

Kwartalnik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

ISSN 1644-8162

NR 25/3 lipiec sierpień wrzesień 2009

PULS SZPITALA



**VII Olsztyńskie
Dni Nauki i Sztuki
- Od zarodka
do noworodka**



Drodzy Czytelnicy

Lato za nami i słońce niekiedy zapomina wyrzeć zza chmur. Szczególnie w takie dni zapraszam do spędzenia czasu z *Pulsem Szpitala*. Dzień rozjaśni nam galeria zdjęć przygotowanych na VII Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki. Wszyscy bohaterowie fotografii urodzili się w naszym szpitalu, czasem stało się to o wiele wcześniej, ale dzisiaj po chwilach pełnych niepewności ich życie jest radosne. Zobaczcie Państwo sami.

Wielką szansą i wyzwaniem dla szpitala jest budowa nowego blo-

ku operacyjnego i centralnej sterylizatorni. Cakowita wartość projektu to 72 mln zł. O tym, jak potrzebna jest ta inwestycja możemy przeczytać w artykule *Nowa jakość szpitala*.

A jeżeli nie znamy jeszcze wszystkich osób pracujących w Oddziale Gastroenterologicznym, poznamy ich dzięki cyklowi *Znad Szpitalnego kałamارza*.

Nowinką w szpitalu jest hirudoterapia, czyli leczenie pijawkami. Na wprowadzenie takiej metody leczenia zdecydowali się nasi ortopedzi. O pomysły i rezultatach leczenia

opowiada lek. med. Waldemar Michalak w *Miniaturowym laboratorium farmakologicznym*.

Nie można odłożyć *Pulsu* na półkę, dopóki nie poznamy *Chin – Państwa Środka*. Poczynając od ponad pięciu tysięcy lat historii, bogactwa krajobrazów, chińskiego horoskopu, poprzez chińską operę i jedzenie po trzecim największym kraju świata oprowadza nas lek. med. Emilia Paszkowska. Zapraszam do lektury.

Redaktor Naczelna
Kornelia Kotwicka

Spis treści

- 03 Z cyklu: Szósty zmysł
- Prawdy i mity o intuicji
- 04 Czasy się zmieniają
i my zmieniamy się wraz z nimi
- 06 Z myślą o nowoczesnej nefrologii
- 08 Nowa jakość szpitala
- 12 Od zarodka do noworodka
- VII Olsztyńskie dni nauki
- 14 Galeria VII Olsztyńskich
Dni Nauki i Sztuki
- 16 Z cyklu: Z nad szpitalnego kałamарza
- Oddział Gastroenterologiczny
- 19 Miniaturowe laboratorium
farmakologiczne
- 20 Los pacjentów ukryty w szkiełku
- 21 Polsko - greckie spotkanie
neurochirurgów
- 22 Z cyklu: Z kart historii
- 23 Czy wiecie, że...
- 24 Chiny – Państwo Środka
- 26 Kawiarnia z duszą
- 27 Krzyżówka



PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie

Redaktor naczelna

Kornelia Kotwicka

Koncepcja graficzna

Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny

Alicja Biernacka
Magdalena Kantorczyk
Barbara Szymczuk

Stała współpraca

Alicja Markiewicz
Hanna Taraszkiewicz
Jerzy Badowski

Zdjęcie na okładce

dr hab. n. med. prof. UWM Jerzy Gielecki

Zdjęcia udostępnił

Emilia Paszkowska
Milena Szostak
DekoRama

Adres redakcji

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji
tel. 089 538 63 06
marketing@wss.olsztyn.pl
kkotwicka@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie

Zakład Poligraficzny U-H
J. Skrajnowski
11-300 Biskupiec, ul. Krótka 1
tel. 089 715 34 58
e-mail: skrajnowski@interia.pl

Nakład

1200 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów
i zmiany tytułów.

Z cyklu **ZMYSŁY**

Szósty zmysł

Prawdy i mity o intuicji

Intuicja to zdolność bezpośredniego dotarcia do wiedzy, natychmiastowy wgląd, bez udziału obserwacji i rozumienia - definicja intuicji w dwóch słowach to nieświadome myślenie. W większym stopniu, niż przez dziesięciolecia sądziła nauka - myślenie odbywa się nie na scenie, ale w ukryciu.

Jak pisze David G. Myers w książce „Intuicja jej siła i słabość” myślenie, pamięć i postawy funkcjonują na dwóch poziomach - świadomym i celowym oraz nieświadomym i automatycznym. Współcześni badacze nazywają to podwójnym przetwarzaniem informacji.

Wiemy więcej niż zdajemy sobie z tego sprawę, co ciekawe, większa część codziennego myślenia, odczuwania i działania odbywa się bez udziału świadomości, choć ta koncepcja może być dla człowieka myślącego (homo sapiens) trudna do zaakceptowania.

Obecnie większość psychologów twierdzi, że nieświadoma synteza wiedzy, doświadczenia (tak definiuje się też intuicję) często wpływa na nasze postępowanie czy sądy. Nie ma w tym nic nadzwyczajnego - po prostu umysł gromadzi więcej informacji niż nam się wydaje i w odpowiedniej chwili potrafi ich użyć.

Intuicja jest obecna, gdy sędziowie wyrokują o ludzkim losie, gdy inwestorzy obracają gotówką, w diagnozach lekarskich, taktykach trenerów, nie wspominając o hazardzistach. Przebłysk genialnej intuicji towarzyszył też wielkim odkryciom. Gdy Archimedes wyskakiwał z wanny lub gdy Newtonowi jabłko spadło na głowę. 72 na 83 laureatów Nagrody Nobla w dziedzinie nauk ścisłych

przyznało, że intuicja odegrała rolę w ich sukcesie. Jak pisał słynny matematyk Henri Poincare „Za pomocą logiki dowodzimy. Za pomocą intuicji odkrywamy.”

Jednak, aby tak się stało trzeba uznać, że intuicja to lata doświadczeń zmieniowane w błyskawiczny wgląd, analiza, która stała się nawykiem.

Jest to szczególnie ważne wtedy, kiedy lekarz, czy ratownik medyczny musi podjąć decyzję tak szybko, jak to możliwe, aby uratować ludzkie życie.

Psycholog Gary Klein badał ludzi, którzy w swojej pracy muszą błyska-



wicznie podejmować decyzje przesądające o życiu i śmierci: strażaków, pilotów, załogi karetek ratunkowych. W ich pracy jest tyle niepewności i tak mało czasu na wybór. Teoretycznie powinni przegrywać częściej niż wygrywać. A jednak częściej wygrywają. Współpracowniczka Kleina Beth Crandall badała z kolei pielęgniarki pracujące w oddziale wcześniaków. Szybkie wykrycie rozwijającego się zakażenia jest dla takich dzieci kwestią życia lub śmierci. Wysłuchiła dziesiątek historii o pielęgniarkach, które od pierwszego spojrzenia na dziecko wiedziały, że należy natychmiast interweniować. Nie deduko-

wały, nie analizowały, nie prowadziły rachunku prawdopodobieństwa. Tutaj zadecydowała intuicja. W takiej sytuacji nie działa żadne nadprzyrodzone jasnowidzenie, ale intuicja w czystej postaci. Błyskawicznie człowiek rejestruje szereg subtelnych szczegółów sytuacji, błyskawicznie porównuje ze zgromadzonym doświadczeniem i wysnuwa wnioski w postaci przecucia. Człowiek wie, że wie. Ta zasada dobrze opisuje różnicę między intuicją a rozumem.

A słynna kobieta intuicja? Prawda czy mit?

Po części jedno i drugie. Od wieków mężczyznom przypisuje się racjonalną analizę, a kobietom irracjonalną intuicję. Wnioski ze współczesnych badań nad problemem rzeczywiście potwierdzają tezę, że kobiety częściej niż mężczyźni kierują się w działaniu osobistymi przecuciami, są też bardziej empatyczne. To może być efekt treningu kulturowego i społecznego. Kobiетom bardziej wypada okazywać uczucia, cieszyć się i płakać.

To także kwestia macierzyństwa, które uczy kobiety odczytywania niewerbalnych sygnałów płynących od dziecka. Mimo to jednak, jak rozglądamy się wokół siebie, możemy dostrzec sceptyczne kobiety kierujące się chłodną analizą i mężczyźni z wyczuloną intuicją, empatycznych i wrażliwych.

Co zatem zrobić z intuicją? Można ją potraktować z przymrużeniem oka, ale też nie należy się na intuicję zamykać. Wzbogacona doświadczeniem

potrafi czynić cuda. Z drugiej strony wobec intuicji należy stosować zasadę ograniczonego zaufania. Pozbawiona hamulców może się przejawiać w iluzjach, przesądach, stereotypach, wreszcie zwykłej głupocie. Jedno jest pewne: intuicji nie da się z naszego umysłu wyeliminować. Jak napisał Robert Ornstein: „Nigdy nie było i nigdy nie będzie wystarczająco dużo czasu, aby być naprawdę racjonalnym.”

Na podstawie artykułu Joanny Podgórskiej „Czy masz świadomość swojej nieświadomości”.

Opracowała **Krystyna Kosińska**

Czasy się zmieniają i my zmieniamy się wraz z nimi



O planach inwestycyjnych szpitala rozmawiamy ze Stefanem Barabaszem, zastępcą dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych.

- Panie Dyrektorze, jak w tym roku przebiegają inwestycje w naszym szpitalu?

- Wszystkie remonty i budowy realizowane są na podstawie planu inwestycyjnego na 2009r. Obecnie toczą się prace związane z przebudową Izby Przyjęć i Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Inwestycja realizowana jest w II etapach. Etap I obejmował budowę parkingu na 34 miejsca i został już wykonany wcześniej. Dzięki staraniom szpitala pierwsza część została sfinansowana ze środków firmy parkingowej. Inwestycja obejmująca II etap polega na budowie pawilonu, który ma zapewnić oddzielne wejście dla pacjentów planowanych przyjmowanych do szpitala, niezależnie od wejścia dla pacjentów doraźnie przyjmowanych przez Szpitalny Oddział Ratunkowy. Wejście powstanie w zachodniej stronie bloku terapii i połączone będzie ciągami pieszymi z ulicą Żołnierską. Drogi wewnętrzne oraz droga dojazdowa, a także parking umożliwią dojazd pacjentów zmotoryzowanych. Na parkingu będą oczywiście miejsca dla osób niepełnosprawnych. Dzięki inwestycji, przebudowie ulegnie również wnętrze SOR. Zostaną wydzielone pomieszczenia i ciągi wewnętrzne na potrzeby Izby Przyjęć, tak, aby nie kolidowały z traktami komunikacyjnymi SOR. Jednocześnie efektem przebudowy będzie przygotowanie dodatkowej sali z łózkami obserwacyjnymi dla SOR. Natomiast w nowopowstałym pawilonie znajdują się 3 stanowiska rejestracyjne oraz zaplecze sanitarne dla pacjentów, a także poczekalnie. Koszt całkowity inwestycji to ok. 800 tys. zł. W części finansowana ona będzie ze środków PFRON (ok. 42 tys. zł), w części z Programu Infrastruktura i Środowisko (ponad 225 tys. zł) i ze środków szpital-

nych. Zakończenie budowy planujemy w połowie grudnia.

- W lutym został zakończony remont Oddziału Rehabilitacyjnego, czy jeszcze w tym roku rozpocznie się modernizacja następnego oddziału?

- Na podstawie dokumentacji technicznej, pozytywnie zaopiniowanej przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Olsztynie, we wrześniu rozpoczęliśmy modernizację Oddziału Otolaryngologicznego i Onkologii Laryngologicznej. Całkowity koszt to ok. 1,5 mln zł. Zakres robót jest taki sam jak w dotychczas remontowanych oddziałach. Zostanie wymieniona cała infrastruktura techniczna, posadzki, drzwi, instalacja elektryczna, wodno-kanalizacyjna, rozbudowana instalacja tlenu medycznego i próżni. Przebudowa przestrzenna pozwoli na spełnienie wymogów określonych stosownymi rozporządzeniami Ministra Zdrowia. Dzięki wykonanym pracom nastąpi radykalna poprawa warunków pobytu i leczenia pacjentów. Na oddziale będą sale chorych z 20 łózkami (1 sala jednołóżkowa, 2 sale dwułożkowe, 2 trzyłożkowe, 1 sala czterołożkowa i 1 pięciołożkowa), wszystkie będą wyposażone w węzły sanitarne oraz system schładzania (klimatyzację). Jednocześnie poprawione zostaną warunki pracy personelu, a także stworzone optymalne warunki dla osób niepełnosprawnych. Remont oddziału rozpoczął się 21 września, będzie trwał ok. 4,5 miesiąca, zakończy się na przełomie stycznia/lutego. W tym czasie łóżka pacjentów laryngologicznych będą rozłokowane na innych oddziałach. Prawie cała inwestycja zostanie sfinansowana ze środków szpitalnych. Ze środków PFRON chcemy pozyskać ok. 35 tys. zł.

- Po kilku miesiącach zakończone zostały prace na wysokim parterze, czego dotyczyła ta modernizacja?

- Inwestycja składała się z III etapów. W pierwszym etapie wymieniono dźwig typu szpitalnego z dostosowaniem do potrzeb osób niepełnosprawnych (komunikujący m. in. SOR z blokami operacyjnymi), przystosowano podłogę pod wykładzinę antypoślizgową oraz zakupiono i ułożono wykładziny antypoślizgowe w ciągach komunikacyjnych, zamontowano również uchwyty. W drugim etapie wymieniono drzwi do gabinetów poradni i gabinetów zabiegowych, zmodernizowano i dostosowano istniejącą łazienkę męską dla potrzeb osób niepełnosprawnych z zakupem i montażem uchwytów ułatwiających korzystanie z urządzeń higieniczno-sanitarnych przez osoby niepełnosprawne. Natomiast w trzecim etapie zmodernizowano i dostosowano istniejącą łazienkę damską również dla potrzeb osób niepełnosprawnych, wymieniono drzwi dzielące hol główny szpitala z ciągiem komunikacyjnym. Efektem jest podniesienie estetyki, ale co najważniejsze podniesienie bezpieczeństwa dla osób poruszających się po szpitalu, szczególnie dla osób niepełnosprawnych. Inwestycja częściowo została sfinansowana ze środków PFRON-u.

- Jakim ważnym inwestycjom szpital jeszcze musi sprostać?

