnych i grzybiczych od zakażeń wirusowych.
- ◆ PCT ma większą wartość rozpoznawczą niż CRP (w sepsie: czulość 81%, swoistość 94%). Wzrost PCT następuje też o ok. 20godz. wcześniej niż wzrost CRP.
- ◆ Oznaczanie PCT zalecane jest w międzynarodowych wytycznych postępowania w ciężkiej sepsie.
- ◆ Seryjne oznaczenia PCT posiada wartość prognostyczną (po 3 dobie od zakażenia utrzymujące się wysokie stężenie PCT ma złą wartość rokowniczą). Dla monitorowania przebiegu procesu PCT powinno się oznaczać przynajmniej 3 razy w tygodniu.

*mgr Beata Drozdowska*



Oznaczanie poziomu prokalcytoniny



dr n. med. Maria Dowgird

Widzenie jest najważniejszym zmysłem u człowieka i kręgowców wyższych. Zakres częstotliwości odbioru promieniowania elektromagnetycznego przez oko porównano do zakresu częstotliwości drgań fal akustycznych odbieranych przez ucho. Okazało się, że stosunek ten wynosi 9:1. Pamięć wzrokowa jest znacznie bogatsza niż słuchowa. Większa jest też pojemność informacji wzrokowej. Funkcja widzenia nie jest synonimem ostrości wzroku. Ostrość wzroku, a więc widzenie centralne, to tylko jeden z jej parametrów. Funkcja widzenia obejmuje także zdolność widzenia obwodowego, tj. pole widzenia, poczucie kontrastu, rozpoznawanie barw, lokalizację przedmiotów w przestrzeni, a także zdolność widzenia przestrzennego.

Narząd wzroku zbudowany jest z aparatu ochronnego i gałki ocznej, która stanowi narząd odbiorczy. Aparat ochronny oka to oczodół, powieki, mięśnie wewnątrzgałkowe, gruczoł łzowy. Gałka oczna jest częścią całego skomplikowanego układu biorącego udział w procesie widzenia. Odbiera bodźce wzrokowe, które są przekazywane przez układ optyczny samej gałki (rogówka, soczewka, ciało szkliste) do siatkówki gdzie powstaje obraz. Tam też dochodzi do powstania impulsu nerwowego, jego modulacji i przechodzenia poprzez nerwy wzrokowe do ośrodków w płacie potylicznym mózgu. Tam następuje ostateczne kształtowanie wrażenia wzrokowego. Należy podkreślić, że aby oko prawidłowo dostarczało nam wrażeń wzrokowych, konieczne jest jego właściwe funkcjonowanie na każdym etapie. Zdrowe oczy wa-

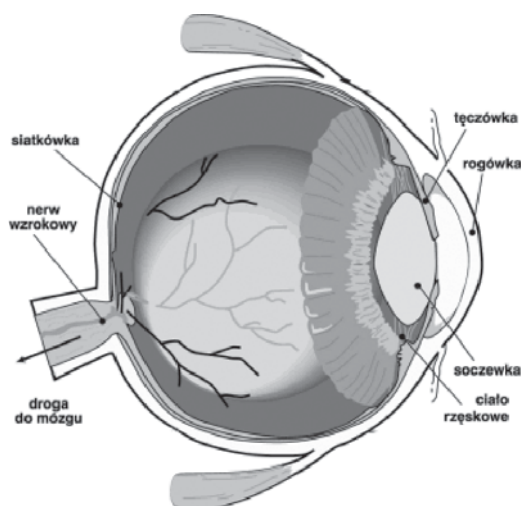
# OCZY

Oczy są jednym z narządów zmysłów. Dzięki nim możemy odbierać informacje napływające stale ze środowiska, które nas otacza. Warunkuje to prawidłowe funkcjonowanie naszego organizmu, a w konsekwencji normalne życie. Dzięki oczom możemy cieszyć się życiem i poznawać świat barwach. we wszystkich jego

runkują prawidłowe widzenie, postrzeganie otaczającego nas świata, wykonywanie pracy zawodowej, jazdę samochodem, czytanie książek, oglądanie filmów.

Aby cały ten mechanizm widzenia działał prawidłowo konieczna jest odpowiednia higiena narządu wzroku. Tym bardziej, że jego ewolucja zakończyła się jeszcze w czasach prehistorycznych. Natura nie przystosowała naszych oczu do warunków w których muszą one dziś funkcjonować. Postęp cywilizacyjny sprawił, że nasz świat ogromnie się zmienił. Pojawienie się druku, światła elektrycznego, telewizji wreszcie komputerów zmusiło oczy do spełniania dodatkowych funkcji, do których wcześniej nie były przystosowane.

Naturalną perspektywą dla oka ludzkiego była dal. Pojawienie się druku nasiliło akomodację, a więc takie nastawienie mechanizmów w oku, aby wyraźnie widzieć zarówno z bliska, jak i z daleka. Pojawienie się światła elektrycznego, którego promieniowanie różni się znacznie od słonecznego, również zmusiło nasz narząd wzroku do pracy zupełnie innej niż ta, do której przystosowała je ewolucja.



„Czyste serce przywraca wzrok, oczyszcza oczy”.

Anna Kamińska



Najczęściej stosowanym sztucznym oświetleniem jest żarówka, która emituje 65% więcej promieni podczerwonych niż światło dzienne, a to może męczyć oczy. Innym wyzwalaczem jest telewizja i komputery.

Wynalazki te przez wielu uważane są za jedno z największych zagrożeń dla oczu. W rzeczywistości nie jest to do końca ekrany.

Wiązki elektronów wysyłane przez ekran komputera czy monitor telewizyjny mogą męczyć oczy, ale nie powodują nieodwracalnych zmian w ich czynnościach. Zmęczenie wzroku spowodowane jest pulsowaniem obrazu oraz gwałtownymi zmianami jasności. Ważne jest, aby zachować rozsądną odległość od odbiornika TV; zaleca się aby wynosiła ona ok. 5-6 m, a osoby z wadą wzroku powinny mieć odpowiednią korekcję w okularach lub w soczewkach kontaktowych.

Również praca przy komputerze nie jest szkodliwa jeśli pamięta się o kilku zasadach. Ważne jest dodatkowe oświetlenie. Nie powinno być ono zbyt jasne, a komputer nie może być jedynym źródłem światła w pomieszczeniu. Ważne jest aby monitor komputera wyposażony był w odpowiednie powłoki z antyrefleksem. Wskazane są kilkuminutowe przerwy po każdej godzinie pracy przy komputerze. Dobrze jest wtedy popatrzeć w dal lub po prostu zamknąć oczy. Długa praca przy komputerze może powodować problemy z koncentracją, zmęczenie wzroku i osłabienie akomodacji. Bywa, że ujawnia się wada wzroku. Pomieszczenia biurowe wyposażone bywają często w klimatyzację, która może wywoływać objawy suchego oka. Wiąże się to z rzadszym mrużeniem podczas koncentracji przy pracy przy komputerze. Konieczne jest wtedy częste zapuszczanie do oczu preparatów o charakterze sztucznych łez.



### Higiena oczu

Higiena oczu to nie tylko dbałość o czystość narządu wzroku, jak to się potocznie rozumie. Gałka oczna oczyszcza się naturalnie poprzez wydzielanie łez. W normalnych warunkach, gdy oko jest zdrowe, nie wymaga dodatkowych zabiegów pielęgnacyjnych. Do higieny oczu zaliczamy właściwe oświetlenie pomieszczeń przeznaczonych do pracy i odpoczynku oraz racjonalne korzystanie ze zdobytych technik takich jak komputer czy telewizor. Ważna jest też odpowiednia higiena oczu w zależności od wieku.

Profilaktyka zdrowotna narządu wzroku zaczyna się już w okresie życia płodowego. Pamiętajmy, że przyczyną wad wrodzonych u dzieci mogą być choroby matki (ospa, odra, różyczka) przebyte w ciągu pierwszych 3 miesięcy ciąży. Może to skutkować rozwojem zaćmy wrodzonej, dlatego ważne jest jak najszybsze leczenie matki, aby zapobiec ewentualnym powikłaniom. Picie alkoholu przez kobietę ciężarną lub palenie przez nią papierosów może powodować niedotlenienie mózgu noworodków lub wcześniejsze porody. Dzieci urodzone z małą masą urodzeniową muszą przebywać w inkubatorze, gdzie są poddawane tlenoterapii. Są one narażone na rozwój retinopatii wcześniaczej (ROP). Jest to wieloczynnikowe schorzenie niedojrzałej siatkówki o charakterze proliferacyjnym, powodujące obniżenie lub utratę widzenia u niemowląt i małych dzieci. Uważa się, że głównym czynnikiem ryzyka rozwoju ROP jest nie tyle tlenoterapia, lecz niska masa urodzeniowa (poniżej 1500 gramów). Obecnie istnieje obowiązek prawny badania okulistycznego w kierunku retinopatii u wcześniaków w grupie ryzyka.

Do innych zaburzeń w obrębie narządu wzroku należy zaliczyć wrodzone anomalie gałki ocznej, takie jak brak gałki ocznej czy małocze. Anomalie mogą dotyczyć również części gałki ocznej np. rogówki, soczewki, nerwu wzrokowego i siatkówki lub kości oczodołu. Zaburzenia ruchomości gałek ocz-

nych i wady wzroku powodują chorobę zezową. Jej leczenie powinno rozpocząć się jak najwcześniej. Należy też wspomnieć o jaskrze wrodzonej, która występuje rzadko. Statystycznie raz na 10 000 urodzeń. Jest jednak bardzo niebezpieczna, gdyż nieodpowiednio lub późno leczona doprowadza do nieodwracalnej ślepoty dziecka.

Higiena narządu wzroku obejmuje również odpowiednią korekcję wad wzroku. Zarówno do dali jak i bliży, zwłaszcza po 40 roku życia. Przy nasłonecznieniu ważne jest stosowanie właściwych okularów przeciwsłonecz-

nych. Pamiętajmy o okresowych badaniach okulistycznych, włącznie z pomiarem ciśnienia wewnątrzgałkowego i badaniem pola widzenia. Badania takie są wskazane po czterdziestce i u osób z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku jaskry.

Dla jakości wzroku ważne jest także współistnienie innych chorób, np. nadciśnienia tętniczego krwi, cukrzycy, choroby Graves–Basedowa, chorób neurologicznych. Prawidłowe leczenie choroby podstawowej pozytywnie wpływa na stan narządu wzroku. Przeciwnie, nieuregulowane ciśnienie tętnicze krwi czy poziom glikemii, mogą powodować nieodwracalne zmiany w oczach, a w konsekwencji prowadzić do pogorszenia widzenia a nawet ślepoty. Osoby zagrożone zawodowo urazem oka, np. ślusarze, powinny używać okularów ochronnych. Podobnie spawacze.

Stany zapalne, zaczerwienienie oczu, wydzielina śluzowa lub ropna, suchość w oczach lub inne dolegliwości powinny skłonić pacjenta do niezwłocznej wizyty u okulisty. Czekanie: bo może przejść, grozi nieodwracalnymi skutkami. Starzenie się narządu wzroku, podobnie jak i całego organizmu, powoduje w nim szereg zmian. Dotyczą one aparatu ochronnego (odwinięcie i podwinięcie powiek, zapadnięcie gałki ocznej, zmniejszone wydzielanie łez), a także samej gałki ocznej. Najczęściej dochodzi do powstania zaćmy starczej, którą leczy się tylko operacyjnie.

Obecnie dużym problemem jest zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem. Choroba, zwana AMD, powoduje nieodwracalną ślepotę, a najważniejszymi czynnikami ryzyka jej rozwoju są: wiek, niewy-

dolność krążenia, palenie tytoniu, a także niewystarczające spożycie karotenoidów. Niedobór tych substancji wpływa na rozwój AMD. Dlatego ważne jest spożywanie karotenoidów oraz odpowiednia dieta. Wskazane jest stosowanie suplementów diety zawierających luteinę (1 tabl. dziennie) i to przez dłuższy czas, gdyż nasycenie plamki żółtej luteiną następuje po mniej więcej 6 miesiącach. Rozwój AMD doprowadza często do nieodwracalnej ślepoty. Leczenie jest trudne i niezadowalające. Zwłaszcza, że choroba ta powoduje poważne skutki ekonomiczne i społeczne. Świadomi tego pacjenci zrzeszają się w Stowarzyszenia AMD, wspierają się i edukują wzajemnie. Ważne jest aby regularnie zgłaszać się do okulisty, stosować dietę bogatą w warzywa i owoce, stosować suplementy diety, kontrolować RR i poziom cholesterolu, unikać nadmiaru światła słonecznego. Wskazane jest noszenie okularów przeciwsłonecznych z filtrem, a niezbędne - rzucenie palenia.

Często nie doceniamy naszych oczu gdy są zdrowe i nie mamy kłopotów z widzeniem. Problem zaczyna się gdy coś się dzieje. Wówczas dociera do nas jak ważny jest to narząd.

Choroby narządu wzroku dotknęły słynnych i sławnych ludzi, m.in. impresjonistów Claude'a Moneta i Edgara Degasa. Pierwszy miał zaćmę, drugi zaś zwyrodnienie plamki żółtej. Leon Wyczółkowski malował swoje obrazy pod słońce i stało się to przyczyną makulopatii słonecznej. Żadnemu z nich nie przeszkadzało to w tworzeniu wspaniałych dzieł. Nadal, mimo kłopotów w ze wzrokiem, umieli realizować swą pasję twórczą.