- Z ważniejszych spraw szpital podjął temat częściowego przeniesienia Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Ginekologii Onkologicznej (dot. części ginekologii operacyjnej) z 6 piętra do pomieszczeń na wysokim parterze, zajmowanych przez dział żywienia (kuchnię). W najbliższym czasie rozpoczną się prace projektowe,

a przebudowa planowana jest w 2010 roku. Dzięki tej inwestycji zwolnią się pomieszczenia z 6 piętra, które zostaną przeznaczone na część ginekologiczno-położniczą dotychczas zlokalizowaną na VII piętrze. Jednocześnie zostanie stworzona możliwość dokonania zmian organizacyjnych na VI piętrze i powiększenie liczby łóżeczek intensywnej terapii noworodka do 15, co dostosuje możliwości Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka do rzeczywistych potrzeb. VII piętro zostanie przeznaczone na funkcje administracyjne dla działów księgowości, płac i kadr dotychczas zlokalizowanych przy ulicy Żołnierskiej 16 a. Zwolnione pomieszczenia zostaną przeznaczone na potrzeby poradni specjalistycznych. Planuje się bowiem przeniesienie części poradni z ulicy Żołnierskiej 18 do tego budynku. Warunkiem przeprowadzenia tych zmian jest konieczność przygotowania posiłków dla pacjentów poza budynkiem szpitala przez firmę cateringową. Powierzchnia budynku głównego szpitala jest powierzchnią zbyt cenną, żeby przeznaczać ją na potrzeby niemedyczne. Szpital podjął kroki w celu pozyskania dostawcy cateringowego. Pierwsze postępowanie przetargowe było nieudane, ale zainteresowanie firm gastronomicznych jest duże i przewidujemy pozyskanie takiej firmy w następnym etapie przetargowym.

- Przenoszone jest również archiwum szpitalne?

- Zmiana przepisów dotyczących archiwizacji dokumentacji medycznej, a przede wszystkim wydłużenie czasu jej przechowywania (nawet do 30 lat) oraz dokumentacji administracyjnej (do 50 lat) wymogły na nas radykalną zmianę sposobów archiwizowania tych dokumentów. Obecne proste regały do składowania dokumentów zostaną zastąpione regałami przesuwanymi, co pozwoli na zlokalizowanie w pomieszczeniach dotychczasowych, całych zasobów archiwalnych bez konieczności przeznaczania na ten cel dodatkowych pomieszczeń. Przewiduje się możliwość zmniejszenia powierzchni do składowania i opróżnienie pomieszczeń przy Żołnierskiej 18. Archiwum zajmie pomieszczenia gospodarcze po byłej pralni. Obecnie jesteśmy po I etapie modernizacji, polegającej na zaadoptowaniu 2 pomieszczeń po byłej pralni o powierzchni ok. 100 m². Pozostałe pomieszczenia planuje się modernizować do końca b.r. Postępowanie przetargowe jest w trakcie.

- Przez cały rok w szpitalu wykonywane są również drobne remonty. Co w tym roku udało się zrobić?

- W szpitalu realizowane są również remonty w oparciu o plan remontów bieżących na 2009r. Przewidywana kwota to ok. 700 tys. zł. Przykładowe prace: wymiana zdekapitalizowanych okien i drzwi, przygotowanie pomieszczeń dla Działu Fizjoterapii, remont masztów antenowych, naprawa dróg wewnętrznych na posesji szpitala, wymiana 10 słupów oświetlenia, naprawa poszycia dachu nad budynkami przychodni przy ulicy Żołnierskiej 16 b, naprawa zewnętrznych sieci kanalizacji, modernizacja wentylacji grawitacyjnej w Dziale Patomorfologii, wykonanie dodatkowych punktów dostępów do sieci komputerowej. Także w ramach planu remontów bieżących zostanie doposażona sieć instalacji ciepłej wody w budynku głównym szpitala i przychodniach na Żołnierskiej 16, zostanie zainstalowany system dezynfekcji wody zapobiegający zakażeniom bakteriami legionella. Koszt robót to ok. 70 tys. zł. Zakończy się w tym roku.

- Inwestycją, na którą wszyscy czekamy jest budowa bloku operacyjnego.

- Rzeczywiście najważniejszą inwestycją w szpitalu jest modernizacja szpitala poprzez rozbudowę istniejącego głównego budynku szpitalnego na potrzeby bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni, która w dużej części będzie finansowana z Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury. Przewidywany koszt inwestycji to ok. 72 mln zł. Realizacja w okresie 3 lat. Inwestycja obejmie budowę czwartego skrzydła szpitalnego od strony południowej i w głównej części składać się będzie z 12 salowego bloku operacyjnego z kompletnym niezbędnym zapleczem, centralnej sterylizatorni, części dydaktycznej dla 120 studentów z salą audytoryjną i 2 sal seminaryjnych oraz szatni dla pracowników bloku operacyjnego, stażystów, studentów i konsultantów. Szatnie i centralna sterylizatornia oraz sale dydaktyczne będą położone na najniższej kondygnacji, pierwsze piętro zajmie blok operacyjny, a na drugim piętrze zostaną zlokalizowane pomieszczenia wentylatorowi oraz inne pomieszczenia techniczne. Powierzchnia użytkowa budynku to 6 625 m². Pomiędzy obiektem, a budynkiem

głównym zostanie wzniesiony na całej wysokości budynku głównego szpitala zespół czterech dźwignów szpitalnych, które znakomicie poprawią komunikację pomiędzy poszczególnymi oddziałami i działami szpitalnymi oraz nowobudowanym blokiem operacyjnym i centralną sterylizatornią. Nowy obiekt zostanie połączony z istniejącym budynkiem poprzez wydzielenie korytarza na poszczególnych kondygnacjach w miejscu obecnie istniejących gabinetów lekarskich przy klatce schodowej. Wiąże się to z przeniesieniem gabinetów do innych pomieszczeń w oddziałach. Konieczne będzie przeprowadzenie budowy i modernizacji infrastruktury dla funkcjonowania nowobudowanego budynku, m.in. budowa parkingów, placu manewrowego dla ekip ratowniczych, budowa nowej stacji trafo oraz rozdzielnic, modernizacja istniejącej stacji uzdatniania wody oraz tlenowni.

- Jakie modernizacje są jeszcze w planach szpitalnych?

- Szpital w tym roku był kontrolowany przez Państwową Straż Pożarną oraz Inspekcję Farmaceutyczną. Efektem kontroli jest konieczność przebudowy budynku głównego (głównie jego ciągów komunikacyjnych) do wymogów obowiązujących przepisów przeciwpożarowych. Ekspertyzy techniczne są w opracowaniu. Po zatwierdzeniu przez Warmińsko-Mazurskiego Komendanta Straży Pożarnej oraz po sporządzeniu stosownych projektów technicznych zaczniemy realizować tę inwestycję. Przewidujemy dostosowanie budynku do końca 2013r. Koszt to ok. 13 mln zł. Przebudowa związana jest z koniecznością wydzielenia stref pożarowych, co z kolei ma pozwolić na ewakuację częściową w przypadku pożaru, czyli przemieszczenie chorych i personelu z 1 strefy pożarowej do 2 bez konieczności ewakuacji całkowitej. Zostanie także przebudowana sieć hydrantowa, sieć sygnalizacji przeciwpożarowej oraz wykonany dźwiękowy system ostrzegawczy, pozwalający na przesyłanie komunikatów do stref zagrożonych pożarem. Również do końca b. r. szpital zobowiązany jest przygotować projekty techniczne modernizacji apteki, która ma umożliwić dostosowanie funkcji apteki do obowiązujących przepisów.

- Dziękuję za rozmowę.

Z myślą o nowoczesnej nefrologii

Rozmowa z dr. hab. n. med. Tomaszem Stomporem, profesorem Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego, specjalistą chorób wewnętrznych, nefrologii i hipertensjologii.

- Od czerwca pełni Pan obowiązki Kierownika Kliniki Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych Katedry Chorób Wewnętrznych UWM. Gdzie Pan wcześniej pracował i jak Pan wspomina pierwszy dzień pracy w WSS w Olsztynie?

- Całe moje życie zawodowe, czyli 17 lat, spędziłem w Katedrze i Klinice Nefrologii Collegium Medicum UJ w Krakowie. Pracę w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie zacząłem 1 czerwca. W związku z nieobecnością dr. Forfy osobą, która wprowadzała mnie w tajniki pracy w oddziale w pierwszych dniach po objęciu obowiązków, okazując mi nieocenioną pomoc i wsparcie była Pani Doktor Maria Napora.

- Ma Pan doświadczenie z pracą w tak dużym szpitalu, jakim jest Szpital Uniwersytecki UJ w Krakowie. Jak ocenia Pan naszą placówkę?

- Bardzo pozytywnie odbieram ten model organizacyjny szpitala. To, co dla Państwa wydaje się rzeczą normalną, czyli zlokalizowanie wszystkich oddziałów, pracowni,

działów i zakładów w jednym budynku Szpitala, pod jednym dachem, dla mnie jest nowym i bardzo dobrym rozwiązaniem logistycznym. Szpital Uniwersytecki w Krakowie utworzony jest w wielu osobnych budynkach rozmieszczonych na bardzo rozległym obszarze, z wieloma klinikami w odległych częściach miasta; stwarza to często problemy logistyczne, chociażby w sprawnym i szybkim przewiezieniu pacjenta na badania czy konsultacje. Tu nie ma tego problemu, zarówno z dostępem do diagnostyki, jak i wysokiej klasy specjalistów z wielu dziedzin, choć z punktu widzenia dyscypliny, którą się zajmuję, bardzo brakuje oddziału urologicznego.

Jestem zadowolony z poziomu merytorycznego zespołu, z którym pracuję. Dotyczy to zarówno bardziej doświadczonych kolegów, jak i młodszych lekarzy, tuż po specjalizacji. Niewątpliwie pewnym problemem jest jednak fakt, że personel nefrologii pracuje zarówno w oddziale, jak i w stacji dializ. To strukturalnie dwie odrębne (choć ściśle ze sobą współpracujące) jednostki i w związku z tym część lekarzy pełni obowiązki w obydwu tych miejscach.



Obsada lekarska w samym oddziale klinicznym jest więc niewystarczającą w stosunku do zadań, które realizujemy, a zwłaszcza tych, które są przed nami.

Jeśli chodzi o sprzęt i aparaturę medyczną, to w mojej opinii Szpital jest dobrze wyposażoną jednostką, zapewniającą wysoki poziom diagnostyczny. Mieliliśmy już podczas mojej stosunkowo krótkiej działalności w Olsztynie kilku trudnych pacjentów, na pewno nie mieszczących się w ścisłe nefrologicznym profilu oddziału, u których byliśmy w stanie wykonać pełną wymaganą diagnostykę.

Duże wrażenie robi na mnie niemal nieograniczony dostęp do najnowocześniejszych pozaustrojowych technik terapii nerkozastępczej stosowanych w ostrym uszkodzeniu nerek (hemofiltracja, hemodiafiltracja, hemoperfuzja), które wykonuje się w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz w Oddziale Kardiochirurgicznym, możliwość wykonania plazmaferezy na sprzęcie najnowszej generacji, a także dostępność tzw. „dializy wątrobowej” czyli zabiegu MARS.

No i oczywiście w Krakowie nie wydają tak znakomitego czasopisma, jak „Puls Szpitala”...

- Jakie wyzwania stoją przed Kliniką Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych?

- Bardzo istotną kwestią jest dla mnie kontynuacja olsztyńskiej tradycji nefrologicznej i dorobku dr. Jana Forfy. Jest On ważną postacią w roz-

dr hab. n. med. Tomasz Stompór, prof. UWM

1992 r. – ukończył Wydział Lekarski Akademii Medycznej im. Mikołaja Kopernika w Krakowie

1996 r. – uzyskał specjalizację I stopnia z chorób wewnętrznych

1999 r. – uzyskał specjalizację II stopnia z chorób wewnętrznych

2003 r. – uzyskał specjalizację z nefrologii

2006 r. – uzyskał specjalizację z hipertensjologii

1998 r. – otrzymał tytuł dr n. med. w oparciu o pracę „Ocena adekwatności leczenia ciągłą ambulatoryjną dializą otrzewnową”

2004 r. – uzyskał habilitację w oparciu o pracę pt. „Wybrane czynniki ryzyka rozwoju miażdżycy u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek leczonych dializą otrzewnową”.

1992 – 2009 - asystent stażysta, asystent, adiunkt i adiunkt z habilitacją w Katedrze i Klinice Nefrologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

od 01 maja 2009 - Profesor nadzwyczajny w Katedrze Chorób Wewnętrznych Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego w Olsztynie

od 01 czerwca 2009 - p.o. ordynatora Oddziału Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Nagrody i wyróżnienia:

Nagrody zespołowe (pierwszy autor) za najlepsze doniesienia zjazdowe na kongresach: European Dialysis and Transplant Association (dwukrotnie: 2002 i 2004), World Congress of Nephrology (2003), Congress of ISPD/EuroPD 2004 i Danube Symposium on Nephrology (2002).

Zespołowe nagrody Ministra Edukacji i Sportu (1997 i 2005)

Nagroda Indywidualna Ministra Zdrowia 2006.

Stypendium International Society for Peritoneal Dialysis 2003 - pobyt w Royal Infirmiry, North Staffordshire, Stoke-on-Trent, Wielka Brytania.

woju dializoterapii w województwie warmińsko - mazurskim, a fakt, że mamy w regionie 9 stacji dializ i pełne pokrycie potrzeb w zakresie leczenia nerkozastępczego jest niewątpliwie jego ogromną zasługą.

Nasze plany rozwoju związane są zarówno z dotychczasową działalnością

**W trakcie obchodu...**

oddziału, jak i ze ścisłą współpracą z UWM w Olsztynie. Na pewno będziemy kontynuować wieloprofilową diagnostykę i terapię nefrologiczną, przy czym jak najszybciej chciałbym wprowadzić ponowne wykonywanie biopsji nerek w naszym Szpitalu – bez dobrej oceny histopatologicznej tkanki nerkowej nie ma nowoczesnej nefrologii.

Bardzo chciałbym także odbudować pozycję dializy otrzewnowej w Olsztynie i województwie warmińsko-mazurskim. Do niedawna Olsztyn był pod tym względem jednym z przodujących nie-akademickich ośrodków w Polsce. W ostatnim czasie liczba pacjentów leczonych

tą jedyną „domową” odmianą terapii nerkozastępczej spadła i moją ambicją jest ponowny wzrost dostępności tej metody. Poświęciłem jej zresztą większość swojej pracy naukowej. Pomocne w tym mogą być prowadzone w Stacji Dializ programy edukacji przeddializacyjnej. Biorąc pod uwagę duże odległości do ośrodków dializacyjnych i stosunkowo niską gęstość zaludnienia w naszym województwie, jest to rewelacyjna metoda leczenia pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek.

Następna kwestia to hipertensjologia. Chciałbym, żeby nasz oddział był pod tym względem referencyjnym ośrodkiem w województwie. W chwili obecnej brakuje specjalistów z hipertensjologii, ale wszystko przed nami. We współpracy z Dyrekcją i Działem Zarządzania, Marketingu i Promocji dosłownie w pierwszych dniach mojej pracy złożyliśmy do Polkardu projekt doposażenia Kliniki w aparaturę pomocną w diagnostyce nadciśnienia.

Kolejny wątek dotyczący rozwoju naszego oddziału zrodził się nieoczekiwanie i nie planowałem go przychodząc do Olsztyna. To plan rozpoczęcia programu przeszczepiania nerek w naszym szpitalu. Będę robił wszystko, aby nasz oddział był wsparciem dla tego obszaru działalności.

Innym kierunkiem rozwoju Kliniki jest rozpoczęcie dydaktyki w zakresie chorób wewnętrznych, nefrologii i hipertensjologii jako jednostka wchodząca w skład Katedry

Chorób Wewnętrznych UWM, kierowanej przez Panią Profesor Elżbietę Bandurską - Stankiewicz. Studenci trzeciego roku studiów lekarskich pojawią się w Katedrze i naszych Klinikach dokładnie za rok i rozpoczną zajęcia dydaktyczne z propedeutyki chorób wewnętrznych. Oczywiście będziemy także uczestniczyć w kształceniu studentów pielęgniarstwa. Moją wielką ambicją, wpisującą się w plany Wydziału, byłoby także prowadzenie kształcenia studentów – obcokrajowców; ta sfera

działalności była mi szczególnie bliska w poprzednim miejscu pracy. Również cały zespół musi się rozwijać i nie podlega to dyskusji. Bycie jednostką uniwersytecką automatycznie stawia przed pracownikami wymagania nie tylko w zakresie rozwoju zawodowego (specjalizacji, podnoszenia kwalifikacji), ale także uzyskiwania stopni naukowych, publikowania, aktywnego uczestniczenia w zjazdach i kongresach, ubiegania się o fundusze na badania naukowe (granty).

- A jeśli chodzi o Pana zainteresowania pozamedyczne...?

- Dotychczasowa praca zawodowa nie pozostawiała mi zbyt wiele czasu na prawdziwe hobby. To chyba jednak przede wszystkim muzyka: bardzo wiele gatunków, ale najbliższą jest mi do bluesa, hard-rocka, a także „umiarkowanego” heavy-metalu (czyli raczej nie w wydaniu olsztyńskiego Vadera...). Sam grałem trochę na skrzypcach, altówce i gitarze (niestety, czas przeszedł jest tu najwłaściwszą formą). No i oczywiście narty: spośród niezliczonych zalet Olsztyna jego wadą jest jednak odległość na Słowację i do Austrii. Z Krakowa do najbliższego wyciągu było 40 minut... Ale mam patent żeglarski i może jeszcze zrobię z niego użytek!

- Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk

Dorobek naukowy:

110 prac oryginalnych, poglądowych, opisów przypadków, listów do redakcji i komentarzy redakcyjnych; większość w czasopiśmie recenzowanych; sumaryczny *Impact factor* ok. 60.

107 prezentacji zjazdowych. 32 rozdziały w książkach (kolejne 3 rozdziały w książkach przygotowywanych do druku).

Udział i prezentacje prac własnych na licznych kongresach i konferencjach krajowych i zagranicznych.

Recenzent manuskryptów dla czasopism zagranicznych i krajowych. Recenzent wielu prac doktorskich i magisterskich w zakończonych i toczących się przewodach.

Nowa jakość szpitala

Od kilkunastu miesięcy pracowaliśmy nad przygotowaniem wniosku aplikacyjnego dotyczącego modernizacji Szpitala poprzez rozbudowę istniejącego głównego budynku szpitalnego na potrzeby bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni. Wszyscy z niecierpliwością czekamy na ostateczną decyzję: czy Szpital otrzyma dofinansowanie. O konieczności utworzenia nowego bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni rozmawiamy z osobami zaangażowanymi w tworzenie wniosku aplikacyjnego na najbardziej strategiczną inwestycję Szpitala, od początku jego istnienia.



Irena Kierzkowska, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

- Prawdopodobnie w październiku ma zapadnąć ostateczna decyzja dotycząca podziału środków z RPO. Jak się Pani czuje wiedząc, że moglibyśmy być realizatorami tego projektu?

- Byłby to duży sukces wieńczący wielomiesięczną, ciężką pracę zaangażowanych ludzi nad tym prestiżowym dla Szpitala projektem. W tej chwili mam okazję podziękować wszystkim pracownikom, którzy oprócz codziennego wywiązywania się ze swoich podstawowych obowiązków, wkładali wiele serca i entuzjazmu w pracę nad tym wnioskiem. Budowa bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni jest najbardziej strategiczną inwestycją od początku funkcjonowania Szpitala. To wstyd, że taka jednostka, jak nasza ma tak kiepską sterylizatornię i blok operacyjny, który nie spełnia wymogów. Leczymy przecież przypadki trudne, najcięższe z całego województwa, musimy więc spełniać wszystkie wymagane standardy i normy. Jednak to nie wszystko. Zależy nam na wykorzystaniu potencjału, jaki posiadamy oraz na dobrym finansowaniu świadczeń przez NFZ. Ta inwestycja jest więc potrzebna zarówno dla mieszkańców regionu, jak i dla rozwoju naszej placówki.

- Ogólna wartość projektu to ponad 72 mln. Czy za te pieniądze jesteście w stanie wybudować i wyposażyc całkowicie blok operacyjny?

- Na pewno jesteśmy w stanie wybudować nowe skrzydło szpitala dla potrzeb bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni. Może być jednak problem z kompletnym wyposażeniem bloku. Może, ale nie musi, bo paradoksalnie w tym kryzysie gospodarczym, który dotknął Polskę, możemy wybudować blok taniej niż planowaliśmy. Obserwuję to w tej

chwili po przetargach, które rozstrzygamy na modernizację oddziałów. Ceny materiałów budowlanych spadły i korzystniej dla inwestorów wygląda sytuacja rynku budowlanego. Także możemy się w tej kwocie zmieścić. Jeżeli nie starczy środków na wyposażenie, to będziemy szukać innych źródeł finansowania.



Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, kierownik Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji

- Jak wyglądały prace nad przygotowaniem wniosku aplikacyjnego i ile one trwały?

- Prace nad przygotowaniem wniosku trwały od 2007 roku. Projekt Regionalnego Programu Operacyjnego (RPO) został wówczas poddany ocenie potencjalnym beneficjentom, a my, jako że interesowaliśmy się wytycznymi, jakie zostaną w nim zawarte braliśmy czynny udział w ich konsultacjach i wnosiliśmy swoje uwagi. Również w 2007 roku w internetowej sondzie zapytaliśmy społeczeństwo, szczególnie mieszkańców naszego regionu o zdanie, czy popierają budowę nowego bloku operacyjnego. Na stronie internetowej umieściliśmy film prezentujący obecny stan naszych bloków operacyjnych i centralnej sterylizatorni, aby pokazać ludziom, jak wielką potrzebą dla Szpitala i mieszkańców regionu jest ta inwestycja. Wypowiedziało się wielu internautów, którzy jednoznacznie opowiedzieli się za koniecznością budowy bloku operacyjnego. To nas utwierdziło w przekonaniu, że musimy podjąć wszelkie działania związane z pozyskaniem środków na ten cel. RPO był dla nas ogromną szansą i my tę szansę staraliśmy się wykorzystać. Kiedy nasze wytyczne zostały zaakceptowane i wpisane do Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2007- 2013, w momencie ogłoszenia konkursu (13 marca 2009) byliśmy już zaawansowani nad przygotowaniem wniosku aplikacyj-

nego, który w konsekwencji został złożony 30 kwietnia 2009 roku. Wniosek aplikacyjny liczy ponad tysiąc stron, w tym różnego rodzaju mapy sytuacyjne, wykresy, arkusze kalkulacyjne.

Wniosek ten jest rezultatem ciężkiej, wielomiesięcznej pracy dużego zespołu ludzi, wielu specjalistów z różnych dziedzin, których pracę koordynowałam. Musieliśmy przeanalizować stan obecny Szpitala, m.in. bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni, określić cele projektu, najważniejsze jego warianty, wybrać i opisać lokalizację projektu, przeanalizować kwestie prawne związane z realizacją projektu, dokonać analizy finansowej i ekonomicznej, a nawet opisać wpływ inwestycji na środowisko regionu. Ważnym elementem wniosku była również prognoza kosztów eksploatacji inwestycji, tzn. ile nas będzie kosztował nowy blok po otwarciu: jakie będzie zużycie m.in. energii elektrycznej, wody. W międzyczasie dokonano wyboru firmy, która opracowała projekt budowlany i kosztorys, który był podstawą do przygotowania wniosku aplikacyjnego. Praca nad przygotowaniem wniosku była bardzo trudna, wymagała ogromnego zaangażowania od wszystkich członków zespołu. Pracowaliśmy po kilkanaście godzin dziennie. Burze mózgow i spory między nami były na porządku dziennym, ale były to konstruktywne dyskusje, które zawsze prowadziły do osiągnięcia celu.

- Wniosek został złożony. Minęło 5 miesięcy. Co dalej z projektem?

- Projekt pozytywnie przeszedł ocenę formalną, merytoryczną, w tej chwili czekamy na wyniki oceny strategicznej oraz decyzję Zarządu Województwa Warmińsko- Mazurskiego dotyczącą wyboru wniosków o dofinansowanie złożonych projektów. Mamy świadomość ogromu pracy, jaka stałaby przed nami, gdyby nasz wniosek został skierowany do dofinansowania. Już we wniosku aplikacyjnym umieściliśmy realizatorów tego projektu – osoby pracu-

jące w naszym Szpitalu, spełniające określone wymagania. Zadania związane z realizacją tego projektu byłyby zadaniami dodatkowymi. W projekt byłoby zaangażowani specjaliści ds. sprawozdawczości i monitoringu, specjaliści ds. rozliczania i płatności, specjalista ds. zamówień publicznych, specjaliści ds. informacji i promocji, inwestor zastępczy, musiałby być prowadzony nadzór autorski oraz nadzór nad prawidłową realizacją inwestycji, który sprawowałby Stefan Barabasz, za-ca dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych. Jeżeli wszystko potoczy się dobrze jestem pewna, że ludzie zaangażowani w ten projekt jak zwykle nie zawiodą i pod koniec 2012 roku byłibyśmy w stanie wykonać już pierwszą operację w nowoczesnej sali nowego bloku operacyjnego oraz przygotować narzędzia chirurgiczne w nowoczesnie wyposażonej centralnej sterylizatorni.



Stefan Barabasz, za-ca dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych

- Inwestycją, na którą wszyscy teraz czekamy jest budowa bloku operacyjnego.

- Rzeczywiście najważniejszą inwestycją w szpitalu jest modernizacja szpitala poprzez rozbudowę istniejącego głównego budynku szpitalnego na potrzeby bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni, która w dużej części byłaby dofinansowana z Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury. Przewidywany koszt inwestycji to ok. 72 mln zł i mamy 3 lata na jej realizację. Inwestycja objęłaby budowę czwartego skrzydła szpitalnego od strony południowej i w głównej części składałaby się z 12 salowego bloku operacyjnego z kompletnym niezbędnym zapleczem, centralnej sterylizatorni, części dydaktycznej dla 120 studentów z salą audytorijną i 2 sal seminaryjnych oraz szatni dla pracowników bloku operacyjnego, stażystów, studentów i konsultantów. Szatnie i centralna sterylizatornia oraz sale dydaktyczne byłyby położone na najniższej kondygnacji, pierwsze piętro zajmowałby blok operacyjny, a na drugim piętrze zlokalizowane zostałyby pomieszczenia wentylatorowi oraz inne pomieszczenia techniczne. Planowana powierzchnia użytkowa budynku to 6 625 m². Pomiędzy obiektem, a budynkiem głównym zostałyby wzniesione

na całej wysokości budynku głównego szpitala zespół czterech dźwigów szpitalnych, które znakomicie poprawiłyby komunikację pomiędzy poszczególnymi oddziałami i działami szpitalnymi oraz nowobudowanym blokiem operacyjnym i centralną sterylizatornią. Nowy obiekt zostałby połączony z istniejącym budynkiem poprzez wydzielenie korytarza na poszczególnych kondygnacjach w miejscu obecnie istniejących gabinetów lekarskich przy klatce schodowej. Wiązałoby się to z przeniesieniem gabinetów do innych pomieszczeń w oddziałach. Konieczne byłoby przeprowadzenie budowy i modernizacji infrastruktury dla funkcjonowania nowobudowanego budynku, m.in. budowa parkingów, placu manewrowego dla ekip ratowniczych, budowa nowej stacji trafo oraz rozdzielnic, modernizacja istniejącej stacji uzdatniania wody oraz tlenowni.

- Co na Szpitalu wymusza konieczność utworzenia nowego bloku operacyjnego?

- Konieczność budowy bloku uwarunkowana jest przede wszystkim koniecznością likwidacji nieprawidłowości sanitarnych, dotyczących funkcjonowania bloków. Niemożliwym jest dostosowanie istniejących bloków operacyjnych oraz centralnej sterylizatorni do wymogów i standardów określonych przez Ministerstwo Zdrowia. Układ przestrzenny dotychczas zajmowanych pomieszczeń uniemożliwia wyodrębnienie wszystkich funkcji pozwalających na likwidację krzyżowania się dróg czystych z drogami brudnymi. Budowa bloku operacyjnego jest największą inwestycją jaka podjęta zostanie od czasu uruchomienia szpitala w 1970 roku.



Antoni Kołakowski, ordynator Oddziału Urazowo-Ortopedycznego

- Czy według Pana Wójcickiemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Olsztynie potrzebny jest nowy blok operacyjny?

- Zdecydowanie tak i nie ma co do tego dwóch zdań. Obecny nasz blok nie spełnia ani określonych norm, ani standardów. Został oddany do użytku w 1970 roku i nie jest w stanie dłużej sprostać zwiększającym się każdego roku potrzebom, jakie musi zaspokajać nasz Szpital. Dużym manka-

mentem obecnego bloku jest przede wszystkim krzyżowanie się drogi stref „czystych” oraz „brudnych”, czyli brak ruchu jednokierunkowego na bloku operacyjnym. Powoduje to łączenie się drogi pacjenta z drogą personelu, materiału operacyjnego czystego i brudnego. Mamy również bardzo trudne warunki pracy, ze względu na małą powierzchnię sal, infrastruktura techniczna jest przestarzała, brakuje kolumn operacyjnych, sale operacyjne nie posiadają klimatyzacji oraz nawiewu laminarnego. Brakuje również sal wprowadzeń do znieczulania pacjentów oraz sal do wybudzeń. W dużych, nowoczesnych szpitalach pacjenci z danego oddziału transportowani są właśnie do sali wprowadzeń, gdzie przez pracowników bloku i anesteziologów przygotowani są do zabiegu i już znieczuleni trafiają na salę operacyjną. To nie tylko przyspiesza sam zabieg operacyjny, ale przede wszystkim zmniejsza stres pacjenta, który nie musi widzieć, ani słyszeć tego, co się dzieje na sali operacyjnej: naszego rozkładania narzędzi, których na ortopedii jest bardzo dużo, przygotowywania się lekarzy do zabiegu.