Może więc warto przywołać na koniec myśl Sławomira Mrożka: Nie można dostrzegać nie widząc, ale można nie dostrzegać widząc. To jest codzienne doświadczenie naszego wzroku i percepcji.

*dr n. med. Maria Dowgird*



*Irysy w ogrodzie, C. Monet, 1900 r.*

# ZREALIZUJĘ WSZYSTKIE MARZENIA

**Jolanta Meller. Lekarz pediatra i neonatolog, doktor nauk medycznych – stopień naukowy nadany przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu. Od 2004 r. pracuje jako adiunkt na Wydziale Nauk o Zdrowiu EUH-E. W kręgu jej zainteresowań znajdują się najnowsze osiągnięcia współczesnej neonatologii. Zajmuje się problemem nieinwazyjnej wentylacji noworodków oraz intensywną terapią skrajnie niedojrzałych wcześniaków. Od 1 kwietnia jest ordynatorem Oddziału Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.**

**Z nowym ordynatorem dr n. med. Jolantą Meller rozmawiamy o problemach i przyszłości Oddziału Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka.**



– Czym kierowała się Pani, podejmując tak ważną decyzję, jak zmiana miejsca pracy?

– Przez 7 lat byłam ordynatorem Oddziału Noworodka, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu, ale łącznie przepracowałam tam 20 lat. Jest to oddział II stopnia referencji, do którego trafia znacznie mniej przypadków najcięższych, inaczej, niż ma to miejsce w naszym szpitalu.

Lubię podejmować nowe zadania, stąd propozycja kierowania tym oddziałem pomogła mi w podjęciu decyzji o zmianie miejsca pracy. To, co mogłam zrobić dla oddziału w szpitalu w Elblągu i moich małych pacjentów, zrobiłam. Teraz stoi przede mną nowe wyzwanie, trochę inni pacjenci, bardziej skomplikowane przypadki. Duże znaczenie dla mnie przy podjęciu decyzji miał fakt, że ten oddział ma III stopnia referencyjności. Praca tu daje mi więcej satysfakcji, ale też bardziej zobowiązuje.

– Jak odnalazła się Pani w nowym miejscu pracy?

– Bez problemu, chociaż czasami kłopot sprawia mi dojście np. do kadr, ale już się nauczyłam drogi, no i koledzy aktywnie mi pomagali. Spotykam na korytarzach swoich kolegów po fachu, których poznałam w przeszłości na szkoleniach, kursach. To miłe i dobrze się tu czuję.

Jestem bardzo zadowolona ze współpracy z naszymi lekarzami ginekologami-położnicami. Są wysokiej klasy specjalistami, znają się na tym, co robią, zauważają potrzebę rozwoju pionu położniczego. Znajdujemy wspólny język, możemy liczyć na swoją wzajemną pomoc i wsparcie. I tak powinno być, bo neonatologia nie może istnieć bez położnictwa i odwrotnie, musimy po prostu trzymać się razem. Liczę na to, że cały czas nasza współpraca będzie się tak dobrze układać.

– Jakie są Pani plany rozwoju Oddziału?

– Oddział wymaga dużo zmian. Przede wszystkim baza sprzętowa jest bardzo uboga, jak na oddział, który przyjmuje najcięższe przypadki z całego województwa warmińsko-mazurskiego. Będę się starała, aby aparatura była systematycznie wymieniana na nową, dzięki czemu nasi mali pacjenci będą mogli być leczeni zgodnie z najnowszymi trendami i standardami leczenia. Metody intensywnej terapii noworodka tak bardzo się rozwinęły, że pozwalają nam na bardziej łagodny podejście do wcześniaków, ale to wymusza na nas zastosowanie różnych technik obserwacji i monitorowania. Z drugiej strony dzieci ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała, ważące nawet 500 g i mniej., pochodzące z ciąży trwającej 24-26 tygodni wymagają specjalnego wsparcia oddechowego, w tym wentylacji oscylacyjnej lub leczenia tlenkiem azotu.

Są więc pewne procedury, których ten oddział nie wykonywał, a w ośrodkach III stopnia są one wymagane. To kolejna zmiana, za którą będą musiały iść w parze szkolenia dla personelu nie tylko lekarskiego, ale i pielęgniarskiego. Chciałabym także położyć duży nacisk na promocję karmienia piersią, bo jest to niezwykle istotne, aby młoda mama, która wychodzi do domu ze szpitala wiedziała jak zajmować się dzieckiem i jak je karmić. Niezmiernie ważne jest, aby już na trakcie porodowym, zaraz po porodzie położna zajmowała się noworodkiem i przystawiała go do piersi mamy. Należy zrobić wszystko, aby kobieta miała satysfakcję z porodu i pobytu w naszym szpitalu.

– Jakie są Pani marzenia dotyczące Oddziału?

– Nie ma szczytu marzeń, zawsze jest coś dalej, do czego warto dążyć. W tej chwili moim marzeniem jest stworzenie kilku sal intensywnej terapii z prawdziwego zdarzenia, w pełni wyposażonych w stanowiska zawierające respirator, monitor, pompy infuzyjne, ssaki, nowoczesny inkubator, lampy do fototerapii. Nazwałabym to marzeniem, ale to jest niestety konieczność, aby sprawnie ratować życie

i zdrowie dzieci z całego regionu. Nie zależy to jednak tylko ode mnie, czy naszego zespołu, ale od decyzji finansowych oraz pomocy Urzędu Marszałkowskiego. Żyjemy w takich czasach, w których medycyna połączona z naszą wiedzą naprawdę może zdziałać cuda, a często w niesieniu pomocy ogranicza nas brak sprzętu i kadry lekarskiej, pielęgniarskiej. I to jest dla mnie najbardziej frustrujące. Bo chcemy nie tylko ratować małe dzieci, ale zapewnić im jak najlepsze zdrowie, dobry start, a także żeby jakość życia wcześniaków nie odbiegała od jakości życia dzieci urodzonych o czasie. Temu problemowi poświęcona była zorganizowana w ubiegłym miesiącu konferencja warmińsko-mazurskiego oddziału PTN, podczas której miałam wykład na temat wpływu wcześniactwa na rozwój dziecka.

– Jednocześnie z objęciem funkcji ordynatora Oddziału Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka, została Pani konsultantem wojewódzkim ds. neonatologii.

– To prawda, od kwietnia sprawuję nadzór nad oddziałami noworodkowymi w całym województwie. Już od kilku lat odnotowujemy wzrost liczby urodzeń, ale w ostatnim czasie rzeczywiście mamy do czynienia z tzw.: baby boom'em. I tu rodzi się cały problem, bo w szpitalach coraz częściej brakuje miejsc dla rodzących kobiet. Jednak to problem interdyscyplinarny, wymagający współpracy z lekarzami ginekologami, położnicami.

– Dziękuję za rozmowę.

*Magdalena Kantorczyk*

# PIENIĄDZ ROBI PIENIĄDZ

O finansach, inwestycjach i planach szpitala rozmawiamy z Rafałem Laszczakiem, specjalistą ds. prognozowania, planowania i analiz ekonomicznych.



pobytu pacjenta jesteśmy w stanie porównać go z przychodem, czyli z pieniędzmi, które nam płaci NFZ za tego pacjenta, i na tej podstawie widzimy czy na danej procedurze tracimy czy zarabiamy. Stanowi to podstawę do dalszych negocjacji z NFZ o zmianę wartości kontraktów medycznych.

– Proszę opowiedzieć o finansowej przyszłości szpitala.

– Szpital obecnie znajduje się w trudnej do przewidzenia sytuacji. Od lipca zmienia się system rozliczania z NFZ. Aktualny system zastąpi system jednorodnych grup pacjentów. Kilka szpitali brało udział w programach pilotażowych ale zrezygnowało z udziału, w związku z czym nikt dokładnie nie wie jak ten nowy system wpłynie na finanse szpitala. Sam NFZ nie umie odpowiedzieć na te pytania. W takiej sytuacji ciężko jest coś planować, musimy poczekać na pierwsze rozliczenie szpitala w nowym systemie, wtedy będziemy mogli podejmować następne decyzje. Pierwsze informacje o tym, jak wpływa nowy system na szpital będą dopiero we wrześniu.

– Dziękuję za rozmowę.

core

## Zadania specjalisty ds. prognozowania, planowania i analiz ekonomicznych

- ◆ bieżąca analiza ponoszonych kosztów, wydatków oraz uzyskiwanych przychodów
- ◆ kontrola bieżącej sytuacji ekonomicznej placówki
- ◆ prognozowanie, plany, budżety cząstkowe
- ◆ wsparcie dyrektora jednostki w zakresie ekonomii i finansów

– Rok 2008 przyniósł szpitalowi wiele zmian, jedną z nich było stworzenie nowego stanowiska, które ma zapoczątkować odbudowę pionu finansowego w naszym szpitalu. Które ze swoich zadań traktuje pan priorytetowo?

– Najważniejszym zadaniem jest przygotowanie planu finansowego na dany rok. To właśnie plan pokazuje nam, jaka jest finansowa sytuacja szpitala. Jednym z jego podstawowych parametrów jest wynik finansowy, którego wartość jest różnicą między przychodami i kosztami szpitala. Ale to nie wynik finansowy jest najważniejszy, a wskaźnik płynności, który mówi, czy regulujemy nasze zobowiązania na bieżąco. Natomiast wynik finansowy to tylko czysty zapis księgowy. Jest wiele firm, które mają dodatni wynik (zysk), a na koncie nie mają pieniędzy i istnieją firmy, które wykazują lekką stratę lub wynik zbliżony do zera, a mają pieniądze. Dla szpitala najważniejsze jest, aby mieć pieniądze, które można przede wszystkim przeznaczyć na inwestycje.

– Co daje nam możliwość inwestowania?

– Inwestycje świadczą o rozwoju szpitala. Modernizacje pomieszczeń, zakupy sprzętu pozwalają na zwiększanie wachlarza usług i podwyższenie standardu leczenia. Dzięki temu możemy wynegocjować większy kontrakt z NFZ i znowu zainwestować pieniądze, bo przecież „pieniądz robi pieniądz”. Musimy wiedzieć, że inwestycje to nie tylko rozwój bazy technicznej, ale również inwestycje w ludzi. Gdy dajemy podwyżki pracownikom to również jest inwestycja.

– A jak wygląda obecna sytuacja finansowa szpitala?

– Nasz wynik na działalności gospodarczej w 2007r. wyniósł 1 056 037, 69 zł. Szpital od 2004r. wykazuje zyski i od dwóch lat nie ma zadłużenia (reguluje swoje zobowiązania na bieżąco). A zarobione pieniądze inwestujemy. Już zostały zakończone prace nad ucyfrowieniem radiologii, został zakupiony aparat do mammografii za ponad 400 tys. zł. Planowany jest również remont oddziałów rehabilitacyjnego i gastroenterologicznego.

– W tym roku dyrekcja przyznała podwyżki lekarzom i pielęgniarkom. Jaki ma to wpływ na finanse szpitala?

– Jeżeli chodzi o pielęgniarki i położne to dopiero wprowadzono jeden z kilku etapów mających na celu stworzenie systemu ich nagradzania. W chwili obecnej w szpitalu brakuje kilkudziesięciu etatów pielęgniarek. Te pielęgniarki, które u nas pracują, musimy zatrzymać i konkurencyjnymi zarobkami zachęcić nowe pielęgniarki do podjęcia pracy w naszym szpitalu. Brak ludzi może spowodować zastoje w pracy, wtedy nie wykonamy kontraktu, co wiąże się z mniejszymi przychodami. Przyznając podwyżki, w tym roku, musieliśmy przesunąć inwestycje ze sprzętu na kapitał ludzki. Kupimy mniej sprzętu niż planowaliśmy, ale zainwestowaliśmy w kapitał ludzki, co w przyszłości nam się zwróci.

– Oprócz tworzenia planów finansowych, inwestycyjnych i sprawozdań pełni pan również rolę głosu doradczego pani dyrektora.

– Do moich obowiązków należy pomoc w podejmowaniu decyzji mających wpływ na sytuację finansowo-ekonomiczną szpitala. System finansowania ochrony zdrowia jest „dziurawy”, ponieważ środki finansowe, które wpływają do systemu są źle lokowane, a procedury są tak samo wycenione w szpitalach powiatowych jak i w szpitalach specjalistycznych. W związku z tym musimy radzić sobie sami. Dlatego tak ważne jest podejmowanie właściwych decyzji odnośnie wydawania pieniędzy, tego ile możemy wydać i w którym roku obrotowym. Cały czas musimy kontrolować koszty jednostkowe wykonywanych procedur, aby wiedzieć w których obszarach szpital ponosi wysokie, nieuzasadnione koszty, które należy skorygować. Znajomość kosztów pozwala na szybsze wdrożenie się w zmieniający system ochrony zdrowia.

Szpitaly charakteryzują się tym, że większość ich dyrektorów to z wykształcenia lekarze, dlatego potrzebują oni doradcy w sprawach finansowych. Rafał Laszczak posiada wiedzę zarówno z rachunkowości jak i ekonomii. I to właśnie on jest głosem doradczym pani dyrektora.

– Co to jest kalkulacja kosztów?

– Pobyt pacjenta w szpitalu składa się z trzech podstawowych elementów: kosztu hospitalizacji (koszt osobodnia), kosztu podanych leków bezpośrednio dla pacjenta oraz kosztu wykonanych procedur medycznych. Znając koszt

## z cyklu PREZENTACJE

# SEKCJA DS. ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH

**Wydawanie publicznych pieniędzy to bardzo odpowiedzialne zadanie. Niczym nie przypomina ono relaksujących zakupów. Każda strzykawka, nić chirurgiczna, a także skomplikowany sprzęt medyczny jest kupowany pod baczным okiem specjalistów ds. zamówień publicznych. Często zanim trafi do szpitala mija kilka miesięcy, nawet tak długo może trwać cała procedura.**

### Pro publico bono

Do leczenia pacjentów niezbędny jest odpowiedni sprzęt oraz leki. Dlatego specjaliści zajmujący się zamówieniami publicznymi muszą starannie koordynować przebieg całej procedury, aby do szpitala trafiały tylko produkty najlepszej jakości. Zdrowie pacjentów zależy nie tylko od profesjonalnej kadry, ale również od wyposażenia szpitala w sprzęt i aparaturę medyczną, leki oraz materiały opatrunkowe.

### Pustki w apteczce...

Wszystkie oddziały składają zamówienie do Działu Zaopatrzenia, który zajmuje się wyceną. Dopiero wtedy do dzieła przystępuje Sekcja ds. Zamówień Publicznych. Powołuje komisję przetargową, w skład której wchodzi od 5 do 10 osób w zależności od trudności zamówienia. Specjaliści ds. zamówień przygotowują specyfikację, a komisja przetargowa zajmuje się sporządzeniem opisu zamówienia. - Sposób w jaki komisja stworzy opis zamówienia decyduje o zakupach. Jeżeli zakupy zostaną dokładnie opisane, firmy będą mogły przedstawić taką ofertę, która będzie dla szpitala odpowiednia. Dlatego tak ważny jest konkretny opis. - mówi Stanisława Masłowska, kierownik Sekcji ds. Zamówień Publicznych.

Regulację prawną w Polsce w zakresie gospodarowania majątkiem publicznym zapewnia ustawa z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych oraz ustawa o finansach publicznych. Na zamówienie publiczne składają się zamówienia na roboty budowlane, dostawy lub wykonanie usług, które są opłacane w całości lub części ze środków publicznych.

### Uczciwa konkurencja

Przedmiotu zamówienia nie można opisywać w sposób utrudniający uczciwą konkurencję. Oznacza to, że nie można go przedstawiać w taki sposób by było z góry wiadome, że wykonawcą danej usługi lub dostawcą sprzętu może być tylko i wyłącznie określone przedsiębiorstwo. Trzeba tak zestawić cechy produktu lub usługi i dobrać odpowiednio parametry, aby do przetargu mogło przystąpić więcej firm.

### Krok po kroku

Gdy specyfikacja istotnych warunków zamówienia jest gotowa, ogłoszenie o zamówieniu

zostaje umieszczone na szpitalnej stronie internetowej oraz wysłane do publikacji w Biuletynie Zamówień Publicznych i Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej. - Zamówienia powyżej 14 tys. euro są publikowane przez minimum 7 dni, a zamówienia o wartości powyżej 206 tys. euro przez minimum 40 dni. - wyjaśnia Aleksandra Sasin. Prawa zamówień publicznych nie stosuje się do zamówień i konkursów, których wartość nie przekracza kwoty 14 tys. euro. Brak obowiązku stosowania procedur określonych przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych nie oznacza jednak zupełnej swobody przy zawieraniu kontraktów poniżej tej wartości.

### Wybór najkorzystniejszej oferty

Gdy mija termin składania ofert, o określonej godzinie komisja przetargowa otwiera oferty i dokonuje wyboru najkorzystniejszej. Podstawą wyboru są wskazane przez siebie w specyfikacji kryteria i nie zawsze głównym kryterium musi być cena. Sprawdzanie ofert może trwać nawet kilka dni. Jeżeli oferty są niepełne oferenci mają prawo w przeciągu 3-5 dni uzupełnić ofertę. Po ogłoszeniu wyboru, a przed zawarciem umowy z wybraną firmą, należy odczekać jeszcze 7 dni, w przeciągu których oferenci mają prawo złożyć protest, jeżeli zauważą jakieś działania niezgodne z ustawą Prawo zamówień publicznych.

### Skomplikowane zamówienia

Przygotowanie przetargu może trwać nawet kilka miesięcy. Wszystko zależy od tego jak skomplikowane jest zamówienie. Jednak trudność zamówienia wcale nie zależy od jego wartości, ale od przedmiotu. Najtrudniejsze do przeprowadzenia są zamówienia na roboty budowlane oraz na skomplikowaną aparaturę medyczną. Specjaliści ds. zamówień, przygotowując przetarg, muszą poznać dokładnie przedmiot zamówienia i często muszą posiadać wiedzę z zakresu medycyny, prawa budowlanego, prawa cywilnego i administracyjnego, a także finansów publicznych.

### Tryby postępowania

W szpitalu najczęściej stosowaną procedurą zamówienia publicznego jest przetarg nieograniczony. W takim przetargu mogą uczestniczyć wszyscy zainteresowani wykonawcy. Rządziej stosuje się zamówienie z wolnej ręki, w którym

szpital udziela zamówienia po negocjacjach tylko z jednym wykonawcą oraz zapytanie o cenę, w którym szpital kieruje pytanie o cenę do wybranych przez siebie wykonawców i zaprasza ich do składania ofert.

### Zamówienia w statystyce w 2007r.

- powyżej 14 tys. euro – 90
- ♦ powyżej 206 tys. euro – 15
- ♦ w tym zamówienia budowlane – 5
- ♦ poniżej 14 tys. euro - 60



### Specjalistki ds. Zamówień Publicznych

- ♦ Stanisława Masłowska – w sekcji zamówień pracuje od 1998r, w 2006r. objęła stanowisko kierownika sekcji, jej domeną są zamówienia budowlane oraz leki
- ♦ Izabela Łapińska – pracuje od 1998r., specjalizuje się w zakupach do laboratorium
- ♦ Aleksandra Sasin – w sekcji zamówień od 2007r., specjalistka od sprzętu kardiochirurgicznego oraz sprzętu jednorazowego użytku
- ♦ Aleksandra Gorazda – pracuje od 2008r., zgłębia tajniki zamówień publicznych.

Sekcja ds. Zamówień Publicznych to jedna z najbardziej rozwojowych komórek szpitala. Panie z zamówień cechuje nie tylko uroda, ale również wiedza, którą zdobywają na studiach podyplomowych, kursach i szkoleniach.



# DIAMENTOWY MASAŻYSTA

Masaż jest jedną z najstarszych dziedzin wiedzy lekarskiej. Wywodzi się z Indii i Chin, gdzie wchodził w zakres rytuału religijnego. I w naszym szpitalu przed Pracownią Masażu można zauważyć prawdziwe pielgrzymki. Profesjonalizm pana Krzysztofa Fogta, szpitalnego masażyisty, przyciąga tłumy.

## Historia

Wielkie zasługi dla dziedziny masażu miał znakomity francuski chirurg, żyjący w XVI wieku Ambroży Pare. Zaobserwował on, że głaskanie obolałych po operacji miejsc przynosi nie tylko ulgę w cierpieniu, ale również wywołuje zmiany w skórze, a nacieranie wywiera wpływ na mięśnie. Po raz pierwszy w dziejach medycyny lekarz ten zapisał swą obserwację i zaczął stosować masaż jako oficjalną, lekarską metodę leczenia.

## Renesans masażu

Masaż leczniczy poprawia psychofizyczną sprawność chorego. Znajduje on zastosowanie w profilaktyce, leczeniu i rehabilitacji chorób z zakresu ortopedii, neurologii, ginekologii, pediatrii i chorób wewnętrznych. Rozwój chemii i farmacji przygłuszył znaczenie naturalnych metod leczniczych i dopiero w dzisiejszych czasach zauważa się ich wielki renesans.

## Mechanizm działania masażu

Mechanizm ten można podzielić na działanie miejscowe oraz ogólne. Pierwsze polega na mechanicznym przepływie krwi w naczyniach krwionośnych i chłonki w naczyniach limfatycznych. Przy wykorzystaniu takich technik, jak głaskanie, rozcieranie, ugniatanie czy oklepywanie zwiększa się przemieszczanie płynów przez układ naczyniowy. Tarcie wywołane podczas masażu wpływa na rozszerzenie naczyń krwionośnych i zwiększenie przepływu krwi przez mięśnie, przyspieszenie dostarczania substancji odżywczych, a równocześnie wydalania produktów przemiany materii.

## Dobroczynny wpływ

Wzrost przepływu krwi wpływa korzystnie na pracę serca i nerek. Działanie centralne masażu polega na pobudzeniu układu nerwowego, który za pomocą odruchów i czynności koordynacyjnych kory mózgowej jest w stanie wpłynąć na wszystkie narządy i układy naszego organizmu. Bódcze przenoszone do mózgu przez włókna nerwowe powodują szybsze i bardziej sprawne wykonywanie czynności przez narządy ludzkiego ciała.

## Techniki masażu

Pan Krzysztof Fogt od 1997r. stosuje terapię manualną, która polega na nastawianiu kręgosłupa metodą miękką, oddziałując na kręgosłup poprzez układ mięśniowy. W 2002r. otrzymał od dr Rossiny (znanego specjalisty, lekarza medycyny manualnej i rehabilitacji) najwyższe odznaczenie - diamentowy dyplom, a dzisiaj już sam przeprowadza szkolenia z zakresu tej

techniki. Często stosuje również terapię czaszkowo-krzyżową, szczególnie pomocną w bólach migrenowych. Ale każdy pacjent jest inny i wymaga indywidualnego podejścia, a w różnych jednostkach chorobowych wykorzystuje się odpowiednie techniki masażu.

## Refleksoterapia

Leczniczy masaż punktów/stref odruchowych znajdujących się na stopach, dłoniach lub twarzy to właśnie refleksoterapia, w której również specjalizuje się pan Krzysztof. Masaż stóp jest nie tylko bardzo przyjemnym i relaksującym doświadczeniem, lecz wzmacnia zdrowie całego organizmu. Stopy stanowią odzwierciedlenie organizmu, zaś masując je, można leczyć wszystkie organy wewnętrzne, gruczoły i układy ciała. Stopy to bardzo ważny przekaźnik bodźców. Ok. 72000 wiązek nerwowych, łączących ważne organy i partie ciała, kończy się na podszewie stopy.



Podczas wykonywania masażu

## Metoda Su Dżok

„Su” oznacza dłoń, „Dżok” stopę. Jest to metoda bazująca na wzajemnej zależności układów wewnętrznych organizmu z odpowiednimi punktami na dłoniach i stopach. Prof. Park Jae Woo, twórca tej metody, stwierdził, że na dłoniach i stopach znajdują się punkty współdziałania o wysokim stopniu aktywności, połączone ze wszystkimi organami i częściami ciała. Kiedy dochodzi do zakłócenia pracy organu, wysyła on „impuls informacyjny” do właściwego punktu współdziałania i uaktywnia go: punkt staje się bardzo bolesny. Podczas stymulacji takiego punktu „impuls uzdrawiający” wraca do chorego organu i leczy go.



Krzysztof Fogt i Małgorzata Fogt

## Masaż akupresurowo-limfatyczny

Jest następną z metod leczenia fizykalnego. Zastosowanie odpowiedniego masażu pozwala na usprawnienie krążenia limfy przeciwdziałając powstawaniu chorób wywołanych jej zastojem, jak również likwidując obrzęki zastoinowe, zapalne, onkologiczne i chłonne. Pozwala także na usprawnienie przepływu limfy po przebytych chorobach zakaźnych i nowotworowych, przyspieszając powrót do zdrowia.

## W gabinecie i w oddziale

Pan Krzysztof Fogt i pani Małgorzata Fogt, która jest drugim masażyistą w szpitalu, część dnia pracy spędzają w gabinecie i tu przyjmują pacjentów z bólami kręgosłupa, dyskopatiami, rwą kulszową, bólami głowy, porażeniem nerwu trzonowego, po endoprotezach i z zanikiem mięśni. Natomiast gdy nie ma ich w gabinecie zajmują się pacjentami w oddziałach. – *Najczęściej są to chorzy po udarach, skokach do wody, wypadkach, złamaniach oraz kobiety w ciąży* – mówi pan Krzysztof.

## Profesjonalne podejście

To jakie efekty przyniesie masaż zależy od nastawienia pacjenta. Pan Krzysztof często zajmuje się bardzo ciężkimi przypadkami, pacjentami z porażeniem kończyn, którzy nie wstają z łóżek. Dzięki odpowiednim zabiegom powoli odzyskują oni czucie i wracają do zdrowia. – *Największą satysfakcją dla mnie jest gdy postawię pacjenta na nogi – mówi pan Krzysztof. – Ale nie uda mi się to gdy będę sam. Rodzina chorego musi aktywnie uczestniczyć w rehabilitacji. Powrót pacjenta do zdrowia jest możliwy dzięki pracy całego zespołu lekarzy, rehabilitantów i fizykoterapeutów* – dodaje.

Pan Krzysztof stosuje oprócz masażu również śmiechoterapię, bo najpierw trzeba zająć się duszą, a potem ciałem.