Zdecydowanie ogromnym atutem nowego bloku operacyjnego będzie klimatyzacja z nawiewem laminarnym. To jeden z podstawowych warunków, który powinien być spełniony. W takiej specjalności jak ortopedia, gdzie oprócz pracy umysłowej, jaką trzeba wykonać podczas zabiegu operacyjnego wykonujemy też ciężką pracę fizyczną. A w salach nieklimatyzowanych i dodatkowo, kiedy praktycznie przez cały dzień świeci słońce od strony sal operacyjnych, nasza praca jest ciężką harówką. Dodatkowo zastosowanie nawiewu laminarnego z filtrami absolutnymi pozwoli na zachowanie najwyższej klasy czystości pola operacyjnego

- Czy pacjent odczułby zmiany wynikające z utworzenia nowego bloku operacyjnego i Centralnej Sterylizatorni?

- Oczywiście. Przede wszystkim pacjent będzie bezpieczniejszy, w mniejszym stopniu narażony na powikłania jatrogenne, związane z naszą działalnością, czyli możliwość wystąpienia stanu zapalnego, zakażeń, uszkodzenia tkanek przez niesprawną koagulację. Są to niekoniecznie konsekwencje wynikające z winy zespołu operacyjnego, który wykonuje dany zabieg, ale z winy awaryjnego, czy przesta-

rzalego sprzętu, nieodpowiednich warunków, sterylności danego pomieszczenia. Im więc całe zaplecze infrastrukturalne jest lepsze, tym warunki dla pacjenta są bezpieczniejsze i bardziej komfortowe.

Kilka lat temu odwiedziłem m.in. Szpital Wojewódzki w Radomiu dysponujący doskonałym blokiem operacyjnym, czy nowoczesnie wyposażony blok w Szpitalu w Neustadt koło Lubeki. Rodziła się we mnie wtedy olbrzymia zazdrość i marzenie, żeby w przyszłości nasz szpital dysponował takim blokiem i sprzętem jak ten, który oglądałem, aby lekarze operowali pacjentów w tak rewelacyjnych warunkach, gdzie komfort pracy i bezpieczeństwo są olbrzymie. To marzenie może się teraz ziścić.



Dariusz Onichimowski,
ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

- W nowym bloku operacyjnym mają się pojawić między innymi sale wprowadzeń oraz nowoczesna sala wybudzeń pacjentów...

- Sale przygotowawcze, czyli sale wprowadzeń zostaną zlokalizowane przed każdą salą operacyjną. To do nich zostanie przetransportowany pacjent bezpośrednio przed zabiegiem, będzie w nich przygotowywany do znieczulenia, a nawet znieczulany. Pozwoli to nam na poszerzenie zakresu wykonywanych znieczuleń o czasochłonne znieczulenia regionalne. A to wszystko odbędzie się bez konieczności zajmowania sal operacyjnych. Tak więc z jednej strony poprawi to dostępność pacjentów do tych niezmiernie korzystnych znieczuleń, a także pozwoli lepiej gospodarować czasem pracy sal operacyjnych.

Z kolei po operacji pacjent przekazywany będzie do sal wybudzeń oddziału pooperacyjnego, gdzie będzie wyprowadzany ze znieczulenia. Sale wybudzeń będą dysponowały 17 stanowiskami z pełnym monitoringiem funkcji życiowych, gdzie pacjent będzie pod stałą opieką pielęgniarską i lekarską.

W sali wybudzeń zostanie zlokalizowana strefa pobytu krótkotrwałego, w której pacjent będzie przebywał kilka godzin po operacji, a następnie zostanie przekazany do oddziału macierzystego, jak również zostanie utworzona strefa przedłużonej opieki pooperacyjnej, w której chory będzie przebywał nawet kilka dni.

Powstanie sali wybudzeń, która jest oddziałem pooperacyjnym z prawdziwego zdarzenia jest niezmiernie korzystne. Dzięki niej znacznie poprawi się opieka nad pacjentami po dużych i skomplikowanych operacjach w ciągu pierwszych godzin, a nawet dob pooperacyjnych.

Pacjenci wymagający intensywnej i dłuższego niż kilka dob leczenia, będą przekazywani do OIT. Tak więc powstanie sali wybudzeń wpłynie korzystnie również na funkcjonowanie oddziału intensywnej terapii, gdyż w pewnym zakresie odciążą ona oddział, a tym samym pozwoli na lepsze planowanie przyjęć pacjentów do OIT. Możliwość rozdzielenia pacjentów będących bezpośrednio po operacji i wymagających intensywnej

terapii, od pacjentów długoleżących w OIT z ciężkimi infekcjami wielonarządowymi pozwoli na zmniejszenie liczby zakażeń szpitalnych, a tym samym na poprawę skuteczności leczenia i zmniejszenie jego kosztów.

- Na nowym bloku swoje zastosowanie mają znaleźć również nowoczesne kolumny anestezjologiczne...

- Szczególnie istotne znaczenie na sali operacyjnej, ma zapewnienie odpowiednich warunków pracy zespołowi operacyjnemu. Zastosowanie nowoczesnego systemu kolumnowego na powstających salach operacyjnych, w znaczny sposób poprawi ergonomię i organizację pracy w trakcie zabiegów operacyjnych. Kolumny to urządzenia podwieszane na ruchomych ramionach, dzięki czemu sprzęt używany w trakcie operacji bardzo łatwo będzie można przemieszczać, co wpłynie na jego optymalne ustawienie. Bezpośrednio przełoży się to na jakość działań wykonywanych przy pacjencie. Dodatkowo zamontowanie sprzętu na kolumnach spowoduje całkowite usunięcie przewodów elektrycznych z podłogi sali operacyjnej, co znacznie zwiększy bezpieczeństwo pracy i zmniejszy ryzyko przypadkowego rozłączenia lub uszkodzenia sprzętu używanego w trakcie operacji.



Danuta Kierska, kierownik Bloku Operacyjnego

- Z jakimi problemami boryka się Pani na bloku operacyjnym?

- Przede wszystkim największą bolączką jest brak odpowiednich pomieszczeń magazynowania materiałów. Magazyny narzędzi i materiałów czystych są przepełnione, co utrudnia właściwe przechowywanie sprzętu sterylnego, sprzątanie i dezynfekcję. Brakuje też magazynu na opakowania transportowe, zapasowy sprzęt. Brak pomieszczeń do znieczulenia pacjenta powoduje wydłużanie się przerw między zabiegami. Nie jesteśmy w stanie sprostać wszystkim wymaganiom i przepisom na istniejącej powierzchni bloków operacyjnych.

Obecnie w obrębie bloku mamy 7 sal operacyjnych, a to zdecydowanie za mało i nie możemy zwiększyć tej liczby. Zabiegi ratujące życie wykonywane są w pierwszej wolnej sali, co

Zespół przygotowujący wnioski aplikacyjny:

Irena Kierzkowska, dyrektor WSS w Olsztynie,
Elżbieta Majchrzak- Kłockocka, koordynator projektu

Zespół koordynujący:

Elżbieta Majchrzak- Kłockocka,
Alicja Biernacka,
Kornelia Kotwicka,
Stanisława Masłowska

Zespół w zakresie finansowo-ekonomicznym:

Zbigniew Marcinkiewicz,
Rafał Laszczak

Zespół w zakresie medycznym:

Jolanta Citko,
Danuta Kierska,
Dariusz Onichimowski,
Piotr Malinowski,
Bogdan Kibiłda,
Waldemar Och,
Antoni Kołakowski,
Marek Stefanowicz,
Maria Dowgird,
Jerzy Górny,
Tomasz Arłukowicz

Zespół w zakresie administracyjno technicznym:

Stefan Barabasz,
Marek Zawisza,
Stanisław Pyśk

Zespół w zakresie pielęgniarstwa, higieny i epidemiologii:

Alicja Markiewicz,
Małgorzata Dobrzańska

zaburza harmonogram operacyjny danego oddziału. Utrudniony dostęp do sali mają pacjenci z oddziału nefrologii, u których trzeba zakładać cewniki do hemodializy, czy pacjenci dr Krystyny Urbanowicz, u których trzeba założyć cewnik do żywienia pozajelitowego. Natomiast w nowym bloku po dwie sale będą przypadają na neurochirurgię i ortopedię, ginekologia, laryngologia, okulistyka, a także zabiegi endoskopowe będą miały własne sale. Będzie również sala dyżurowa przeznaczona dla zabiegów pilnych i ostrych, którą wykorzystamy również dla pacjentów nefrologii i dr Urbanowicz. No i oczywiście nie ma możliwości utworzenia centralnej sterylizatorni w sąsiedztwie funkcjonujących obecnie bloków operacyjnych.

- A bliskie położenie centralnej sterylizatorni wpłynęłoby na jakość pracy bloku operacyjnego?

- Bardzo ważnym elementem funkcjonowania bloku operacyjnego jest możliwość sprawnej współpracy z centralną sterylizatornią, która dostarcza sterylne narzędzia oraz materiały niezbędne do przeprowadzenia operacji. Obecnie centralna sterylizatornia mieści się na niskim parterze, co stanowi dużą odległość od bloku operacyjnego. Nie istnieją żadne windy bezpośrednio połączone z blokiem. Blok operacyjny korzysta więc z ogólnie dostępnych wind szpitala, które używane są zarówno przez inny personel medyczny, jak również pacjentów oraz osób odwiedzających chorych. Konieczne jest więc bezpośrednie połączenie komunikujące blok operacyjny z centralną sterylizatornią za pomocą wind czystej oraz brudnej, co zapewni sprawny przepływ materiałów i narzędzi medycznych.

- Jakie miałyby Pani oczekiwania od nowego bloku operacyjnego?

- Mam nadzieję i liczę na to, że w nowym bloku operacyjnym będzie dostateczna obsada pielęgniarek instrumentariuszek. Podczas operacji na sali powinna być tzw. „instrumentariuszka czysta”, bezpośrednio asystująca przy zabiegu i „lotna”, która współpracuje z „czystą”. Mam nadzieję, że będzie również dostateczna liczba narzędzi, która zapewni bezkolizyjną i bezstresową pracę. Z chwilą powstania nowoczesnej centralnej sterylizatorni liczę na to, że będziemy dysponować barierową

bielizną operacyjną, zdecydowanie bardziej bezpieczną, która zapewni lepsze zachowanie jałowości, co tym samym zaskutkuje bezpieczeństwem pacjenta i jednocześnie uchroni personel zabiegowy przed możliwością przedostania się krwi i płynów ustrojowych pacjenta przez fartuchy ochronne. Moim życzeniem byłoby, aby w nowym bloku wszystkie te warunki zostały spełnione, z myślą o bezpieczeństwie swoich pracowników, lekarzy i pacjentów.



Małgorzata Dobrzańska, kierownik Sterylizatorni

- Czy istnieje potrzeba wybudowania centralnej sterylizatorni dla naszego Szpitala?

- Nasza sterylizatornia nie spełnia aktualnie obowiązujących wymogów, w tym sanitarno – epidemiologicznych, dlatego konieczne jest wybudowanie nowej centralnej sterylizatorni. W każdym szpitalu o charakterze zabiegowym centralna sterylizatornia jest miejscem o szczególnym znaczeniu. Kierowane są do nich bezpośrednio lub pośrednio brudne narzędzia chirurgiczne. Stan techniczny oraz wyposażenie centralnej sterylizatorni stanowi istotny element bezpieczeństwa medycznego i sanitarnego pacjenta, a jednocześnie ważny składnik oceny infrastruktury technicznej Szpitala.

- W tej chwili w Szpitalu funkcjonuje jedynie sterylizatornia. W nowo wybudowanym skrzydle Szpitala miałyby zacząć funkcjonować centralna sterylizatornia. Czy sterylizatorni doszłyby nowe zadania?

- Obecnie funkcjonująca sterylizatornia w WSS w Olsztynie, podobnie jak blok operacyjny, również boryka się z problemem związanym z rozmieszczeniem pomieszczeń i brakiem możliwości funkcjonalnego wydzielenia stref „brudnej”, „czystej” oraz „sterylnej”. Nie jest to również obszar zamknięty i odpowiednio wydzielony.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami centralna sterylizatornia powinna być podzielona na trzy strefy:

- brudną, przeznaczoną do przyjmowania, sortowania, dezynfekcji i mycia narzędzi chirurgicznych i aparatury medycznej, dezynfekcji i mycia wózków transportowych, magazynu-

nowania narzędzi fabrycznie nowych i zapasów środków dezynfekcyjnych z możliwością przygotowywania z nich roztworów roboczych;

- czystą, przeznaczoną do przeglądu, pakowania zestawów operacyjnych/ zabiegowych i ich sterylizacji, składania i pakowania bielizny operacyjnej i opatrunków, magazynowania czystych narzędzi, bielizny i opatrunków;

- sterylną, przeznaczoną do wyładunku wysterylizowanych materiałów i bielizny ze sterylizatorów, ich magazynowania i wydawania na oddziały szpitalne lub odbiorcom spoza szpitala.

Tak więc po wstępnej dezynfekcji na oddziałach brudny sprzęt i narzędzia zostałyby przetransportowane do nowej centralnej sterylizatorni i cały proces przygotowania materiałów do sterylizacji odbywałby się na miejscu, od ponownych dezynfekcji, mycia, pakowania, poprzez konserwowanie, przeglądanie, sterylizowanie. Dzięki temu mielibyśmy stały nadzór nad przygotowaniem i sterylizacją narzędzi i sprzętu medycznego.

- Używany sprzęt w sterylizatorni jest już wyeksploatowany. Czy nowa centralna sterylizatornia zostanie wyposażona w nowoczesniejsze urządzenia?

- Obecnie został zakupiony i zostanie zamontowany nowy sterylizator parowy, który w przyszłości ma zostać przeniesiony do nowej centralnej sterylizatorni. Centralna sterylizatornia ma również być wyposażona w drugi sterylizator parowy i sterylizator gazowy - tlenkiem etylenu z abatorem i areatorem. Sterylizatory nowej generacji są bardziej wydajne i nie stwarzają zagrożenia dla środowiska. Krótki czas sterylizacji w tego typu urządzeniach umożliwia szybki obieg instrumentarium medycznego. W tej chwili część materiałów i sprzętu operacyjnego jest wyjaławiana tlenkiem etylenu w dwóch sterylizatorach gazowych przestarzałych i wyeksploatowanych, gdzie proces degazacji trwa aż 7 dni. Ogranicza to w znacznym stopniu możliwość wykorzystania narzędzi i sprzętu wielokrotnego użytku. W celu wyeliminowania tego problemu należy wyposażyć sterylizatornię w tzw. aeratory, które proces ten przeprowadzają w ciągu 24 godzin oraz abator, który spala rakotwórczy tlenek etylenu i chroni środowisko.