## Krótką historia

Dzięki pracy pana Krzysztofa wielu pacjentów wróciło do zdrowia. Do tych szczęściarzy zalicza się również 21-letni Michał, który 30 kwietnia 2008r. miał poważny wypadek, w wyniku którego złamał nogę w 4 miejscach. Przez kilkanaście dni leżał w śpiączce i nie mógł się wybudzić. Pan Krzysztof już wtedy nawiązał kontakt z Michałem, przychodził do niego codziennie, Michał obudził się, a 5 czerwca po raz pierwszy stanął na nogi.

# WYRÓŻNIENIE DLA PULSU SZPITALA

Stowarzyszenie Prasy Firmowej Szpalty Roku zaprosiło wydawców i twórców prasy firmowej wewnętrznej i zewnętrznej do udziału w konkursie Szpalty Roku. Chcieliśmy dowiedzieć się, co o naszym kwartalniku „Puls Szpitala” myślą profesjonalści i wzięliśmy udział w konkursie. Zostaliśmy zauważeni. Otrzymaliśmy wyróżnienie za artykuł „Poczet chorób królów i książąt polskich”, czyli pomysł przedstawienia polskich królów i książąt przez pryzmat ich chorób.

Wyniki konkursu ogłoszono 16 kwietnia podczas uroczystej gali w Centralnym BASENIE Artystycznym w Warszawie. Urszula Radzińska,

prezes SPF wyraziła nadzieję, że pierwsze Szpalty Roku zapoczątkują proces powstawania platformy wymiany doświadczeń ludzi, którzy tworzą prasę firmową w Polsce, zarówno wydawców, jak i twórców publikacji. W konkursie wzięły udział 22 firmy, nadesłano 32 prace (16 magazynów zewnętrznych, 3 publikacje jednoznaczne zewnętrzne i 13 magazynów wewnętrznych).

Rynek publikacji w ostatnich latach rozwija się bardzo dynamicznie. I my nadal będziemy rozwijać nasz warsztat. A wszystkich pracowników szpitala zapraszamy do tworzenia „Pulsu Szpitala”. **core**



## UWAGA KONKURS

Urząd Marszałkowski, „Gazeta Olsztyńska” oraz Polskie Radio Olsztyn są organizatorami konkursu „Najlepszy Produkt i Usługa Warmii i Mazur”. W kategorii „Usługa Me-

dyczna” nominację otrzymał Oddział Diabetologiczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Do końca września czytelnicy „GO” mogą głosować na wybrany

produkt i usługę, wysyłając wypełniony kupon do redakcji. Jury weźmie te opinie pod uwagę jako głos doradcy. Zapraszamy naszych pacjentów i pracowników do głosowania.



## INFORMACJA O PROJEKTACH

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie od początku 2008 roku złożył następujące wnioski do Ministerstwa Zdrowia oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### MINISTERSTWO ZDROWIA

1. Projekty finansujące sprzęt i aparaturę medyczną:

a) w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2006-2008 – POLKARD

♦ Oddział Kardiologiczny z OIOK

Zakup aparatury do pracowni elektrofizjologii: stymulator wielofunkcyjny, defibrylator zewnętrzny.

Zakup aparatury echokardiograficznej średniej klasy.

♦ Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym

Zakup sprzętu dla pododdziałów udarowych: kardiomonитор.

Zakup sprzętu dla sal wczesnej rehabilitacji w oddziałach neurologicznych posiadających pododdziały udarowe: łóżko rehabilitacyjne, stół pionizacyjny, leżanka do ćwiczeń ruchowych, komputerowy system rehabilitacji funkcji poznawczych, wózek do przewozu chorych, system ergospirometryczny.

♦ Oddział Kardiochirurgiczny

Zakup aparatury do funkcjonujących oddziałów kardiochirurgicznego, ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów intensywnej

terapii pooperacyjnej: sonda do pomiarów przepływu metodą dopplerowską, pompa infuzyjna strzykawkowa, głowica echograficzna epikardialna do aparatu GE Vivid, zestaw narzędzi chirurgicznych.

b) w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych 2007-2008

♦ Dział Patomorfologii

Program wykrywania i rozpoznawania chłoniaków złośliwych w Polsce – zakup procesora tkankowego.

2. Projekty finansujące procedury medyczne:

a) w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2006-2008 POLKARD

♦ Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym

Leczenie trombolityczne (rt-PA) w ostrej fazie udaru niedokrwinnego mózgu.

b) w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych 2006-2008

♦ Oddział Gastroenterologiczny

Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego, w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych.

3. Projekty finansujące szkolenia dla personelu medycznego

a) w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2006-2008 – POLKARD  
♦ Oddział Kardiologiczny z OIOK

Wybór adeptów do szkolenia w elektroterapii inwazyjnej – lek. med. Mateusz Tyllo będzie uczestniczył w szkoleniu w zakresie elektrofizjologii diagnostycznej w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym w Warszawie

PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

a) Program Wyrównywania Różnic Między Regionami – obszar B

Wymiana dźwigu szpitalnego, wymiana podłóg oraz montaż uchwytych na wysokim parterze Budynku Głównego Szpitala z dostosowaniem do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Do czerwca br. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie otrzymał dofinansowanie z Ministerstwa Zdrowia na zakup sprzętu i aparatury medycznej do Oddziału Kardiochirurgicznego w wysokości 169 232 zł, do Działu Patomorfologii w wysokości 80 000 zł, do Oddziału Kardiologicznego z OIOK (Pracownia Elektrofizjologii) w wysokości 100 000 zł, jak również został wybrany do szkolenia w zakresie elektroterapii inwazyjnej.

Pozostałe konkursy nie zostały jeszcze rozstrzygnięte.

Alicja Biernacka

# KRÓTKI PRZEWODNIK

## INSTRUKCJA KANCELARYJNA I RZECZOWY WYKAZ AKT

### Podróż dokumentów

Każdy urząd, przedsiębiorstwo, niezależnie czy prywatne, czy państwowe posiada własną instrukcję kancelaryjną. Tym bardziej jednostki samorządu terytorialnego zobligowane są do pracy biurowej, zgodnej z tym dokumentem. Dotyczy to również szpitali, które pod kątem dokumentacji traktowane są jak zwykłe przedsiębiorstwo.

Kancelaria i sekretariat w firmie, to nie tylko pokoiki, z którego wpływają listy, stawiane są pieczętki i odbierane są telefony. Komórki te tworzą żywy organizm, bibliotekę, gdzie na okrągło w obiegu są dokumenty. To wymusza na pracownikach kancelarii i sekretariatu porządek i zdyscyplinowanie. W innym przypadku listy nie dochodziłyby na czas do adresata, ginęłyby przesyłki, a sam szpital w konsekwencji niejednokrotnie mógłby ponieść duże straty finansowe, za niedostarczenie dokumentów.

W naszym sekretariacie pracuje Izabela Jastrzębowska, w kancelarii Hanna Martyn i Jolanta Karczewska. Tych pań nie trzeba chyba dokładnie przedstawiać, bo prawie każdy pracownik niejednokrotnie miał styczność z kancelarią i sekretariatem. To potwierdza tylko fakt, że tak naprawdę to tu rozpoczyna się „podróż” wszystkich dokumentów. Nad pracą kancelarii i sekretariatu od niedawna czuwa Danuta Achmatow, która w błyskawicznym tempie poznaje tajniki wszystkich przepisów regulujących pracę tych komórek szpitala. Nie można zapomnieć, że pewne czynności kancelaryjne w szpitalu wykonują również sekretariaty w oddziałach.

Do podstawowych czynności kancelaryjnych należy wysyłanie, przyjmowanie, ewidencjonowanie i rozdział korespondencji oraz przesyłek, prowadzenie ewidencji wpływów specjalnych i wartościowych, przyjmowanie i wydawanie faksów oraz poczty elektronicznej, udzielanie informacji interesantom, a w razie potrzeby kierowanie ich do właściwych komórek lub stanowisk pracy, ewi-

dencjonowanie rachunków, faktur i innych dokumentów księgowych w rejestrze faktur. Nasz Szpital zatrudnia blisko 900 osób, więc można sobie tylko wyobrazić, jak olbrzymia liczba korespondencji i dokumentacji dziennie przechodzi przez ręce tych pań. Aby



Od lewej: Jolanta Karczewska, Danuta Achmatow, Hanna Martyn, Izabela Jastrzębowska

w pełni zapanować nad obiegiem dokumentacji, koniecznością było wprowadzenie pewnych zmian.

### Pod patronatem Archiwum Państwowego

Od czerwca 2008 r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie zaczęła funkcjonować zaktualizowana Instrukcja Kancelaryjna i Rzeczowy wykaz akt, który musi być stosowany przez wszystkie komórki Szpitala. Przez kilka dni czerwca większość pracowników mogła brać udział w szkoleniach związanych z właściwym znakowaniem, obiegiem dokumentów oraz ich przechowywaniem.

– Tak naprawdę pierwotna wersja instrukcji kancelaryjnej i rzeczowy wykaz akt zostały opracowane przez Joannę Celmer już w 2003 r. Pani Asia wykonała wtedy olbrzymią pracę – mówi Danuta Achmatow, kierownik

kancelarii i sekretariatu. – Przeprowadzono wtedy szkolenia jedynie dla pracowników administracji i w konsekwencji tylko nieliczne komórki wdrożyły w życie te dwa dokumenty. W kwietniu tego roku po konsultacjach z pracownikiem Archiwum Państwowego obydwa dokumenty zostały zaktualizowane i dostosowane.

Po co Szpital wprowadził takie „restrykcje” związane z dokumentacją niemedyczną wpływającą i wychodzącą ze Szpitala, a także z odpowiednim jej przechowywaniem?

Do tej pory część korespondencji wpływającej do naszej placówki - do różnych komórek organizacyjnych - przechodziła w sposób niekontrolowany, nie była odpowiednio znakowana, ani dekretowana, komórki nie rejestrowały spraw, pisma nie były sporządzane w 2 egzemplarzach, a to i wiele innych rzeczy odgórnie nakazuje Rozporządzenie Ministra Kultury z dnia 15 lutego 2005 r., a także Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 30 października 2006 r. Instrukcja kancelaryjna Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie została rozesłana do wszystkich kierownik komórek organizacyjnych szpitala.



### Po prostu – opis procedur w postępowaniu z dokumentacją

Instrukcja kancelaryjna zawiera ogół zasad postępowania z dokumentacją w KAŻDEJ komórce organizacyjnej zakładu pracy, wynikających z przyjętego systemu kancelaryjnego. Reguluje ona zasady postępowania z dokumentacją jawną, począwszy od chwili jej wpływu lub wytworzenia w komórce organizacyjnej, do czasu przekazania materiałów archiwalnych i oraz dokumentacji niearchiwalnej do archiwum zakładowego. ▶

Instrukcje kancelaryjne opracowywane są przez poszczególne urzędy centralne dla podległych jednostek organizacyjnych lub przez same zakłady pracy.

Instrukcje państwowych jednostek organizacyjnych, w których powstają materiały archiwalne, tak jak w przypadku naszego Szpitala, muszą zostać wcześniej zatwierdzone przez Naczelnego Dyrektora Archiwów Państwowych, po uprzednim roboczym uzgodnieniu z właściwym miejscowo archiwum państwowym.

Przy uzgadnianiu instrukcji kancelaryjnej bierze się pod uwagę przede wszystkim te jej rozdziały, które regulują sposób rejestrowania spraw i znakowania pism, określają zasady przechowywania dokumentacji w komórkach organizacyjnych oraz sposób przekazywania dokumentacji do archiwum zakładowego.

Każda jednostka organizacyjna, w której działa archiwum zakładowe, ma obowiązek posiadania i stosowania uzgodnionej i zatwierdzonej instrukcji kancelaryjnej. Jednostki organizacyjne nie stosujące instrukcji kancelaryjnej, nie przywiązujące wagi do spraw archiwalnych, niejednokrotnie mają problemy z odszukaniem odpowiednich akt w trakcie kontroli NIK lub Urzędu Skarbowego. Stosowanie procedur kancelaryjnych to zysk dla firmy. Względy zewnętrzne, owszem, są ważne, ale jednak drugorzędne. Chodzi o szybkie i bezbłędne dotarcie do informacji.

#### Jak to działa?

Zgodnie z instrukcją, kancelaria otwiera wszystkie przesyłki i listy, które przychodzą do szpitala, a nie są adresowane imiennie, wprowadza je do dziennika korespondencji (nadaje się kolejny nr, zapisuje nadawcę, datę wpływu, a także czego dotyczy) i następnie przekazuje dyrekcji. Dyrektor szpitala lub upoważniona przez niego osoba dokonuje przeglądu całości korespondencji w celu wyznaczenia komórki organizacyjnej odpowiedzialnej za merytoryczne załatwienie sprawy, określenie sposobu, trybu i terminu jej załatwienia. Takiej dekretacji dokonuje się odręcznie w prawym górnym rogu pisma przewodniego pisma.

W drugą stronę, czyli przy pismach wychodzących ze szpitala system ten działa podobnie.