Magdalena Kantorczyk

Już po raz siódmy Uniwersytet Warmińsko-Mazurski zorganizował Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki. Nasz Szpital, jako współorganizator, 24 września zaprosił mieszkańców regionu na seminarium popularno-naukowe i wystawę fotograficzną pt. „Od zarodka do noworodka”.



Od zarodka do noworodka VII Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki

Spotkanie rozpoczęła Irena Kierzkowska dyrektor WSS w Olsztynie. Po powitaniu gości, Janusza Pieńkowskiego - zastępcy dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego, profesora Władysława Kordana - prorektora ds. nauki i współpracy z gospodarką, uczniów I, V i IX Liceum Ogólnokształcącego w Olsztynie oraz rodziców dzieci, które urodziły się w naszym szpitalu, pani dyrektor zaprosiła prelegentów do wykładu.



dr hab. Władysław Kordan prof. UWM, dr inż. Anna Zalecka, dr hab. Stanisław Czachorowski prof. UWM, Irena Kierzkowska dyrektor Szpitala, w drugim rzędzie Janusz Pieńkowski z-ca dyr. Departamentu Zdrowia

Seminarium rozpoczęli: dr n. med. Ewa Szwałkiewicz - Warowicka - specjalista pediatrii, neonatologii i diagnostyki prenatalnej oraz lek. med. Tomasz Hoppe - specjalista położnictwa i ginekologii wykładem „Płód to dziecko. Diagnostyka prenatalna w I trymestrze ciąży”.

„Wpływ wcześniactwa na rozwój dziecka” to temat następnego prelegenta, dr n. med. Jolanta Meller - ordynator Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Seminarium zakończyła Małgorzata

Zając - specjalista w dziedzinie organizacji i zarządzania, pielęgniarka oddziałowa Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka wykładem „Technologiasprzymierzaniem w opiece nad noworodkiem (inkubator, pulsooksymetr, respirator, CPAP, pompa infuzyjna)”. Wszyscy obecni zostali zaproszeni do obejrzenia wystawy mieszczącej się holu oraz Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka.

Przyjście dziecka na świat wiąże się z wieloma zmianami w dniu codziennym, trzeba zdobyć odpowiednie wiadomości, żeby przygotować się na powitanie nowego życia. Specjaliści ze Szpitala Wojewódzkiego podzielili się swoją wiedzą z przyszłymi rodzicami. Opowiedzieli o tym, jak opiekować się dzieckiem, szczególnie wtedy, gdy pojawi się ono za wcześnie.

Na wystawie

W holu szpitalnym do końca roku będzie można oglądać wystawę fotograficzną „Od zarodka do noworodka”. Ponad 100 zdjęć przedstawia dzieci wczesnie urodzone oraz dzieci urodzone w terminie w naszym szpitalu. Większość z nich otrzymaliśmy od rodziców, którzy chcieli podzielić się z nami radością, jaką jest przyjście dziecka na świat. Na wystawie są też zdjęcia ukazujące rozwój płodu we wszystkich tygodniach ciąży, a także zdjęcia wykonane aparatem ultrasono-

graficznym oraz aparatem ultrasono-
nograficznym w 4D. Ciekawostką są zdjęcia płodu wykonane tomografem



komputerowym, których autorem jest dr hab. n. med. prof. UWM Jerzy Gielecki.

Specjalny gość

Odвіedził nas również wraz z rodzicami jeden z naszych najmłodszych pacjentów - Jaś Postek. Jaś urodził się 24 lipca 2007 roku w zaledwie 24 tygodniu ciąży, ważył 450 gramów i miał 31 cm długości. Zanim został wypisany ze szpitala, spędził u nas 100 dni. Dzisiaj jest zdrowym i energicznym chłopcem, jedyną konsekwencją jego wcześniactwa jest niedosłuch. Mimo wielu trudnych wspomnień związanych z naszym szpitalem, rodzice Jasia przyszli podziękować pracownikom szpitala za uratowanie życia ich synkowi.

core

Twórcami wystawy są: Barbara Szymczuk wraz z Działem Zarządzania, Marketingu i Promocji, Katarzyna Kulesza - Pająk z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, a także rodzice dzieci urodzonych w naszym szpitalu, m.in. Milena Szostak.



dr n. med. Jolanta Meller - ordynator oddziału, pielęgniarka oddziałowa Małgorzata Zając, lek. med. Tomasz Hoppe, Małgorzata Postek - mama dziecka urodzonego w WSS w Olsztynie

Dotyk, spokój i obecność rodziców

Przyjście na świat dziecka powinno być jednym z najszcześniejszych dni w życiu. A trudno o takie, kiedy nie można w kilka dni po porodzie wrócić do domu, cieszyć się swoim maleństwem w ciszy i spokoju, a kontakt z dzieckiem utrudniony jest, a czasami wręcz niemożliwy przez inkubator, w którym wcześniak leży i specjalistyczną aparaturę, do której jest podłączony.

Dobra kondycja psychiczna matki wcześniaka w takich momentach jest bardzo ważnym stymulatorem do odpowiedniego rozwoju dziecka. To właśnie ona musi być tą najmocniejszą stroną, aby jej dziecko, pomimo

„W sytuacjach zagrożeń i kryzysów przekonujemy się jak wielkie są nasze siły życiowe w porównaniu z naszymi wyobrażeniami o nich”.

szpitalnego otoczenia czuło się bezpieczne, kochane i miało zapewnione takie same warunki, jak dzieci urodzone o czasie.

Pani Milena Szostak to mama Lenki, wcześniaka urodzonego w 29 tygodniu, ważącego 1500 gram i mierzącego 43cm. Lenka swoje pierwsze półtora miesiące życia spędziła w inkubatorze.

– Kobieta w ciąży, mimo że jest uświadomiana przez lekarzy, że urodzi wcześniaka, to tak naprawdę nie zdaje sobie sprawy z tego, co to znaczy – mówi Milena Szostak. – Lęk i strach z tym związany przychodzi dopiero po porodzie, kiedy widzi się swoje maleństwo w szklanym pudełeczku – w inkubatorze – podłączone do licznych urządzeń, kiedy nie można go przytulić, dotknąć i poczuć jego ciepła. Mamy wcześniaków pozostając w szpitalu są „skazane” na siebie, pomimo wielkiego wsparcia najbliższych i personelu medycznego. Jesteśmy tu 24-godziny na dobę, w obcym miejscu, tęskniąc za normalnością, za własnym kątem i tak naprawdę same musimy sobie pomóc.

Budowanie więzi

Należy jak najwięcej czasu spędzać z dzieckiem, pomimo że jest w inkubatorze. Czasami nie można go nawet dotknąć, nie mówiąc już o wzięciu na ręce i przytuleniu do siebie, ale właśnie wtedy trzeba z ma-

leństwem jak najwięcej przebywać. Spokój i obecność rodziców mają olbrzymi wpływ na powodzenie leczenia wcześniaków.

– Dziecko jest osobą mającą swój język, uczucia oraz niepowtarzalną, unikalną osobowość i jako takie zasługuje na szacunek. Należy z dzieckiem rozmawiać, mówić do niego, czytać mu bajki, etc. – „przecież ono jeszcze jest w naszym brzuszku” – pomimo, że leży w inkubatorze – mówi Pani Milena. – Nasza Lenka



Fot. Milena Szostak

William James

dostała piękne pozytywyki, które często włączałam jej po każdym karmieniu na dobranoc, czytaliśmy z mężem bajki i rozmawialiśmy z Lenką, żeby czuła się jak w domu, otoczona miłością i ciepłem. Dziecko musi czuć, że rodzice są przy nim. To jest najlepsze lekarstwo „rodziców” do zapewnienia odpowiedniego rozwoju dziecka.

Rozmowa, gesty, dotyk są niezbędne. Jeśli stan zdrowia dziecka jest zadowalający i personel medyczny wyrazi zgodę, mama może zastosować metodę kangurowania. Powinna również, jeśli jest taka możliwość, przewijać swojego wcześniaczka, karmić go, etc. Kontakt fizyczny matki i dziecka nie tylko wpływa

na obydwoje uspokajająco, ale również przyczynia się do szybszego rozwoju i poprawy kondycji noworodka. Taka łączność z matką dla maluszka jest gwarancją bezpieczeństwa. Słyszysz bicie jej serca, czuje ciepło i zapach jej skóry.

– Z wcześniakiem jest tak, że dziś jego

stan jest umiarkowany, jednak nie wiadomo co przyniesie jutro... Wcześniak ma do wszystkiego prawo. Należy cieszyć się z każdej wspólnie spędzonej chwili i wierzyć, że będzie dobrze – mówi Pani Milena. – Należy uzbroić się w cierpliwość, czas zrobi swoje. Pomocna może okazać się rozmowa z mamami wcześniaków, bo nikt tak jak one nie wie tak naprawdę, co to znaczy mieć wcześniaka.

Stała i bliska opieka pozwala matce przezwyciężyć kryzys, jakim jest przedwczesne urodzenie dziecka. Pomaga zbudować zdrowy związek – noworodek zaczyna lepiej reagować na obecność matki, a ona jest w stanie lepiej odczytywać sygnały, jakie wysyła maluch.

– Oczywiście ważne jest, by tatusiowie również uczestniczyli w rozwoju wcześniaka, jest to bardzo istotny element. Należy podkreślić, że dziecko potrzebuje obydwójga rodziców. Wsparcie męża było dla mnie niezastąpioną podporą w tak trudnych chwilach, za co bardzo mu dziękuję – mówi Pani Milena.

Magdalena Kantorczyk



Szczęśliwi rodzice wraz z Lenką



Fot. Milena Szostak

“Kiedy podchodzę do dziecka,
wzbudza ono we mnie dwa rodzaje uczuć:
czułość wobec tego, kim jest
i szacunek dla tego, kim może się stać.”
- autor: Ludwig Pasteur



Fot. Milena Szostak

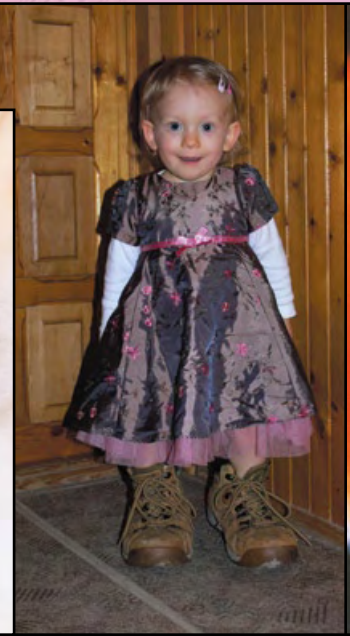


„Od z...
do now...

VII OLSZTYŃSKIE

24.09.

Wojewódzki Szpital Sp





Fot. Milena Szostak



“Szacunek dla nowego życia od samego poczęcia i uznanie dziecka za partnera w dialogu są bardzo ważne. Ten dialog rozpoczyna się w momencie poczęcia.”

– prof. dr hab. P. G. Fedor – Freybergh, psycholog, Sztokholm

rodka
rodka”
NI NAUKI I SZTUKI
2009 r.
ecjalistyczny w Olsztynie



Fot. Milena Szostak



Z cyklu ZNAD SZPITALNEGO KAŁAMARZA

Oddział Gastroenterologiczny

Narastająca ilość wiedzy medycznej oraz rozwój technik diagnostyczno-terapeutycznych przyczyniły się na początku lat siedemdziesiątych do podziału „królowej nauk medycznych” - interni i wyodrębnienia wielu specjalności szczegółowych. I tak, w czerwcu 1973 roku powstał w Olsztynie w Szpitalu Wojewódzkim Oddział Wewnętrzno-Chirurgiczny, który jak się później okazało, był zalążkiem olsztyńskiej gastroenterologii.

Inicjatorem powstania oddziału był dr med. specjalista chirurg Andrzej Dąbrowski, ówczesny dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie. To dzięki jego determinacji i fascynacji endoskopią przewodu pokarmowego powstał oddział ukierunkowany na leczenie chorób przewodu pokarmowego. Połączenie interny i chirurgii w jeden oddział było swoistym ewenementem w Polsce, a miało na celu względy ekonomiczne, psychologiczne oraz ułatwienia organizacyjne.

Pierwszym ordynatorem oddziału wewnętrzno-chirurgicznego był dr Andrzej Sawicki, specjalista chorób wewnętrznych, wieloletni pracownik Kliniki Chorób Wewnętrznych w Białymstoku, jego zastępcą była dr Barbara Dąbrowska, specjalista chorób wewnętrznych i gastroenterolog. Niestety z powodu choroby dr A. Sawicki w roku 1978 odszedł z oddziału. Była to duża strata dla oddziału i medycyny szeroko pojętej. Był człowiekiem o szerokich zainteresowaniach, bezkompromisowym, perfekcyjnym w każdej dziedzinie. Miał łatwość nawiązywania

kontaktów z ludźmi, był towarzyski, obdarzony dużym poczuciem humoru. W kontaktach z pacjentami cechowała go duża wnikliwość, odpowiedzialność i rzetelność.



Zespół Oddziału Gastroenterologicznego

Następnym ordynatorem oddziału gastroenterologicznego w 1980 r. została, po wygraniu konkursu, dr Dąbrowska.

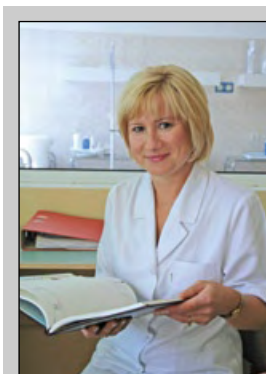
Oddział dziś

Po 27 latach ordynowania oddziałem gastroenterologii dr Barbara Dąbrowska w 2005r. przekazała kierownictwo dr. med. Tomaszowi Arłukowiczowi. Dr Dąbrowska nadal pracuje w oddziale i służy radą oraz pomocą młodszemu kolegom. Obecny ordynator dr med. Tomasz

Arłukowicz całą swoją drogę medyczną - od lekarza stażysty po uzyskanie specjalizacji z gastroenterologii, odbył w oddziale gastroenterologicznym WSS. Wprowadził, i z bardzo dobrymi efektami kontynuuje, jedną z terapeutycznych procedur endoskopowych, a mianowicie endoskopowe podwiązanie żyłaków przełyku (EVL) i endoskopową skleroterapię. Jest to ważny moment w historii oddziału i endoskopii w ogóle i był tematem rozprawy doktorskiej dr. Arłukowicza, której obrona odbyła się w styczniu 2006 roku. On też rozpoczął zabiegi paliatywnego udrażniania przewodu pokarmowego w zaawansowanych chorobach nowotworowych, zakładania gastrostomii odżywczych metodą endoskopową (PEG) oraz endoskopowego usuwania trudnych polipów. Od 2007r. jest konsultan-

tem wojewódzkim ds. gastroenterologii.