– *Wszystkie pisma sporządzone na papierze służbowym Szpitala, opatrzone pieczęcią służbową muszą przejść przez sekretariat i uzyskać zgodę (podpis) dyrektora na wysłanie – mówi Danuta Achmatow. – Powód jest bardzo prosty. Dyrektor odpowiada za wszystko, co dzieje się w szpitalu i za całą dokumentację, która z niego wychodzi. Jeśli pismo uzyska akceptację, wówczas Iza Jastrzębowska opisuje kopertę, zakleja ją i przekazuje do kancelarii gotową do wysłania.*

Kolejną rzeczą, którą wprowadza instrukcja jest konieczność sporządzania wszystkich pism w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach. Jeden dokument zostaje wysłany do

adresata, drugi natomiast zostaje w komórce, w której został wytworzony (opatrzone pieczęcią – wysłano dnia...) i włączony do akt sprawy.

#### Rzeczowy wykaz akt

Jak przechowywać takie dokumenty, jak je opisywać i ile czasu przechowywać, mówi nam Rzeczowy wykaz akt, który jest nieodłączną częścią Instrukcji kancelaryjnej. Wykaz oparty jest na systemie klasyfikacji dziesiętnej i dzieli całość wytwarzanej dokumentacji na pięć klas pierwszego rzędu sformułowanych w sposób ogólny, oznaczony symbolami od 0 do 4.

Każda główna klasa (hasło klasyfikacyjne) to punkt główny dziedziny, rozpisanej później w klasach dalszego rzędu na podtytuły, jakim powinny być opisane teczki z dokumentami.

Akta jednorodne tematycznie z różnych komórek organizacyjnych szpitala będą posiadały to samo hasło klasyfikacyjne i symbol cyfrowy hasła. Wyróżniać je będą jedynie oznaczenia (symbole) nazwy danej komórki organizacyjnej.

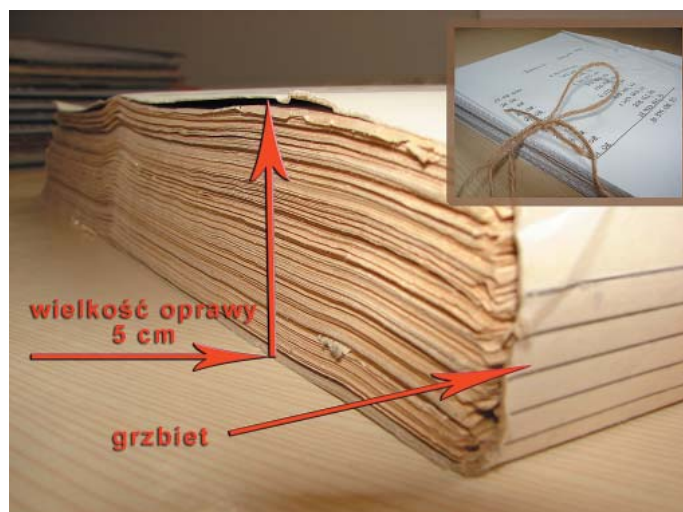
Nie musimy jednak stale posługiwać się całym wykazem akt. Możemy sobie wypisać te sprawy, które dotyczą naszej komórki organizacyjnej. Tworzymy wówczas wyciąg z wykazu akt, czyli taką przykładową „ściągę”.

W jednej jednostce aktowej mogą znaleźć się akta spraw jednej grupy rzeczowej określonej w j.r.w.a.. Niedopuszczalne jest łączenie akt spraw różnych grup rzeczowych w jednym segregatorze, teczce, itp.

Wyciąg z wykazu akt dla komórki organizacyjnej w zależności od potrzeb, może zawierać nowe pozycje, utworzone przez rozbudowę konkretnych klas wykazu akt oraz pozycje oznaczone w wykazie akt symbolami wyższego rzędu. Jednak zmiany w wykazie akt polegające na dodaniu nowych symboli i haseł klasyfikacyjnych I lub II rzędu mogą być dokonywane tylko w porozumieniu z właściwym archiwum państwowym.

#### Jak opisywać teczkę?

Teczki spraw powinny być opisane. Opis teczki powinien zawierać: pełną nazwę szpitala i nazwę komórki organizacyjnej, w lewym górnym rogu znak teczki składający się z symbolu komórki organizacyjnej i symbolu liczbowego teczki wg wykazu akt, w prawym górnym rogu oznaczenie kategorii archiwalnej teczki, pośrodku – tytuł teczki zgodny z hasłem klasyfikacyjnym wykazu akt uzupełniony w razie potrzeby o bliższe określenie zawartości teczki. W przypadku wyjęcia akt z teczki należy w ich



miejscu włożyć kartę zastępczą. Powinna ona zawierać znak sprawy, jej przedmiot, nazwę komórki organizacyjnej lub nazwisko pracownika wypożyczającego akta, względnie nazwę i adres jednostki, do której akta wysłano i termin zwrotu.

#### A, Bc, B-3

Rzeczowy wykaz akt zawiera również oznaczenie kategorii archiwalnej akt – czyli ile czasu musimy przechowywać. To ile lat dane dokumenty powinny być u nas przechowywane, a ile w archiwum zakładowym, mówią nam kategorie dokumentacji.

Do materiałów archiwalnych oznaczonych symbolem „A” zalicza się dokumentację mającą trwałą wartość historyczną, przekazywaną do archiwum państwowego po 25 latach od jej wytworzenia. I absolutnie nigdy nie może być zniszczona.

Do dokumentacji oznaczonej symbolem „B” i cyframi arabskimi, określającymi liczbę lat przechowywania, zalicza się dokumentację mającą czasowe znaczenie praktyczne. Czyli B-3 – przechowujemy dokumenty przez 3 lata.

Do dokumentacji oznaczonej symbolem „Bc” zalicza się dokumentację mającą krótkotrwałe znaczenie praktyczne. Może ona ulec zniszczeniu po pełnym jej wykorzystaniu, wtedy kiedy uważamy to za stosowne, bez przekazywania jej do archiwum zakładowego.

Dokumentacja zaliczana do kategorii „BE” przechowywana w archiwum zakładowym przez określoną liczbę lat (np.BE5) podlega ekspertyzie, która przeprowadza właściwe archiwum państwowe dla ewentualnego dokonania zmiany kwalifikacji archiwalnej tej dokumentacji.

#### Znak sprawy

Sekretariat lub referent, po otrzymaniu pisma do załatwienia sprawdza, czy pismo dotyczy sprawy już prowadzonej czy też rozpoczyna nową sprawę. W pierwszym wypadku pismo dołącza do akt sprawy (poprzedników), w drugim, przed przystąpieniem do załatwienia – rejestruje jako nową sprawę. W obu wypadkach referent wpisuje znak sprawy w obrębie odcisniętej pieczęci wpływu.

Znak sprawy jest stałą cechą rozpoznawczą sprawy. Każde pismo dotyczące tej samej sprawy otrzymuje identyczny znak.

Znak sprawy składa się z symbolu komórki organizacyjnej, symbolu liczbowego hasła według rzeczowego wykazu akt, kolejnego numeru, pod którym sprawa została zarejestrowana w spisie spraw, a także z dwóch ostatnich cyfr roku, w którym sprawę wszczęto.

Trzy pierwsze człony znaku sprawy oddziela się od siebie kreskami poziomymi, natomiast czwarty powinien być oddzielony od trzeciego kreską ukośną.

Przykładowy wzór znaku sprawy: Or.- 012-10/02. Poszczególne składniki znaku sprawy oznaczają w tym wypadku: „Or.” – symbol komórki organizacyjnej, „012” – symbol liczbowy hasła z rzeczowego wykazu akt, „10” – numer, pod którym sprawa została zarejestrowana w spisie spraw, „02” – dwie ostatnie cyfry roku.

#### Archiwum zakładowe

W celu przechowywania akt spraw ostatecznie załatwionych szpital prowadzi archiwum zakładowe. Akta przekazuje się kompletnymi rocznikami. Akta potrzebne do pracy bieżącej pozostawia się w komórce organizacyjnej na zasadzie wypożyczenia z archiwum zakładowego, t.j. po dokonaniu formalności ich przekazania (umieszczenia w spisie zdawczo – odbiorczym).

Zanim jednak akta zostaną przekazane do naszego archiwum, trzeba odpowiednio je uporządkować: ułożyć akta wewnątrz teczek tak,

aby sprawy następowały po sobie w kolejności ich zarejestrowania w spisie spraw, poczynając od najwcześniejszej sprawy (od nr 1). Pisma w obrębie każdej sprawy układają się chronologicznie. Na początku teczek umieszcza się spis spraw. Z teczek wyłącza się również zbędne egzemplarze tych samych pism (dubletów). Należy również usunąć części metalowe ze wszystkich dokumentów. Kompletowi dokumentów należy nadać czystą okładkę, przeszurowaną i starannie opisaną na zewnętrznej stronie (opis teczek uzupełnia się o daty oraz ewentualne określenie tomu),

#### Kancelaria, sekretariat i biblioteka

Danuta Achmatow, oprócz funkcji kierownika kancelarii i sekretariatu, w swoich obowiązkach ma nadal wpisane zadania bibliotekarza szpitalnego.

– *Dalej prowadzę szpitalną bibliotekę i nie chcę tego zaniedbać, bo z doświadczenia wiem, że istnieje wielka potrzeba, aby książki trafiały do naszych pacjentów w oddziałach* – mówi Danuta Achmatow. – *Wydawnictwa mobilizują się w podniesieniu czytelnictwa wśród społeczeństwa polskiego, prowadząc akcję „Czas na czytanie”. Zgłosiłam naszą bibliotekę do tej akcji i mam nadzieję, że dzięki temu dostaniemy pulę najnowszych pozycji książkowych.*

W tej chwili biblioteka jeszcze znajduje się w pawilonie obok szpitala. Docelowo jednak ma zaadoptować część pomieszczenia po byłej Sali konferencyjnej na wysokim parterze w budynku głównym Szpitala.

– *Pomieszczenie kancelarii również przejdzie*

*modernizację. Zostanie ono wyremontowane i wyposażone w nowoczesne meble – ze specjalną ladą, dzięki której wszystkie dokumenty i pieczętki zostaną zabezpieczone. Zostanie również zamontowana nowa szafa korespondencyjna, w której każda komórka organizacyjna szpitala będzie miała własną przegródkę na dokumenty – dodaje.*

#### Święta zasada!

Na każde pismo, które do nas przyjdzie powinna być odpowiedź! Odpowiedź przygotowujemy w 2 egzemplarzach: jeden wysyłamy do adresata, drugi z pismem które do nas wcześniej trafiło wkładamy do specjalnie założonej teczeki. Jeśli nie wiem, jak odpowiedzieć na pismo - konsultuje się z innymi osobami, które są bardziej kompetentne w sprawie.

#### Przesyłki ekspresowe

Każdy pracownik, który musi wysłać przesyłkę za pomocą firmy kurierskiej, musi najpierw uzyskać zgodę swojego przełożonego, a następnie powiadomić kancelarię o przesyłce. Następnie kancelaria szpitala wprowadza zlecenie do rejestru kancelaryjnego i zamawia przewoźnika na określonej godzinie po odebraniu przesyłki. W przypadku, gdy kancelaria nie pracuje, komórka organizacyjna samodzielnie zamawia kuriera, z którą szpital ma podpisaną umowę. Następnego dnia dostarcza do kancelarii list przewoźowy, otrzymany od firmy kurierskiej.

Magdalena Kantorczyk

## NA RADZIE SPOŁECZNEJ

W dniu 05.05.2008 r. w Sali Konferencyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie odbyło się posiedzenie Rady Społecznej.

Na spotkaniu członkowie Rady opiniowali:

1. Zakup nowego sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby oddziałów i komórek organizacyjnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie w roku 2008. Środki na zakup sprzętu będą pochodzić z następujących źródeł: środki własne Szpitala, z Urzędu Marszałkowskiego oraz z Ministerstwa Zdrowia.

2. Zmiany w strukturze organizacyjnej Szpitala polegające na wprowadzeniu do Regulaminu Porządkowego:

- ♦ samodzielnego stanowiska pracy: specjalisty ds. prognozowania, planowania i analiz ekonomicznych – stanowisko objął Rafał Laszczak,
- ♦ zmiany nazwy komórki organizacyjnej szpitala: z sekcji standardów medycznych na sekcja ds. kontraktowania i rozliczeń,
- ♦ zmiany podległości sekcji BHP i p. poż. – z pionu z-cy dyrektora ds. eksploatacyjno – technicznych do pionu dyrektora naczelnego szpitala.

3. Sprawozdanie finansowe Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie za 2007 rok - wypracowany zysk netto za 2007 rok przeznaczony zostanie na pokrycie straty z lat ubiegłych choraz nabieżące inwestycje i zakupy.

Alicja Biernacka

## WSPÓŁCZESNE WYZWANIA STRUKTURALNE I MENEDŻERSKIE W OCHRONIE ZDROWIA

Pod takim hasłem odbyła się 17-18 kwietnia 2008r. w Rynie ogólnopolska konferencja naukowa.



Organizatorami konferencji byli: Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce oraz Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu War-

mińsko-Mazurskiego. Patronat honorowy objęli Jacek Protas Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego oraz prof. dr hab. Ryszard Górecki Rektor Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Podczas konferencji zostały poruszone m.in. problemy finansowania opieki zdrowotnej, „koszyka” świadczeń i planowania strategicznego w zakładach opieki zdrowotnej. W sesji plenarnej nie zabrakło również przedstawicieli z naszego szpitala. Dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłockocka, Kornelia Kotwicka i Rafał Laszczak zaprezentowali pracę pt. „Wybrane problemy strategiczne w zarządzaniu szpitalem na przykładzie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie”. Tematyka konferencji jest dostępna w publikacji pod redakcją Romana Lewandowskiego pt. „Współczesne wyzwania strukturalne i menedżerskie w ochronie zdrowia”. Zapraszamy do lektury.

core

# CO MOŻE KOMISJA SOCJALNA

Każdy etatowy pracownik ma prawo do korzystania z dofinansowania, które przysługuje nam z utworzonego w naszym szpitalu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Pieniądze te wypłacane są na różne cele, np. na dofinansowanie do letniego wypoczynku pracowników, czy na zapomogi losowe i inne cele socjalne. Cele, na jakie mogą być wypłacone świadczenia określa ustawa, na podstawie której tworzony jest Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych.

Co w takim razie obejmuje nasz regulamin ZFŚS? Wypoczynek, kulturę i oświatę, sport i rekreację, a także udzielanie wsparcia materialnego - rzeczowego lub finansowego - oraz zwrotnej pomocy na cele mieszkaniowe itp. Z puli tej nie można natomiast dodatkowo premiować za wykonaną pracę. Nie wolno również pieniędzy z funduszu dzielić „po równo” między pracowników. Na tworzonym obowiązkowo odrębnym rachunku bankowym gromadzone są środki pieniężne pochodzące z corocznie dokonywanych wpłat.

– Świadczenia socjalne nie mają charakteru należności ze stosunku pracy, zasadniczo więc to pracownik lub inna osoba uprawniona, zainteresowana otrzymaniem pomocy socjalnej od pracodawcy, znając obowiązujące w regulaminie zakładowym zasady i warunki przyznawania świadczeń socjalnych, występuje z wnioskiem o przyznanie świadczenia – mówi Teresa Gryniewicz, przewodnicząca ZFŚS w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. - Dlatego nie powinno się stosować zasady przyznawania świadczeń ZFŚS „z urzędu” czy na podstawie tzw. listy, bo wtedy przyznanie świadczenia niekoniecznie będzie szło w parze z uzasadnionymi potrzebami osób uprawnionych. Zawsze jednak muszą pamiętać o naczelnej zasadzie nakazującej uzależnić przyznanie świadczenia i jego wysokość wyłącznie od sytuacji socjalnej osoby uprawnionej.

## Jak się tworzy fundusz?

Fundusz tworzy się z corocznego odpisu podstawowego, naliczanego w stosunku do przeciętnej liczby zatrudnionych. Do końca maja każdego roku pracodawcy mają obowiązek odprowadzić na wyodrębnione konto bankowe funduszu 75 proc. równowartości podstawowych odpisów. Pozostałą część odpisów muszą przekazywać do 30 września każdego roku. Podstawą do ustalenia wysokości odpisów na fundusz socjalny jest przeciętne wynagrodzenie miesięczne w gospodarce narodowej w roku poprzednim lub w drugim półroczu roku poprzedniego, jeżeli przeciętne wynagrodzenie z tego okresu było wyższe. Wysokość tego wynagrodzenia ogłasza prezes Głównego Urzędu Statystycznego, nie później niż do 20 lutego każdego roku.

## Kto korzysta?

Uprawnionymi do korzystania z funduszu są:

- ♦ pracownicy aktualnie zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy przy umowie zawartej na czas nieokreślony,

- ♦ pracownicy zatrudnieni w niepełnym wymiarze czasu pracy, jeżeli jest to ich podstawowe zatrudnienie, wysokość świadczenia ustala się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy pracownika,
- ♦ emeryci, renciści – byli pracownicy Szpitala, dla których był on ostatnim miejscem zatrudnienia,
- ♦ pracownicy przebywający na urloпах wychowawczych,
- ♦ członkowie rodzin pracownika zmarłego w czasie zatrudnienia, którzy byli na jego utrzymaniu,

Z uprawnień wyłącza się pracowników na urlopie bezpłatnym.

Ogólny wykaz dopuszczonych i możliwych do sfinansowania wydatków z ZFŚS rodzi wiele wątpliwości interpretacyjnych. Dlatego tytułem przykładu wymieniamy, że działalność socjalna finansowana z funduszu obejmuje wydatki na:

## Dofinansowanie do wypoczynku dzieci

Osoby uprawnione do korzystania z Funduszu mogą ubiegać się o dofinansowanie zorganizowanych form wypoczynku dzieci (w wieku do lat 18) będących na ich utrzymaniu, a jeżeli kształcą się w szkole – do ukończenia 20 lat, lub bez względu na wiek, jeśli mają orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności.

– Dofinansowanie przysługuje dwa razy w roku, a jego wysokość ustala się na podstawie dochodu brutto przypadającego na jednego członka w rodzinie (dochód udokumentowany zaświadczeniem o zatrudnieniu i dochodzie współmałżonka średnią z ostatnich trzech miesięcy) – mówi Teresa Gryniewicz. – Jeżeli na jednego członka w rodzinie przypada 600 zł brutto, przysługuje 55% dofinansowania. W sytuacji, kiedy przypada od 601 zł do 1500 zł brutto przysługuje nam 45% dofinansowania. Nie można ubiegać się o dofinansowanie, jeśli dochód na jednego członka rodziny przekracza 1500 zł brutto.

## „Mieszkaniówka”

Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych zapewni nam również pożyczki zwrotne na cele mieszkaniowe w wysokości 4000 zł (dla wszystkich pracowników) i 1500 zł (dla emerytów, rencistów – byłych pracowników Szpitala). Oprocentowanie takiego kredytu wynosi 4% w skali roku. Jego przyznanie uzależnione jest od kilku rzeczy:

- ♦ przede wszystkim kredyt musi poręczyć



Teresa Gryniewicz, przewodnicząca Zakładowej Komisji Socjalnej

nam 2 aktualnie zatrudnionych na umowę o pracę pracowników Szpitala,

- ♦ wniosek o pożyczkę może być złożony po okresie jednego miesiąca od spłaty ostatniej raty poprzedniej pożyczki,
- ♦ udzielenie pożyczki mieszkaniowej jest możliwe w przypadku, gdy wynagrodzenie jest wolne od potrąceń, które uniemożliwiają udzielenie kolejnej pożyczki i jej spłatę.

## Skład Zakładowej Komisji Socjalnej:

Teresa Gryniewicz, Oddział Kardiologii, przewodnicząca

Maria Topczewska, Oddział Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka

Ewa Rzeszotarska, Dział Radiodiagnostyki Obrazowej

Halina Walczyk, Szpitalny Oddział Ratunkowy

Eugenia Jac, Szpitalny Oddział Ratunkowy

Elżbieta Wiklacz, Oddział Nefrologii

Alicja Najdzion, Oddział Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka

Ewa Wilińska, Dział Służb Pracowniczych (przyjmuje wnioski, podania, oświadczenia, przygotowuje dokumenty do wypłaty świadczeń).

Czas spłaty pożyczki ustala się na okres nie dłuższy niż 3 lata – dla pracowników, a dla emerytów i rencistów nie dłuższy niż 2 lata.

– *W losowych przypadkach Komisja Socjalna może zawiesić spłatę pożyczki do dwóch miesięcy, przedłużyć okres spłaty pożyczki maksymalnie do 5 lat lub ją umorzyć* – mówi Teresa Gryniewicz. – *Spłata pożyczki następuje w miesięcznych ratach i rozpoczyna się w przeciagu następnym dwóch miesięcy od daty przyznania. Wnioski zawsze rozpatrywane są w kolejności wpływu, po potwierdzeniu przez Dział Księgowości o spłacie poprzedniego zadłużenia.*

Z chwilą rozwiązania umowy o pracę pracownik musi rozliczyć się z pożyczki, w wyjątkowych sytuacjach ustalić z dyrektorem szpitala dalszą formę spłaty.

W przypadku śmierci pożyczkobiorcy, gdy rodzina nie jest w stanie spłacić pozostałego zadłużenia, niespłacona część pożyczki może ulec umorzeniu na wniosek poręczycieli.

#### Bezwrotna pomoc finansowa

Osoby w trudnej sytuacji materialnej mogą uzyskać bezzwrotną zapomogę lub inne świadczenia, po złożeniu odpowiednio uotywowanego wniosku. Warunek uzyskania takiej pomocy jest jeden. Łączny dochód w gospodarstwie domowym nie może wynosić więcej niż 460 zł brutto na jednego członka w rodzinie. Wysokość pomocy ustala się w wysokości 250 zł na pracownika oraz 150 zł na każde dziecko w wieku do 20 lat (uczące się).

– *Pracownik może ubiegać się również o zapomogę losową w wysokości nie więcej niż 1000 zł raz w roku, w przypadku zdarzeń losowych, takich jak: zniszczenie domu spowodowane pożarem, huraganem, powodzią, ciężkie przewlekłe choroby pracownika lub członka rodziny, a także inne, które Komisja Socjalna uzna za zasadne* – dodaje Teresa Gryniewicz.

#### Wczasy pod gruszą

Każdy osoba po przepracowaniu, co najmniej 12 miesięcy w Szpitalu, raz w roku może ubiegać się o dofinansowanie indywidualnych wczasów pracowniczych. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie wniosku z załączoną kartą urlopową na okres 14 dni kalendarzowych. Ile wynosi „gruszka”? Pracownik zarabiający do 1800 zł brutto otrzyma 700 zł brutto, zarabiający od 1801 zł do 3000 zł brutto otrzymają 600 zł brutto dofinansowania, zarabiający od 3001 zł do 4600 zł otrzymają 500 zł, natomiast tym, którzy zarabiają powyżej 4600 zł brutto, zostanie przyznana kwota 400 zł brutto.

– *Co bardzo ważne, środki zakładowego funduszu świadczeń socjalnych niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przepadają, przechodzą na rok następny* – mówi Teresa Gryniewicz. – *My jednak już od dawna systematycznie środki te wykorzystujemy na zakup bonów dla naszych pracowników i rozdajemy je w grudniu.*

Dostęp do pomocy społecznej muszą mieć w pierwszej kolejności i w najszerszym rozmiarze osoby, które w porównaniu z innymi pracownikami mają trudniejszą sytuację życiową, rodzinną i materialną.

– *Raz w miesiącu spotykają się wszyscy członkowie ZFŚS, a są to przedstawiciele związków zawodowych, którzy reprezentują wszystkie grupy zawodowe naszego szpitala* – mówi Teresa Gryniewicz. – *Na tych spotkaniach rozpatrujemy wszystkie wnioski, które do nas wpłynęły i podejmujemy decyzje,*

*komu przyznać świadczenie. Wszyscy członkowie pracują w ZFŚS społecznie.*

Magdalena Kantorczyk



## II Gdańsko-Olsztyńskie Spotkania 10-12 października 2008 r. Druskienniki Litwa



### NERKI A SERCE

#### KONFERENCJA MIĘDZYNARODOWA

Patronat: konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii i kardiologii  
Polskie Towarzystwo Nefrologiczne i Kardiologiczne

Kierownik komitetu naukowego:

Prof. dr hab. med. Alicja Dębska-Ślizień, Prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski  
Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych,  
80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 7

#### KOMITET NAUKOWY :

Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski  
Prof. dr hab. n. med. Michał Myśliwiec  
Prof. dr hab. n. med. Jolanta Małyżko  
Prof. dr hab. n. med. Jacek Manitus  
Prof. dr hab. n. med. Władysław Sułowicz  
Prof. dr hab. n. med. Michał Nowicki  
Prof. dr hab. n. med. Wiesława Łysiak-Szydłowska  
Prof. dr hab. n. med. Magdalena Durlik  
Dr hab. n. med. Leszek Tylicki  
Dr n. med. Beata Januszko-Giergielewicz  
Dr n. med. Jan Forfa  
Dr n. med. Jerzy Górny

#### Cel spotkania:

przedyskutowanie i sformułowanie  
"Standardów leczenia zachowawczego  
przewlekłej choroby nerek  
i jej powikłań w stadiach 3-4"

#### KIEROWNIK ORGANIZACYJNY :

Dr n. med. Beata Januszko-Giergielewicz  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
w Olsztynie  
Oddział Nefrologii, Chorób Wewnętrznych  
i Leczenia Zatruc  
Beatagiergielewicz@interia.pl  
tel. kom. 507 045 587

WIĘCEJ INFORMACJI  
NA STRONIE INTERNETOWEJ  
[www.wss.olsztyn.pl](http://www.wss.olsztyn.pl)

**Dążenie do doskonałości to zadanie na całe życie.**

# KARATE NI SENTE NASHI

*Karate jest sztuką i filozofią walki.  
Nie jest ważna przegrana czy wygrana,  
ale doskonalenie samego siebie.*  
Masutatsu Oyama

***Karate nigdy nie było techniką agresji***

Idąc na trening Kyokushin Karate zastanawiałam się, co zobaczę. Mieliśmy spotkać się w starej sali gimnastycznej w Szkole Handlowej w Olsztynie. Wyobrażając sobie trening spodziewałam się zobaczyć kilkanaście par, oczywiście ubranych w białe kimona, toczących między sobą regularną bijatykę – tak, jak pokazują to na filmach o karate. Czyli coś na kształt trochę bardziej ekstremalnego sportu. Kiedy weszłam na salę było tylko kilka osób, oczywiście ubranych w białe kimona, przepasanych pasami w różnych kolorach. Sala sportowa była imponujących rozmiarów. W klubie nazywana jest Dojo. Jest miejscem, gdzie buduje się męstwo, a wyższe uczucia budzą się podczas ciężkiego wysiłku fizycznego. Dojo jest tajemniczym miejscem, gdzie umysł ludzki szlifuje się w pocie czoła.