W oddziale chorych leczą również: dr Maria Sidor, która pełni rolę zastępcy ordynatora, to wzór pracowitości, odpowiedzialności i lojalności. Jest bardzo koleżeńska, zawsze chętna do pomocy. Dr Małgorzata Ferenc jest specjalistką chorób wewnętrznych i gastroenterologii. Jej pasją jest endoskopia diagnostyczno-terapeutyczna, którą realizuje z dużym powodzeniem. Bierze też udział w pracach grupy roboczej powołanej przez konsultanta krajowego ds. gastroenterologii, zajmującej się chorobą Leśniowskiego - Crohna. Prawie od początku istnienia oddziału gastroenterologicznego pracuje w nim dr Elżbieta Nowak, specjalistka chorób wewnętrznych i gastroenterologii. Obecnie jest zatrudniona w pracowni endoskopowej, mając duże doświadczenie lekarskie prowadzi też Konsultacyjną Poradnię Gastroenterologiczną. W oddziale pracują również lekarze specjaliści chorób wewnętrznych, będący w trakcie specjalizacji z gastroente-



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 – przystawioświatowego „kamienia filozoficznego” rozwoju medycyny. Zachęcam do wspólnego kreowania myśli intelektualnej w naszym szpitalu. Pełno tu wybitnych osobowości, ciekawych ludzi i pasjonatów różnych zawodów, pełno wokół nas wydarzeń, na które możemy mieć własne spojrzenie i pogląd. Zatrzymajmy się na chwilę w tym szaleńczym biegu! Po co? Może po to, byśmy się lepiej czuli sami ze sobą, byśmy wzbogacali własne Ja, byśmy byli szczęśliwsi.

Beata Januszko-Giergielewicz

rologii, są to: Katarzyna Koziulec, Dorota Tyllo i Jakub Jarosławski. Dzięki ich nienagannej pracy można podołać ogromowi pracy jaki jest do wykonania w obecnym systemie, kiedy tak ważny jest bilans finansowy oddziału. Oddział wspierają też lekarki rezydentki Anna Woś i Katarzyna Żołnierowicz.

Wśród pracowników tworzących oddział bardzo ważne miejsce przy-

pada zespołowi pielęgniarstwu. To pielęgniarki są najbliższe pacjenta i wykonują uciążliwe niejednokrotnie dla obu stron zabiegi, a w testach satysfakcji pacjenta są zawsze oceniane bardzo wysoko. Najdłużej pracujące pielęgniarki to: Bożena Rusewicz - pielęgniarka oddziałowa, Marzena Trześniewska, Małgorzata Urbańska i Elżbieta Szumacher - pielęgniarki endoskopowe, Irena

Koczara - pielęgniarka zabiegowa oraz Ewa Bieniek, Teresa Siok, Kazimiera Derencz, Joanna Frąckiewicz, Jadwiga Potejko, Monika Stopyra, Agnieszka Brejna i Anna Ogłuszko - pielęgniarki odcinkowe. Przedstawiając kadrę fachową oddziału gastroenterologii nie sposób pominąć pań Marii Kossak i Magdaleny Kozłowskiej - sekretarek medycznych, których pracę trudno przecenić.

Wykwalifikowana kadra i najlepszy sprzęt

Rozmawiamy z dr. n. med. Tomaszem Arłukowiczem, ordynatorem Oddziału Gastroenterologicznego.

- Oddział Gastroenterologiczny nieustannie rozwija się i udoskonala, co się ostatnio zmieniło?

- Może nie najnowszą, ale ważną dla nas informacją jest posiadanie przez oddział od 2006r. akredytacji Ministerstwa Zdrowia do prowadzenia specjalizacji i staży kierunkowych w zakresie gastroenterologii. Dzięki temu mamy możliwość szkolenia doskonałych gastroenterologów. Pomaga nam w tym też sprzęt, w który ostatnio został doposażony oddział. Kosztował on prawie półtora miliona złotych i został zakupiony do pracowni endoskopowej. Środki pozyskaliśmy z Unii Europejskiej.

- Województwo warmińsko - mazurskie jest jednym z dwóch regionów Polski, w którym zachorowalność i umieralność na nowotwory przewodu pokarmowego jest najwyższa. Czy brak odpowiedniego sprzętu i niski poziom diagnostyki ma na to wpływ?

- Do tej pory jakość świadczonych usług była adekwatna do posiadanego sprzętu i robiliśmy wszystko, aby poziom świadczonych przez nas usług był na najwyższym poziomie. Jednak barierą w dalszym wzroście była infrastruktura sprzętowa. W tej chwili możemy rozwinąć skrzydła. Zakup najlepszej jakości i większej liczby sprzętu przyczyni się przede wszystkim do skrócenia czasu oczekiwania na badanie diagnostyczne i hospitalizację, a także poprawi jakość świadczonych przez nas usług. Skrócenie okresu diagnozy jest nieodłącznie powiązane ze skróceniem

okresu leczenia. A im krótszy czas oczekiwania na badanie, tym większe szanse na wyleczenie pacjenta i zdiagnozowanie schorzenia w jego początkowej fazie. Dzięki realizacji projektu poprawiła się sytuacja osób ze schorzeniami onkologicznymi oraz mniej poważnymi schorzeniami gastroenterologicznymi. Na efektywność pracy lekarzy wpływają nie tylko ich doświadczenie i wiedza, ale również sprzęt, z którego korzystają. Praca przy użyciu starych urządzeń przeważnie powoduje wydłużenie czasu realizacji procedury medycznej i utrudnia sprawną organizację pracy. Zbyt mała liczba sprzętu także wymusza stosowanie zbędnych przerw.

- Oddział bierze również udział w Programie Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego w ramach Programu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia.

- Tak, od czterech lat bierzemy udział w tym programie. Prowadzimy więc nadzór kolonoskopowy całej populacji mieszkańców Warmii i Mazur w wieku 50-65 lat. Wykonaliśmy w ramach programu już ponad kilka tysięcy badań. Rak jelita grubego wcześniej wykryty jest całkowicie uleczalny, dlatego tak ważna jest profilaktyka czyli badania przesiewowe (kolonoskopia). Rak ten może przez długi czas przebiegać bezobjawowo, objawy pojawiają się dopiero, w chwili zaawansowanej choroby. Dlatego nie wolno bagatelizować pozornie drobnych dolegliwości i porozmawiać o nich z lekarzem. Do badań w naszej pracowni kwa-



lifikują się wszystkie osoby w wieku 50 - 65 lat bez objawów raka jelita grubego oraz osoby w wieku 40-65 lat bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego. Rak jelita grubego jest drugim najczęściej występującym nowotworem w Europie. Co roku na ten nowotwór umiera około 200 tys. osób, to blisko połowa zdiagnozowanych.

- Oddział Gastroenterologiczny znajduje się również na liście ośrodków referencyjnych leczenia zapalnych chorób jelit.

- Tak, uczestniczymy w Ogólnopolskim Rejestrze Osób z chorobą Leśniowskiego - Crohna. W ostatnich latach obserwujemy znaczący wzrost zapadalności na nieswoiste zapalne choroby jelit. Pojęcie to obejmuje wrzodziejące zapalenie jelita grubego oraz chorobę Leśniowskiego-Crohna. Szczególnie ta ostatnia jednostka stanowi szczególnie wyzwanie dla gastroenterologów, a przede wszystkim poważny problem dla samych chorych. Objawy choroby Leśniowskiego - Crohna (ch. L-C) zależą od lokalizacji, rozległości i stopnia zaawansowania zmian w przewo-

dzie pokarmowym. Często pierwsze objawy są niespecyficzne, a choroba zaczyna się skrycie, co utrudnia i często opóźnia postawienie prawidłowej diagnozy. Oceniając wstępne dane zgromadzone w czasie trwania rejestru można stwierdzić, że także na terenie Warmii i Mazur choroba Crohna jest dużym problemem, świadczy o tym choćby liczba ponad 100 pacjentów w rejestrze oddziału, jedna z najwyższych w całym kraju.

- Jakie wyzwania stoją jeszcze przed Oddziałem?

- Chcielibyśmy, aby poprawiły się warunki funkcjonowania oddziału. Największym naszym problemem jest „tymczasowość”. Trudno jest leczyć pacjentów, gdy nie ma stabilnej bazy lokalowej. Sztucznym ograniczeniem rozwoju naszego oddziału jest również poziom finansowania, nie możemy prowadzić niektórych metod leczniczych z powodu nieopłaconych nadlimitów. Pozytywną stroną jest wykwalifikowana kadra naszego oddziału oraz sprzęt, który ostatnio otrzymaliśmy. Dzięki temu możemy maksymalnie wykorzystać nasze umiejętności w leczeniu pacjentów.

- Dziękuję za rozmowę.

core

Profil hospitalizacji leczonych przypadków w oddziale obejmuje praktycznie cały wachlarz jednostek chorób przewodu pokarmowego, wątroby, trzustki, w tym wymagające szczególnie specjalistycznego nadzoru:

- ciężkie rzuty idiopatycznych chorób jelit (oddział jest jednostką odwoławczą w tych przypadkach dla całego regionu)
- ostrego zapalenia trzustki
- zdekompensowanej marskości wątroby
- nowotwory przewodu pokarmowego

Zabiegi i operacje wykonywane w oddziale:

- endoskopie diagnostyczne górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego
- endoskopie zabiegowe: endoskopowe tamowanie krwotoków z górnego odcinka (krwawienie z żylaków, przełyku i krwawienie z wrzodów trawiennych), endoskopowe tamowanie krwawień z dolnego odcinka przewodu pokarmowego, polipektomia endoskopowa (górną i dolną odcinek przewodu pokarmowego), endoskopowe leczenie żylaków przełyku (endoskopowe podwiązanie żylaków przełyku (EVL), endoskopowa skleroterapia)
- „trudne” polipektomie
- pH-metria oraz pH-metria z impedancją
- echoendoskopia przewodu pokarmowego (EUS)
- zabiegi z wykorzystaniem argonowej koagulacji plazmowej (APC)
- biopsja wątroby gruboigłowa
- paracenteza terapeutyczna i diagnostyczna
- biopsja aspiracyjna cienkoigłowa zmian ogniskowych narządów mięsnych pod kontrolą USG
- zabiegi paliatywnego udrażnienia przewodu pokarmowego w zaawansowanych chorobach nowotworowych
- biopsja jelita cienkiego (kapsuła Crosby'ego)
- zakładanie gastrostomii odżywczych metodą endoskopową (PEG)
- endoskopowe leczenie achalazji
- cholangiopankratografia endoskopowa wsteczna

Bezpłatne badania dla wczesnego wykrycia raka jelita grubego

Dlaczego badanie jest ważne:

- w ostatnich latach obserwuje się niekorzystne zjawiska w epidemiologii raka jelita grubego
- zajmuje on drugie miejsce wśród nowotworów, jeżeli chodzi o zapadalność wśród kobiet, jak i mężczyzn
- przeżywalność dotkniętych nim chorych jest w Polsce najgorsza w całej Europie

Cel programu:

- zmniejszenie umieralności na raka jelita grubego przez wykrywanie zmian wczesnych i zmian przedrakowych (polipów) oraz obniżanie kosztów leczenia w przyszłości

Kolonoskopia to obejrzenie „od środka” całego jelita grubego za pomocą giętkiego instrumentu wprowadzonego przez odbyt. Do badania

trzeba odpowiednio oczyścić jelito – dokładna instrukcja będzie udzielona po ustaleniu terminu badania. Badanie wykonywane są przez bardzo doświadczonych lekarzy w:

**Pracowni Endoskopowej
Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Olsztynie
ul. Żołnierska 18**

Program finansowany jest przez Ministerstwo Zdrowia w ramach ogólnokrajowej akcji profilaktycznej.

Kolonoskopia jest bezpłatna zarówno dla osób poddających się badaniu jak i lekarzy na nie kierujących.

Do badań kwalifikują się:

- wszystkie osoby w wieku 50 – 65 lat bez objawów raka jelita grubego
- osoby w wieku 40–65 lat bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego

krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego

- osoby w wieku 25–65 lat pochodzące z rodziny HNPCC lub FAP. W tym przypadku konieczne jest skierowanie (potwierdzenie) z Poradni Genetycznej.

Do badań nie kwalifikujemy osób, które miały badanie w ciągu ostatnich 10 lat!

Skierowaniem na badanie jest ankieta wypełniona przez osoby gotowe poddać się kolonoskopii oraz podpisana przez lekarza kierującego. Ankieta powinna trafić do Pracowni Endoskopowej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

W razie pytań i wątpliwości proszę dzwonić w godzinach

10:00 – 14:00
pod numer: 089 538 65 57

Miniaturowe laboratorium farmakologiczne

O tej nowej w naszym szpitalu metodzie, wspierającej leczenie różnymi z Waldemarem Michalakiem, specjalistą w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lekarzem Oddziału Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

- Panie doktorze skąd narodził się pomysł leczenia hirudoterapią w naszym szpitalu?

- Niedawno wraz z doktorem Robertem Surusem i Michałem Bienieckim uczestniczyliśmy w sympozjum naukowym, na którym jeden z lekarzy z pasją dzielił się swoimi doświadczeniami ze stosowania tej metody leczenia. Mimo, że na początku byliśmy sceptyczni, to jednak efekty zaprezentowane nam podczas wykładu, przekonały nas, aby spróbować tej metody w naszym szpitalu.

- Czy hirudoterapia wymaga od lekarza specjalnego przeszkolenia?

- Sam proces przystawiania pijawek nie jest zbyt skomplikowany, pod warunkiem, że jest wykonywany przez osobę zaznajomioną teoretycznie i praktycznie z zasadami hirudoterapii.

- Właśnie chciałam zapytać skąd bierzecie państwo te „miłe” stworzonka. Podobno w Polsce żyje ich obecnie 27 gatunków, a tylko jeden to pijawka lekarska?

- Jedynym legalnym sposobem zapotrzenia w pijawki jest zakup od firmy, która prowadzi ich kontrolowaną hodowlę laboratoryjną. Pijawki dostarczane są w szklanych pojemni-

kach wypełnionych medium, którym może być woda destylowana, hydrożel, torf lub perlit. Po otrzymaniu zawsze przechowywane są w wodzie. Pijawki te są sterylne i można je użyć tylko raz. Po zastosowaniu pijawki są utylizowane.

- Jakiego rodzaju schorzenia można leczyć z pomocą pijawek?