Usiadłam na trybunach i czekałam na to, co się będzie działo. Nie minęło kilka chwil, jak na sali zagęściło się od ludzi ubranych na biało. Każdy członek klubu przy wejściu do sali stawał w lekkim rozkroku, składał przed sobą lekko ugięte ręce, robił ukłon i dołączał do grupy – to element etykiety Dojo. W ten sposób adepci karate wyrażają szacunek do Dojo, dla przebywających w nim ludzi, ale również i czasu, który poświęca się na trening. Etykieta Dojo jest zbiorem zasad, regulujących zachowanie w sali ćwiczeń. Oprócz aspektów czysto etycznych (przysięga Dojo) zawiera w sobie elementy kurtuazyjne, przejawiające się w ukłonach i pozdrowieniach, a także specyficzny ceremoniał, wprowadzający ćwiczących w swoistą atmosferę.

Ku mojemu zdziwieniu, na sali nie panował chaos i zgiełk. Wręcz przeciwnie. Ludzie zajmowali miejsca w rzędach, siadając na podłodze w japońskim siadzie zwanym seiza, każdy na swoim miejscu, w ściśle określonej hierarchii. Z przodu ci, którzy zgłębili najwięcej stopni wtajemniczenia – członkowie z czarnymi (dany) i brązowymi pasami (2 kyu). Im bardziej do tyłu, tym mniej zaawansowani w sztuce karate. Na końcu siedzieli najmłodszy stażem z białymi pasami (10 kyu).

Po chwili, do sali energicznie wbiegł człowiek, który jako jedyny w tej grupie posiadał czarny pas (stopień mistrzowski DAN). Był to Marek Wieczorek, tytułowany jako Sensei – w dosłownym tłumaczeniu nauczyciel.

Usiadł przed wszystkimi i zamknął oczy. Inni zrobili to samo. To medytacja Zen. Wyciszenie, wypokojenie, doświadczanie każdej chwili w głębokiej harmonii. Oczyszczenie umysłu i uzyskanie wewnętrznego spokoju. Trwali tak kilka dobrych chwil, po czym ukłonili się i wstali. Zaczął się trening. Przyglądając się



**Jerzy Damięcki i Irena Rulko**

zawodnikom zastanawiałam się, czy normalny człowiek jest w stanie kondycyjnie wytrzymać coś takiego.

Tak jak w innych bardziej tradycyjnych sztukach walki, trening karate Kyokushin bazuje na ścisłej dyscyplinie. Rygorystyczny, ekstremalny i długi odstręcza większość początkujących. Kyokushin to idea perfekcji i pełnego wewnętrznego zaangażowania. Karate nie może być traktowane jedynie jako umiejętność pokonania przeciwnika, ale przede wszystkim droga do samorozwoju tak w fizycznym, jak i duchowym sensie. Poprzez swój ciężki trening nie jest tylko sztuką wojenną lecz także szkołą ćwiczenia swojego charakteru, poprzez okazywanie cierpliwości, szacunku, uznania wartości, przełamania własnych słabości. Wszystko to wymaga naprawdę wielkiego poświęcenia i trudu.

Trening, który obserwowałam trwał 1,5 godziny. Białe kimona zrobiły się u wszystkich mokre od potu. Zmęczenie i wyczerpanie było widoczne na każdej twarzy. Mimo to, nikt nie odszedł na bok Dojo, aby odpocząć. Mało tego, każdy wykonywał kolejne ćwiczenia z takim zapalem, jak na samym początku.

W końcu Sensei dał znak wszystkim, że trening dobiegł końca. Zawodnicy w ciszy i skupieniu usiedli w japońskim siadzie do medytacji Zen.

**„Aby opanować sztukę walki, trzeba zrozumieć jej filozofię.**

**Ciało bez ducha jest bezużyteczne...”**

Grupa rozeszła się. Jednak dwoje uczestników podeszło do trybun i usiadło przy mnie. To Irena Rulko, pracująca w Wojewódzkim Szpitalu

Specjalistycznym w Olsztynie jako rejestratorka medyczna w Dziale Radiodiagnostyki Obrazowej i Jerzy Damięcki, kierownik Działu Zaopatrzenia.

Irena od 8 lat należy do Olsztyńskiego Klubu Karate Kyokushin. Już jako mała dziewczynka nie interesowała się typowymi dziewczęcymi zabawami. Wolała szaleć z chłopakami z podwórka, bawiąc się w wojnę, czy w berka. Zawsze też, jak mówi, interesowała się sportami typowo męskimi. Ma żółty pas.

Jerzy Damięcki ma 44 lata, wcześniej „połknął bakcyła” sportu. Jako piętnastolatek zetknął się z karate i pozostał mu wierny do tej pory. W ciągu prawie 29 lat treningów zdobywał kolejne stopnie wtajemniczenia. Doszedł do brązowego pasa - 2 kyu. Niedawno zdobył uprawnienia instruktorskie i jako trener zaczął prowadzić swoje grupy, począwszy od maluchów 6-10 letnich, skończywszy na dorosłych osobach. Swoje treningi ma dodatkowo 2 razy w tygodniu po 3,5 godziny. To więcej, niż inni członkowie klubu.

Irena jako pierwsza zaczyna opowiadać swoją przygodę z karate.

– *W 2001 roku po raz pierwszy zapisałam się na trening karate – opowiada. – To był świadomy wybór; zapisałam się początkowo na 3 miesiące próbne, bo zastanawiałam się, czy w ogóle poddam wysiłkowi, wiedziałam, że treningi są naprawdę ciężkie i męczące – śmieje się. – Bardzo dobrze pamiętam moje pierwsze spotkanie w Dojo. Trening był ogólnorozwojowy, typowo kondycyjny, ale inny niż wszystkie, które do tej pory przeszłam, rozwijał wszystkie partie mięśni. Było bardzo ciężko, myślałam,*



że umrę z wycieńczenia. Pot, ból fizyczny, zadyszka, kolka. Ale warto było. Wyrwałam ten i następne treningi.

Dla Ireny, karate to walka z samym sobą, z własnymi słabościami. To sport, który uczy dyscypliny, równowagi psychofizycznej, spokoju.

– Rewelacyjnie odnalazłam się w tej sztuce walki – dodaje po chwili zastanowienia. – Poza doskonałą kondycją, karate bardzo pozytywnie nastawia mnie do życia, mobilizuje w przezwyciężaniu trudności. Dzięki niemu inaczej spojrziałam na świat. Na początku trudno było mi pogodzić treningi z pracą. W tej chwili po prostu nie mogłabym bez tego żyć.

Ciężki trening fizyczny wiąże się z wymagającym treningiem psychologicznym. Karate jest sposobem na zjednoczenie ciała i ducha, poszerza horyzonty, a zarazem dodaje ludzkiemu życiu głębi. Bo sztuka walki stawia sobie za cel dążenie człowieka do doskonałości. Działanie w tym kierunku mocno przeobraża ludzi i pozostawia ślad do końca życia. Trzeba nieustannie pamiętać, że sport jest tu tylko dodatkowym środkiem, a nie celem. Ziarenko tego duchowego rozwoju po ciężkim treningu zostaje w sercu ćwiczących na bardzo długo.

– Od pierwszego zetknięcia z karate wiedziałem, że jest to coś, czego zawsze szukałem – zaczyna swoją opowieść Jerzy Damięcki, instruktor Karate. – Miałem 15 lat, gdy razem z moimi dwoma przyjaciółmi poszedłem na pierwszy trening. To były czasy, kiedy sale gimnastyczne pękały w szwach od zainteresowanych nauką karate. Nigdy nie zapomnę tego spotkania. Trening był intensywny, trwał 2 godziny, ale wyszedłem stamtąd szczęśliwy mimo, że przez kilka następnych dni, z powodu zakwasów do domu mogłem wejść po schodach tylko tyłem – śmieje się. – Lata 70. – 80. to był dopiero początek tworzenia się szkół karate w Polsce. Jednak największy boom środowisko karate przechodziło na początku lat 80., kiedy do kin trafił film „Wejście Smoka”. Zajęcia odbywały się wtedy w największej sali sportowej w Olsztynie, w Hali Urania, a na treningi przychodziło ponad pół tysiąca osób. U wszystkich widać było wielki zapał, chęć do zgłębiania tajników sztuki walki, mimo że treningi były bardzo żmudne, wyczerpujące, wymagające dużej pracy nad sobą, cierpliwości. Ludzie poznawali karate i dostrzegali że to coś więcej niż nauka walki sportowej typu boks, czy zapasy. Sport oczywiście istnieje, ale jest to wąski wycinek, jaki niesie ze sobą karate. Jest tam również miejsce na sztukę, poprzez ciągłe doskonalenie swoich technik, są różne formy ćwiczeń, układy formalne zwane kata, jest kihon – ćwiczenie technik. Poprzez trening fizyczny człowiek również doskonalony swój charakter – opanowuje się swoje ciało i umysł, nie pozwalając na kierowanie się emocjami w złym tego słowa znaczeniu.

Mnóstwo osób przeszło przez naszą sekcję, jednak większość systematycznie się wykruśzała. Chociaż, gdy spotykam teraz starych znajomych, to wszyscy deklarują chęć powrotu na



Przed treningiem chwila medytacji

treningi. Bo karate jest czymś, czego nigdy się nie zapomina i do końca życia obdarza się największym sentymentem. Stare kimono zawsze leży na dnie szafy i przypomina zetknięcie ze wschodem, ze sztuką szlachetnej sztuki walki, z samurajami, Japonią, kulturą wschodu. Rzadko kto się go pozbywa, trzymając jako drogocenną pamiątkę.

### Prawdziwa siła nie jest widoczna dla oczu

W powszechnej świadomości funkcjonuje stereotyp karateki- zabijaki, a to za sprawą masowej produkcji kinematografii „made in Hongkong”. Faktem jest, że wieloletnie, żmudne i bolesne ćwiczenia mogą doprowadzić z czasem do zdumiewających efektów. Niektórzy zapewne słyszeli o legendarnym ciosie wibrującej ręki. Mistrzowie tej sztuki zatrzymywali cios kilka centymetrów przed ważnym organem (np. przed wątrobą lub sercem), a po kilku miesiącach ofiara umierała i nikt nie kojarzył tego z walką, która wydarzyła się przed miesiącami. Cios taki nazywano też zatrutym, albo opóźnionym. Możliwe, że od takiego ciosu umarł Bruce Lee.

– Dotychczas w naszym prawie obowiązuje z minionych czasów zapis, który mówi, że osoby trenujące karate traktuje się na równi z osobami posiadającymi broń – mówi Jurek. – Trenuję już 29 lat i wiem, że osoby ćwiczące latami sztukę walki nie są niebezpieczne, bo swoją energię wyładowują na treningu. Poza tym, w karate funkcjonuje bardzo ważna maksyma – karate nie jest sztuką agresji. Kyokushin to poszukiwanie ekstremum prawdy – poznanie granic i ich przekroczenie, ale we własnym wysiłku fizycznym. Trenujący karate to ludzie opanowani i zrównoważeni. Od września prowadzę zajęcia z członkami naszego klubu. I właśnie oprócz umiejętności czysto fizycznych, na swoich treningach przekazuję wszystkim, że warto zainteresować się na dłużej karate, że nie jest to przygoda na jeden sezon, że to nie kurs samoobrony, gdzie dostaje się certyfikat ukończenia i z zadowoleniem wychodzi do domu. Karate to przygoda na całe życie, sport, który cały czas uczy opanowania, spokoju i harmonii. Karate można uprawiać nawet na emeryturze. Jest po prostu dla wszystkich, ćwiczą u nas: młodzież, mamy i ojcowie z dziećmi. Piękne jest to, że wszyscy

trenują razem, że na zajęciach nie ma bariery wiekowej, 60-latkowie razem z 20-latkami. Bo tu nie chodzi o to, aby kogoś pobić, tylko ciągle doskonalić swoje umiejętności.

W dzisiejszej dobie komputeryzacji i spadku zaangażowania młodzieży w ćwiczenia fizyczne i w lekcje w-f, spadek ich wydolności fizycznej jest bardzo duży. Dzieci mają ogromne problemy z wykonaniem prostych ćwiczeń i z koordynacją ruchową. Trening karate daje im nieprzeciętne umiejętności kondycyjne w stosunku do rówieśników, a także ...

– Przychodzą do mnie na zajęcia dzieci od 5 roku życia – mówi Jurek. – Trening wzmacnia je nie tylko fizycznie, pomaga prawidłowo się rozwijać, ale sprawia również, że stają się silniejsze psychicznie, bardziej zdyscyplinowane, zrównoważone. Uczą się tego, że jak postawią sobie jakiś cel do zrealizowania, to poprzez swoją ciężką pracę i zaangażowanie mogą do niego dojść. Z tego wynika, że już takie maluchy potrafią zastosować filozofię karate w codziennym życiu. Stopień mistrzowski w karate jest niezwykle trudno osiągnąć – egzaminy ze stopnia na stopień są coraz cięższe, coraz bardziej wymagające, a mistrzami, w ogromnej większości, są ludzie wszechstronnie wykształceni, ich rozwój w sztuce walki przekłada się również na rozwój wewnętrzny. Bo w karate chodzi przecież o to, żeby doskonalić swoje ciało, doskonalić i umysł.

Rola karate w dzisiejszych czasach jest wieloraka. Jako praktycznego środka samoobrony na szeroką skalę uczy się go w prywatnych klubach, w Japonii stanowi część szkoleniowego programu dla policji i sił zbrojnych. Wiele uczelni w naszym kraju włącza karate do programów wychowania fizycznego i coraz większa liczba kobiet uczy się jego technik. Zarówno w Japonii, jak i w wielu innych krajach karate zdobyło wielką popularność jako sport wyczynowy, który kładzie nacisk na dyscyplinę duchową w tym samym stopniu, co na odwagę i zaprawę fizyczną. Tak więc sposób walki, który zrodził się niegdyś na Wschodzie jako sztuka wojenna, przetrwał wieki i ulegając stopniowym zmianom stał się nie tylko wysoce skutecznym środkiem samoobrony, lecz także znakomitym, pasjonującym sportem, mającym rzeszę entuzjastów na całym świecie.

Magdalena Kantorczyk

# WAKACYJNA APTECZKA



**Nareszcie wakacje, okres wypoczynku i radosnych wojaży. Aby jednak w pełni korzystać z uroków przyrody ciepłego słońca, powinniśmy pamiętać o tym, że nawet w takich wspólnych chwilach, może zdarzyć się coś, co zakłóci nasz spokój. Choroby, urazy, ukąszenia owadów towarzyszą nam bez względu na porę roku. Niezależnie od miejsca pobytu, na wyjazdy wakacyjne i ferie warto zabrać ze sobą grupy leków niezbędne w podróży.**

Podczas urlopowych wyjazdów część z nas narażona jest na wystąpienie choroby lokomocyjnej, która jest wynikiem zaburzeń błędnika. Choroba ta objawia się nudnościami, wymiotami, uczuciem ogólnej słabości, błędniciem. Aby skutecznie zapobiegać chorobie lokomocyjnej, obok leków należy przestrzegać pewnych zasad postępowania tj:

- ◆ przed podróżą nie należy spożywać ciężkostrawnych, obfitych posiłków,
- ◆ należy siedzieć przodem do kierunku jazdy,
- ◆ często wietrzyć pojazd.

Z leków dostępnych na rynku najpopularniejszy jest z pewnością Aviomarin, który jest lekiem skutecznym, aczkolwiek może powodować senność, uczucie osłabienia i zaburzenia koncentracji. Nie można go również stosować u dzieci poniżej 5 roku życia. Natomiast Lokomotiv jest lekiem bezpiecznym, w związku z tym może być podawany również dzieciom. Posiada wyciąg z kłącza imbiru, który przeciwdziała chorobie lokomocyjnej. Nie ma również konieczności zażywania go pół godziny przed podróżą, ponieważ można to uczynić także w czasie podróży. Najbezpieczniejszym lekiem, z tej grupy, jest z pewnością homeopatyczny lek Vertigoheel. Mogą go bez przeszkód przyjmować zarówno dorośli jak i małe dzieci.

Aby zabezpieczyć się przed bólem głowy, zęba bólami menstruacyjnymi należy wziąć ze sobą leki przeciwbólowe, które najczęściej mają również działanie przeciwgorączkowe. Możemy je podzielić na leki:

- ◆ zawierające paracetamol, np. Apap, Efferalgan, Panadol - dostępne w zawieszynie lub czopkach (uwaga! czopki należy przechowywać w lodówce)
- ◆ przeciwbólowe, przeciwgorączkowe i przeciwzapalne - zawierające ibuprofen, np. Ibum, Nurofen.

Zwłaszcza gdy jadą z nami nasze pociechy warto pamiętać o zabraniu:

- ◆ kropli do uszu o działaniu przeciwzapalnym, przeciwgorączkowym i lekko przeciwbólowym Antotalgin (należy wkrapiać ogrzane do temperatury ciała).
- ◆ żel stosowany przy bolesnym ząbkowaniu (dla maluszków), np. Dentinox

Zmiana warunków żywieniowych, diety, bądź też specyficzna flora bakteryjna w kraju naszego wypoczynku mogą powodować biegunkę. Aby jej zapobiec należy przede wszystkim:

- ◆ pić tylko wodę mineralną (chyba, że w danym kraju można pić wodę z kranu - należy ją zawsze przegotować)
- ◆ dokładnie myć owoce i warzywa i najlepiej obierać je ze skórki (jeśli nie jest to możliwe, najlepiej je sparzyć)
- ◆ myć ręce przed każdym posiłkiem.

Leki polecane w biegunce to:

- ◆ węgiel medyczny, który wiąże toksyny bakteryjne i je unieczynnia. Może być podawany również małym dzieciom. W przypadku silnej biegunki należy podać nawet do 10 tabletek preparatu jednorazowo. Należy przy tym pamiętać przede wszystkim aby zapobiegać odwodnieniu się organizmu. Konieczne jest picie dużych ilości płynów. Leki przeciwbiegunkowe to także: Smekta, Lacidofil, Enterol, Gastrolit (dostępny na receptę).

Bez względu na aurę pogodową może się okazać, że „dopadło” nas przeziębienie

- ◆ leki na przeziębienie, to np. Oscylococcinum, Aflubin, Vit. C, Calcium, Rutinoscorbin, Gripex, Coldrex
- ◆ syrop na kaszel, w zależności od rodzaju kaszlu: suchy, męczący - Stodal, Drosetux, mokry - Mucosolvan
- ◆ krople do nosa zawierające składniki obkurczające naczynia krwionośne obrzękniętej błony śluzowej nosa, np. ksylometazolina, oxymetazolina, nafazolina
- ◆ leki na ból gardła: do płukania ziołowe mieszkankami odkażające i ściągające (np. Septosan, Salvia fix) lub tabletki do ssania zawie-

rające środki odkażające (np. Chlorchinaldin, Neoangin, Strepsils) czy przeciwzapalne (np. Cholinex, Strepfen, Tantum Verde).

Na alergię możemy stosować łagodne środki przeciwalergiczne, np. Claritine (tabletki bez recepty, syrop na receptę).

Jeśli przydarzy nam się ukąszenie owada a towarzyszy temu swędzenie, pieczenie lub odczyn alergiczny polecamy zastosować Dermophenazol lub na zmiany uczuleniowe na skórze po ugryzieniu owada, Fenistel Żel. Można zastosować również preparat Ziaja Anty Bzz dla dzieci, który może być stosowany już od 12 miesiąca życia. Środkiem przeciwko komarom jest np. Off

Bardzo ważne są środki opatrunkowe, które pozwolą nam zabezpieczyć ewentualne rany przed zakażeniem oraz zabrudzeniem. Pomagają również zatrzymać krwotoki i zdezynfekować ranę. Należą do nich kompresy gazowe jałowe różnych rozmiarów, opaska gazowa - niezbędna jako bandaż przytrzymujący opatrunek, zestaw plastrów opatrunkowych - niezbędny w przypadku małych ran (drobne skaleczenia, otarcie, bąble) i woda utleniona, maść na skaleczenia i oparzenia Vitamerfen.

Pamiętajmy również aby zabrać termometr oraz strzykawkę lub inną miarkę do dawkowania leków.

Gdy korzystamy ze słońca przyda się balsam na poparzenia słoneczne, których oczywiście należy za wszelką cenę unikać stosując wysokie filtry. Mogą nam się przydać również: krem na odparzenia (np. Sudokrem, Linomag, Alantan). Zawsze musimy pamiętać aby zabrać konieczne leki przyjmowane stale – zgodnie z indywidualnymi zaleceniami lekarskimi. Mogą to być na przykład leki przeciwastmatyczne, przeciwalergiczne, czy stosowane w przypadku cukrzycy. Może się wydawać, że jest tego zbyt dużo ale kiedy na tej podstawie stworzymy swoją apteczkę wakacyjną, możemy być spokojni o zdrowie swoje i naszej rodziny.

*Barbara Szymczuk*



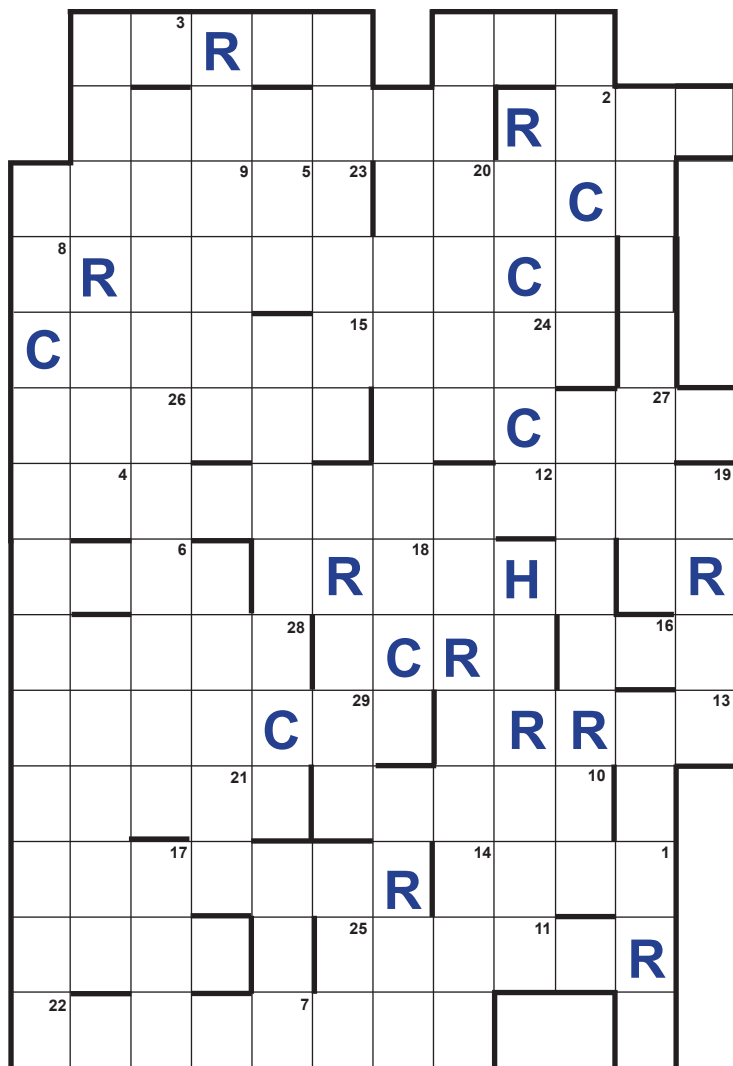
# K R Z Y Ź Ó W K A

## Jolka

### 19

Objaśnienie 51 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery C, H i R. W ponumerowanych polach ukryto 29 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Mahometa.

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.



• ordynator Ortopedii • sztuka układania kwiatów • system radarowy na samolotach • szowinista • osłabienie, wyczerpanie • kategoria, rodzaj • trzecia w Balearach • prostytutka • saudyjska waluta • między azotem a fluorem • przerzut piłki górą • język Seneki • oczekiwanie w ambonie i przed norą • neuryt • las z przewagą olszy • świadoma struktura osobowości • sąsiedzi Irokezów • kłamra spinająca mury • zacina się mówiąc • kolor nie bielonego płótna • spalił Rzym • puszki rogowe parzystokopytnych • izolacja, samotność • przed prometem • twierdza Ordon • syn Afrodyty i Aresa • założenie średniowiecznego miasta • mąż • krwotoczna lub dnawa • burza, szkwał • wynalazca dynamitu • proeuropejska postać Zeusa • dowcip, zabawa • wodne do masażu • gobelin • stacza się ze zbocza • Szymon, autor „Dybuka” • zakazu lub nakazu • saturnizm • dekoruje i chroni powierzchnię • angielskie nowości • nakłanianie • sekcja zwłok • lotka w siatce • bracia, pierwsi lotnicy • członek izby wyższej • oddział chorób wewnętrznych • kraina, ojczyzna • 1/100 hektara • ordynator Gastroenterologii •

BJER

Rozwiązanie krzyżówki numer 18 z 19 numeru Pulsu Szpitala:

„Jeśli chcesz być kochany, kochaj” Seneka

Kwartalnik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



#### Wydawca:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
w Olsztynie

#### Nakład:

1200 egzemplarzy  
Egzemplarze bezpłatne

#### Redaktor naczelny:

Kornelia Kotwicka

#### Zespół redakcyjny:

Barbara Szymczuk  
Magdalena Kantorczyk  
Beata Januszko-Giergielewicz  
Alicja Biernacka

#### Stale współpracują:

Alicja Markiewicz  
Hanna Taraszkiewicz  
Jerzy Badowski

#### Zdjęcia w numerze:

Bernard Wawrzyniewicz  
Kornelia Kotwicka  
Magdalena Kantorczyk

#### Zdjęcie na okładce:

Magdalena Kantorczyk

#### Opracowanie graficzne:

Barbara Szymczuk  
Grażyna Puławska

#### Adres redakcji:

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18  
Dział Organizacji i Zarządzania  
tel. 089 538 63 06  
[marketing@wss.olsztyn.pl](mailto:marketing@wss.olsztyn.pl)  
[kkotwicka@wss.olsztyn.pl](mailto:kkotwicka@wss.olsztyn.pl)

#### Nasz adres w internecie:

[www.wss.olsztyn.pl](http://www.wss.olsztyn.pl)

#### Opracowanie i skład:

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

#### Korekta:

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

#### KONTO:

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

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



„Perfect” w Olsztynie, maj 2008



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