- W naszym oddziale są to zapalenia stawów, trudnogojące się rany, bóle stawów, obrzęki powypadkowe, zmiany zwyrodnieniowe itp., wszystkie choroby, w których antybiotykoterapia nie przynosi zadowalających efektów.

- Od kiedy hirudoterapia jest stosowana w oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i ilu pacjentów skorzystało z tej techniki leczenia?

- Stosujemy ją dopiero od miesiąca i na razie skorzystało z niej tylko trzech pacjentów. Pierwszym leczonym był pacjent, u którego antybiotykoterapia trwała 8 miesięcy i nie przynosiła wystarczających efektów. Po dwóch tygodniach od przystawienia pijawek jego stan uległ znacznej poprawie mimo, że miał rozległe zapalenie tkanek miękkich podudzia lewego. Hirudoterapia jako leczenie wspomagające, dała naprawdę dobre rezultaty.



- Czy ta alternatywna metoda leczenia jest uznawana przez NFZ?

- Procedura ta jest zarejestrowana w polskim systemie Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), ale jak na razie nie jest refundowana przez NFZ. Koszt leczenia pokrywa pacjent. Nie są to jednak duże kwoty.

- Ile zabiegów trzeba przyjąć, aby można było mówić o rezultatach?

- Minimum dwa zabiegi, podczas których przystawiane jest od 3 do 5 pijawek lekarskich. Sam zabieg trwa ok. 70 min. Po ukłuciu pijawki zostaje niewielki ślad, podobny do gwiazdy mercedesa.

- Czy hirudoterapia na stałe znajduje zastosowanie w leczeniu pacjentów naszego szpitala?

- Jeżeli będą wskazania do takiego leczenia będziemy brali taką ewentualność pod uwagę. Jest coraz więcej lekarzy, którzy są do niej przekonani. W naszym oddziale tematem tym zainteresował się lekarz Marek Szwabowicz no i oczywiście ja.

- Życzę więc Panu dużo sukcesów zawodowych także w tej nowej dziedzinie leczenia i dziękuję za wywiad.

Barbara Szymczuk

Hirudoterapia - pod tym terminem kryje się sposób leczenia wykorzystujący naturalne właściwości pijawek. W Polsce jest to pijawka lekarska - *Hirudo Medicinalis*.

W dobie bardzo szerokiej farmakoterapii leczenie naturalnymi sposobami może wydawać się przestarzałym. Pamiętajmy jednak, że korzenie dzisiejszych leków tkwią najczęściej w substancjach, które zawierają organizmy żywe - rośliny, zwierzęta.

Lek działa na organizm przez swój określony mechanizm-działanie lecznicze pijawek to kilka różnych sposobów wpływania na człowieka (ukłucie, leki, drenaż limfatyczny). Pijawka lekarska w dobie obecnej, uważana jest za żywe, miniaturowe laboratorium farmakologiczne. Jednym z głównych związków przez nią produkowanych jest hirudyna - najlepszy z istniejących lek przeciwzakrzepowy. Zawiera ona również mnóstwo innych, do końca nie poznanych przez medycynę związków.

Waldemar Brzozowski pacjent leczony hirudoterapią w oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej WSS w Olsztynie: *Miałem zerwane ścięgno i bardzo poważną operację w skutek tego powstała rana, która bardzo długo nie chciała się goić. Zaproponowano mi leczenie pijawkami i postanowiłem spróbować. Kiedyś moja babcia mówiła o takim sposobie leczenia.*

Dzisiaj po trzech tygodniach pobytu w szpitalu i dwóch zabiegach z użyciem pijawek, noga goi się wspaniale. Jestem dobrej myśli. Na pewno ważne jest też to, że mam wspaniałą opiekę pielęgniarską i lekarską. Szczególne podziękowania kieruję do Pani Ewy.



Los pacjentów ukryty w szkiełku

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Marianem Sulikiem.

- Objął Pan stanowisko Kierownika Katedry Patomorfologii. Gdzie Pan wcześniej pracował?

- Jako nauczyciel akademicki zostałem zatrudniony na Wydziale Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie od 1 października 2008 r. Wkrótce została utworzona Katedra Patomorfologii i mnie powierzono kierowanie nią. Podjąłem również pracę w Dziale Patomorfologii WSS w Olsztynie. Została także podpisana umowa o współpracy pomiędzy Szpitalem i Uniwersytetem, na mocy której dotychczasowe oddziały Szpitala mogą przekształcić się w kliniki lub oddziały kliniczne i kształcić studentów Uniwersytetu.

Podejmując pracę w Szpitalu nie miałem wrażenia, że był to początek pracy. A to dlatego, że w Szpitalu już pracowałem wcześniej. W latach 70-tych (ubiegłego stulecia) przez kilka miesięcy pracowałem na „zastępstwie” w ówczesnym Zakładzie Anatomii Patologicznej Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie i może dlatego od początku czułem się „jak u siebie w domu”. Nie bez znaczenia jest również fakt, że niektórzy lekarze z Działu Patomorfologii to moi koledzy, którzy pracowali ze mną w Zakładzie Patomorfologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, skąd „przeniosłem się” do Olsztyna. W okresie pracy w Białymstoku, na przełomie lat 1970/80 byłem oddelegowany przez Ministerstwo Zdrowia do Libii, w celu zorganizowania od podstaw zakładu patomorfologii w Zliten, gdzie pracowałem na kontrakcie prawie 3 lata.

- Jak ocenia Pan nasz Dział Patomorfologii?

- Oceniam bardzo wysoko! Łatwo jest oceniać zakład, który od lat w rankingu zakładów histopatologii zajmuje czołową lokatę w kraju. Jakość, a tym samym czytelność preparatów histopatologicznych jest niezwykle istotna dla wydania prawidłowej diagnozy na podstawie badanego materiału. Znaczna część rozpoznań histopatologicznych dotyczy chorób nowotworowych.



Dlatego też – posiłkując się symboliką – w tym małym szkiełku (preparacie histopatologicznym) niejednokrotnie zawarte są ludzkie losy – losy naszych pacjentów. Rozwój wszystkich dziedzin medycyny opiera się obecnie na precyzyjnej diagnostyce materialnych podstaw procesów chorobowych toczących się u cierpiących chorych. Właśnie tymi podstawami zajmuje się Dział i Katedra Patomorfologii. Pełni służebną rolę w stosunku do dyscyplin klinicznych. Im wyższe są standardy diagnostyki, tym większa przydatność rozpoznań patomorfologicznych dla prawidłowego leczenia

chorych. Wspólnym wysiłkiem Dyrekcji Szpitala oraz pracowników Działu i Katedry Patomorfologii powinniśmy dbać o rozwój tej dziedziny w Szpitalu, obecnie przecież już akademickim. Należy wykorzystać obecny, wysoki standard tego zakładu. Bo łatwiej jest rozwijać coś, co dobrze funkcjonuje, niż zaczynać wszystko od początku. A zadania są rozliczne. Warunkuje je burzliwy rozwój tej dyscypliny na świecie, a tym samym i w Polsce. W obecnym czasie niezwykle ważnym działem patomorfologii jest biologia molekularna. Jest to dziedzina,

która z uwagi na jej praktyczne znaczenie wyodrębniła się z teoretycznej biochemii. Jest służebna w stosunku do patomorfologii, a tym samym także do dyscyplin klinicznych. Należałoby pilnie utworzyć taką pracownię w Dziale Patomorfologii WSS w Olsztynie. Musi ona być posadowiona w bezpośredniej bliskości pracowni Działu Patomorfologii, ponieważ niektóre etapy badań są ze sobą powiązane. Zresztą już obecnie, niezwykle rozbudowana w Dziale immunohistochemia, zawiera liczne elementy biologii molekularnej. Dla

Kilka słów o sobie

1962 – 1968 - studia w Akademii Medycznej w Białymstoku.

1968 – 2008 - praca w Zakładzie Patomorfologii Akademii Medycznej, później Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

1974 – doktorat w AMB, specjalizacja II stopnia z patomorfologii.

1979 – 1981 - praca na kontrakcie MZ i Op. Społ. w Libii.

1990 – habilitacja w AMB

2000 – Prezydent RP nadał tytuł: prof. dr hab. n. med. Marian Sulik

1999 – 2002 - Prorektor AMB ds. Dydaktyki.

2008 – praca w WSS i na WNM UWM w Olsztynie.

uruchomienia pozostałych metod konieczne są – choćby nieliczne – pomieszczenia i aparatura. Wiąże się z tym pewne koszty, które są jednak niewspółmierne w stosunku do korzyści. Jestem przekonany, że mądrość i dobra wola Dyrekcji Szpitala i Władz Wydziału Nauk Medycznych UWM pozwoli na realizację tego przedsięwzięcia. Wychodząc jednak z założenia, że „kto stoi w miejscu, to się cofa”, czynimy starania, aby w najbliższym czasie uruchomić oligobiopsyjne badania nefrologiczne dla pacjentów Kliniki Nefrologii, mieszczącej się w naszym Szpitalu. Pozwoli to zaoszczędzić czas, ale także i koszty tych badań. Obecnie są one wykonywane w odległych ośrodkach w kraju.

- Jak układa się współpraca między UWM w Olsztynie, a WSS w Olsztynie?

- Współpraca pomiędzy Wydziałem Nauk Medycznych i WSS układa się dobrze, ponieważ są to relacje kadr medycznych. Dochodzi jednak czasem do niezrozumienia problemów medycznych wśród niektórych przedstawicieli władz UWM w Olsztynie. Sądzę, że jest to wynik odrębności medycyny praktycznej i innych dziedzin występujących na UWM. Jak zwykle najlepszym lekarzem bywa czas i mam nadzieję, że w przyszłości stanie się jasne dla wszystkich, iż nauczanie studentów medycyny wiąże się z większymi kosztami niż nauczanie na kierunkach wyłącznie teoretycznych.

- Jakie są Pana zainteresowania pozamedyczne?

- Sport i muzyka! Jeśli chodzi o sport, to staram się oglądać w TV prawie wszystkie mecze polskiej i światowej ligi siatkówki. Sądzę – a przynajmniej tak mi się wydaje – że mam sporą wiedzę na temat wszystkich siatkarzy liczących się na świecie. Drugą dyscypliną, którą się interesuję jest podnoszenie ciężarów. Na muzykę mam coraz mniej czasu, ale wychodząc z założenia, że muzyka łągodzi obyczaję, pogrywam czasem na instrumencie. Zwiększa to moją odporność na trudy „dnia codziennego”.

- Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk

Polsko - greckie spotkanie neurochirurgów

W dniach 17- 20 września w Hotelu Gołębiowskim w Mikołajkach odbył się 39 Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów i Sekcji Pielęgniarskiej PTNCH z udziałem Greckiego Towarzystwa Neurochirurgicznego.

Na konferencję przyjechali wszyscy najwybitniejsi neurochirurdzy z Polski, 15 osobowa grupa neurochirurgów



z Grecji, a także Jolanta Szulc- wicemarszałek województwa, prof. Tomasz Trojanowski- konsultant krajowy ds. neurochirurgii, prof. Henryk Majchrzak – prezes Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów, prof. Wojciech Maksymowicz - dziekan Wydziału Nauk Medycznych UWM. Organizatorem zjazdu był Oddział Neurochirurgiczny WSS w Olsztynie. Zjazdy PTNCH odbywają się cyklicznie, co dwa lata, najczęściej zorganizowane przez ośrodki kliniczne w Polsce, dlatego przyznanie organizacji tego spotkania olsztyńskiemu oddziałowi neurochirurgii było bardzo dużym wyróżnieniem, a także uznaniem dla renomy tego ośrodka.

Tematyka zjazdu obejmowała bardzo szeroki zakres aktywności neurochirurgicznej, z uwzględnieniem ostatnich doniesień i osiągnięć naukowych nt. gęjaków wysoko-zróżnicowanych, guzów wewnątrzkomorowych, neurochirurgii naczyniowej (tętniaki i malformacje naczyniowe), guzów kanału kręgowego, neurochirurgii dziecięcej, neurochirurgii czynnościowej i tematyki wolnej. Spotkanie było również okazją do wymiany doświadczeń zawodowych. Oprócz części naukowej, uczestnikom konferencji zapewniono szereg atrakcji, np. spotkanie towarzyskie na zamku w Rynie połączone z bie-

siadą rycerską, uroczysty bankiet w Hotelu Gołębiowskim, czy wycieczki krajoznawcze dla gości z Grecji i osób towarzyszących.

Poziom naukowy zjazd został oceniony bardzo wysoko przez prof. Henryka Majchrzaka, prezesa Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów i przez wszystkich uczestników, a organizatorzy zjazdu zasypani zostali gratulacjami za zorganizowanie konferencji na światowym poziomie.

meg

39 ZJAZD

Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów
i Sekcji Pielęgniarstwa PTNCH
z udziałem Greckiego
Towarzystwa Neurochirurgicznego

17-20 września 2009r.
Mikołajki

Zdjęcia ze zjazdu:

<http://www.wss.olsztyn.pl/stronywww/nchir/album/index.html>

Z cyklu **Z KART HISTORII**

Nasz szpital ma prawie 40 lat. Wśród nas są osoby, które pracują od samego początku jego istnienia. Pamiętając, że 1/3 życia spędzamy w pracy, zdajemy sobie sprawę, że tak długi okres czasu jest skarbnicą ciekawych zdarzeń i wspomnień z życia bohaterów tego cyklu, ale i samego szpitala.



Rozmawiamy z Cezarym Fruzińskim, kierownikiem Działu Fizjoterapii



- Jak to się stało, że swoje życie zawodowe związał Pan z naszym szpitalem?

- Moim marzeniem było zostać pilotem i pierwsze moje kroki zmierzały w tym kierunku. Nie chciałem jednak wiązać się z wojskiem, a to była jedyna droga, aby dostać się do szkoły lotniczej. Ostatecznie złożyłem papiery na AWF w Warszawie. Już w czasie studiów zakochałem się w Olsztynie, a potem w pewnej Olsztyniance, dlatego po ukończeniu uczelni przeprowadziłem się do Olsztyna. Przez pierwsze lata pracowałem jako nauczyciel, grałem w siatkówkę w AZS i prowadziłem treningi juniorów. Od znajomej dowiedziałem się o wakacji na neurologii WSZ, dr Goralski poszukiwał magistra fizjoterapii i gotowy był mnie przyjąć do pracy. Ale w oddziale rehabilitacji spotkałem znajomych i postanowiłem właśnie tam zostać. Był to rok 1973.

- Kto wtedy kierował oddziałem?

- Ordynatorem był dr Janusz Piaszczyński. Była to bardzo kontrowersyjna postać, albo go ludzie bardzo

lubili, albo nie lubili go wcale. Był człowiekiem sprawiedliwym, bardzo pracowitym i mądrym. Pozwalał nam z siebie żartować, co świadczy o dużym dystansie do własnej osoby. Raz wszedł do gabinetu podczas wyścigu wypełniania na czas krzyżówek z Gazety Olsztyńskiej, gdy powiedzieliśmy mu, że przeszkadza, machnął tylko ręką. W oddziale panowała wspaniała atmosfera. Ludzie byli wtedy bardzo zintegrowani, wszyscy się lubili, zawsze pamiętało się o imieninach koleżanek i kolegów z pracy.

- A jak wyglądał szpital?

- Przed Izbą Przyjęć był wielki klomb z różami, a na parkingu stało 6-8 samochodów, głównie maluchy, duże fiaty i dacie. Z roku na rok samochodów przybywało. Dyrektor Andrzej Dąbrowski, który był zapalonym tenisistą miał pomysł, żeby na miejscu obecnego lądowiska zbudować

korty tenisowe. W tym okresie szpital prowadził bardzo dobrze wyposażoną wypożyczalnię sprzętu turystycznego. Można było wypożyczyć śpiwory, namioty i narty. Wszystko to sprzyjało wspólnej integracji.

- Na pewno poznał Pan wtedy ludzi, z którym przyjaźni się do dziś.

- Już od samego początku zaprzyjaźniłem się z Elą i Markiem Stefanowicz. Mieszkaliśmy razem w szpitalu, a potem dostaliśmy mieszkania niedaleko siebie. Jesteśmy pasjonatami sportu, za nami wiele wypraw żeglarskich, kajakowych i narciarskich. W latach 80 zakochaliśmy się w windsurfingu. Razem z nami na obozy również jeździli Maria (Dzidka) Bładowska z mężem i córką Martą, która dzisiaj pracuje w naszym szpitalu, Krzysztof Węgrzyn, Andrzej Kaczmarek,



Pasjonaci windsurfingu

Tomek Sankowski i wielu innych. Dzisiaj nadal wyjeżdżamy, staramy się trzymać razem.

- Czy jakieś ważne szpitalne wydarzenia zapadły Panu szczególnie w pamięć?

- Kamieniami milowymi w rozwoju szpitala było otwarcie kolejnych oddziałów. Otwarcie neurochirurgii czy oddanie sztucznej nerki w nefrologii były wielkimi wydarzeniami. Niesamowite emocje wzbudzał pierwszy tomograf, a później pierwszy rezonans w szpitalu. Ostatnia bomba kardiochirurgia.

- Jakie lata wspomina Pan z największym sentymentem?

- Trudno powiedzieć. Chyba pierwsze lata spędzone w szpitalu. Byłem wtedy młody, w moim życiu zaszła ogromna zmiana, z nauczyciela przekwalifikowałem się w pracownika ochrony zdrowia. Panowała wtedy niesamowita atmosfera, to młodość decydowała, że było fajnie. Szpital był „zintegrowany i ciepły”. Uwielbialiśmy bale służby zdrowia, czuliśmy się jak w wielkiej paczce.

- A gdy odejdzie Pan na emeryturę?

- Nadal będę szkolił studentów, będę jeździł na rowerze, na nartach i pływał na windsurfingu. Nadal będę utrzymywał kontakt z przyjaciółmi. Jestem człowiekiem, który nie potrafi się nudzić.

- Dziękuję za rozmowę.

core

Cezary Fruziński

- kierownik fizjoterapii
- posiada II stopień specjalizacji z rehabilitacji ruchowej (jako pierwszy w województwie olsztyńskim zdał egzamin specjalizacyjny)
- jest wykładowcą w Olsztyńskiej Szkole im. Józefa Rusieckiego
- człowiek z pasją, zapalony żeglarz, zamilowany narciarz, lata na szybowcach, gra w siatkówkę, pływa na windsurfingu
- prawdopodobnie najbardziej wysportowany pracownik WSS

Czy wiecie, że...

Od 1971 r. działa w szpitalu Sekcja Techników zrzeszona w Regionalnym Kole Techników Elektroradiologii w Olsztynie razem z Polskim Lekarskim Towarzystwem Radiologicznym. Przewodniczącą Olsztyńskiego Koła, które w szpitalu działa po reaktywacji od 1991 r. jest Marta Zeltzer, kierownik zespołu techników Działu Diagnostyki Obrazowej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym.

Technicy radiologii tworzą nie-wielką grupę zawodową, która nie ma swojej ustawy o zawodzie, jasno precyzującej normy określające ich pracę. A tego typu organizacje pozwalają na porównywanie systemów i rozwiązań funkcjonujących w innych regionalnych kołach sekcji i wybranie najlepszych rozwiązań. Regionalne Koła Techników Elektroradiologii zrzeszają ludzi, którzy stale poszerzają swoją wiedzę w tym zawodzie, a współpracując z lekarzami radiologami tworzą zespoły partnerskie, które są nierozzerwalnym ogniwem w diagnostyce obrazowej.

Ta współpraca jest bardzo ważna dla dobra pacjenta i końcowego wyniku diagnostycznego.

Co trzy lata w Polsce ma miejsce Zjazd Radiologów Polskich, na którym lekarze, naukowcy z różnych regionów Polski i świata dzielą się swoją wiedzą w formie sesji naukowo-

-szkoleniowych, sesji satelitarnych, referatów, publikacji i warsztatów. Na XXXVII Zjeździe Marta Zelt-



Bożena Żylińska, technik radiologii

zer prowadziła prezentację na temat „Roli badań radiologicznych w diagnostyce przedoperacyjnej porażenia nerwu łokciowego spowodowanego uszkodzeniami w obrębie łokcia”, a Bożena Żylińska technik radiologii WSS w Olsztynie prezentację na temat „Własna modyfikacja mamмоgraficznej lokalizacji podejrzanych zmian w sutkach poprzedzającej biopsję otwartą”. Wielu naszych radiologów chętnie bierze udział w takich spotkaniach i jak mówi Pani Marta „jest to ich jedyne otwarte okno na świat zawodowy”. Technicy radiologii naszego szpitala to bardzo dobrze, wszechstronnie wykwalifikowana kadra i zgrany zespół. Mając dużą wiedzę i doświadczenie, sami organizują szkolenia dla innych techników w regionie. Niejednokrotnie dzięki ich zaangażowaniu mogły się odbyć spotkania, na które przyjeżdżali technicy z Ostródy, Iławy, Nidzicy, Mrągowa, Bartoszyc i innych miast regionu.



Marta Zeltzer, kierownik zespołu techników Działu Diagnostyki Obrazowej

Barbara Szymczuk



Na początku był Pan Ku, Stwórca, który zrodził się z jaja chaosu i rósł, by wypełnić pustkę pomiędzy yin – ziemią, a yang - niebem. Po śmierci jego ciało zmieniło się w ziemię – to na niej powstało Państwo Środka.

Zhonghua Renmin Gongheguo – Chińska Republika Ludowa, jest trzecim pod względem powierzchni krajem na świecie (po Rosji i Kanadzie). Nazwę Chin (Cina) rozpowszechnili w Europie portugalscy żeglarze, a nazwa pochodzi od dynastii Qin (Cin 221-207 p.n.e.), która zjednoczyła kraj. Sami Chińczycy od wieków nazywają swój kraj Państwem Środka – Zhongguo, a siebie ludem Han. 1,3 mld ludzi (21 % populacji świata) żyje na 1/5 powierzchni terytorium kraju – resztę zajmują góry, rzeki, pustkowia. Prawie 90% Chińczyków używa zaledwie 100 nazwisk – 90 mln nazywa się Li i jest to najczęściej występujące nazwisko na świecie.

Takich niesamowitych ciekawostek w Chinach jest wiele - poczynając od ponad pięciu tysięcy lat historii, bogactwa krajobrazów, chińskiego

horoskopu, poprzez chińską operę i jedzenie. Najpopularniejsze chińskie powitanie brzmi *Ni Chi Le Mei You*, co znaczy: „Czy jadłeś?” i to pokazuje, z jaką pasją Chińczycy podchodzą do jedzenia. Wielowiekowe niedostatki żywności zmusiły ich do twórczego gospodarowania ograniczonymi zasobami, a uznanie dla jedzenia przyczyniło się do rozwoju jednej z najlepszych kuchni świata.

Jestem w stanie wymienić co najmniej 100 powodów, dla których warto pojechać do Chin, ale po pierwsze, żeby zjeść słynne, gotowane na parze pierożki, po drugie, żeby zrobić sobie zdjęcie na tle Wielkiego Muru, po trzecie, żeby zobaczyć mnichów z klasztoru Shaolin, po czwarte, aby spojrzeć na żołnierzy Terakotowej Armii, po piąte, aby stanąć na pępku świata, czyli Okrągłym Ołtarzu Nieba. Czy mam wymieniać dalej?!

W mojej podróży zobaczyłam kraj, w którym ocalałe skrawki starej kultury skrzętnie skrywane są za tandetną zasłoną nowoczesności, bogate metropolie, w których robi się interesy z całym światem i miejsca, gdzie każdy znajdzie chwilę wytchnienia, by spokojnie napić się zielonej herbaty.

Pekin – Beijing, Północna Stolica

Dzisiejsza stolica Chin to liczne wieżowce, ulice wypełnione nowoczesnymi pojazdami, rozległe place budowy, ale według mnie brakuje mu klimatu. W gęstwinie nowej architektury wyróżniają się pamiątki przeszłości, takie jak Zakazane Miasto (*Gugong*), Świątynia Nieba (*Tiantan*), świątynia Harmonii i Pokoju (*Yonghe Gong*) oraz hutongi(...)

Zakazane Miasto – to zespół ogromnych pawilonów i pałaców,

otoczony z każdej strony wysokimi, dziesięciometrowymi, czerwonymi murami i fosą szerokości 50 metrów, tworzących kompleksy Miasta Cesarskiego, przeznaczonego dla rodziny cesarskiej i Miasta Wewnętrznego, w którym mieszkali wyłącznie dostojnicy cesarscy; pozostali mogli budować domy za murami, w Mieście Zewnętrznym. Dla zwykłych śmiertelników ten ogromny kompleks pałacowy był niedostępny – stąd nazwa(...)

Do Zakazanego Miasta wchodzi się przez Bramę Niebiańskiego Spokoju (*Tiananmen*) z ogromnego Placu Bramy Niebiańskiego Spokoju (*Guangchang Tiananmen*), popularnie nazywanego placem Niebiańskiego Pokoju. To tutaj 1 października 1949 roku Mao Zedong, przewodniczący Partii Komunistycznej proklamował Chińską Republikę Ludową z balkonu Tiananmen i od tej pory brama, na której umieszczono ogromny portret Mao, stanowi symbol Pekinu i całych Chin. (...)

Świątynia Nieba (*Tiantan*)

Dwa razy w roku cesarz wraz ze wspañiałą świtą tysiąca dworzan, ministrów, wojowników i eunuchów opuszczał Zakazane Miasto i udawał się do Świątyni Nieba (*Tiantan*), ok. 3 km na południe od pałacu, gdzie wedle obliczeń mistrzów *feng shui* Niebios miały spotykać się z Ziemią. Gdy procesja wiodąca cesarza opuszczała Zakazane Miasto, mieszkańcy Pekinu kryli się w domach – za obecność na ulicy i spojrzenia na Cesarza, Syna Niebios, karano śmiercią. (...)

Po tych duchowych doznaniach coś dla ciała – szalony przejazd riksą przez wąskie uliczki starego miasta za murami Zakazanego Miasta,



Uliczka Liulichang, Gabinet Kartografii

dzielniczy *hutongów*, specyficznej formy architektury domów i dziedzińców otoczonych wysokimi ścianami, tworzącymi enklawy rodzinne, składające się z kilku parterowych domków, w których mieszkali z reguły członkowie jednej rodziny. Nazwa *hutongu* zdradza jego historię, zajęcia i losy ludzi, którzy w nich mieszkali – np. Aleja Kapeluszy, Aleja Tkanin, Aleja Wytwórców Cięciw. (...) Potem trafiamy na fascynującą **uliczkę Liulichang**, gdzie w zabytkowej scenerii mieszczą się sklepy z antykami, pracownie artystów, galerie, księgarnie i gabinety kaligrafii. Kaligraf, podobnie jak malarz posługuje się czterema podstawowymi przedmiotami nazywanymi Czterema Skarabami Gabinetu. Są to pędzel, tusz, kamień i papier (...). Chińscy artyści malowali i pisali na jedwabiu już w IV wieku p.n.e.; papier, choć już znany, wszedł do powszechnego użytku ok. III wieku n.e. Estetyczna doskonałość kaligraficznego dzieła zależy od pociągnięć pędzlem, co ma sprawiać wrażenie tworu żywego. Dlatego pędzlem należy poruszać szybko, pewnie i z finezją. Ulegam tym artystycznym dziełom i zostaję szczególnie właścicielką kaligraficznego znaku harmonii wprawnie namalowanego na jedwabiu, który jest ozdobą mojego salonu i mam nadzieję, że (zgodnie z obietnicą) wprowadza spokój i harmonię w moje codzienne, rozbiegane życie.



Kaczka po pekińsku

Wieczorem uczujemy w jednej z wielu restauracji specjalizującej się w słynnej „**kaczce po pekińsku**”. Określenie słowami bogactwa smaków nie jest niestety możliwe, proszę uruchomić wyobraźnię. Wyobraźcie sobie stół zastawiony wieloma potrawami (średnio częstowano nas ok. 15 daniami), ustawionym na okrągłym, przesuwanym się kółku białym, aby ułatwić dostęp do potraw wszystkim biesiadnikom – sięganie przez stół jest niewskazane. Smak, zapach, faktura i kolor potraw są tak różnorodne i intensywne, że na sam widok cieknie ślinka. (...)

Myli się ten, kto sądzi, że to koniec wieczornych atrakcji – przed nami jeszcze strawa dla ducha – przedstawienie **opery pekińskiej**. Jest to specyficzny gatunek teatralny, który wyrósł z wielowiekowych doświadczeń i prób zobrazowania filozofii i umiłowania umiejętności, wytrwale rozwijanych niesamowitym wysiłkiem. Niemal wszystkie przedstawienia opierają się na popularnych legendach, opowieściach ludowych i bajkach. Kostiumy przypominają ubiory dworskie, ale traktowane są raczej symbolicznie, a twarze malowane są w formy masek, których kolorystyka i cieniowanie ma bardzo istotne znaczenia. Czerwień na twarzy męskiej postaci to odwaga, wierność, prawość; biel sygnalizuje krętacza i oszusta; niebieska maska to okrucieństwo. (...)

Kolejny dzień to dzień zdrowia – wizyta w **Centrum Tradycyjnej Medycyny**, gdzie poddajemy się badaniu opartemu jedynie na badaniu pulsu, na podstawie którego oceniane są nasze potrzeby zdrowotne i ordynowane leki homeopatyczne, zabiegi akupunktury oraz masaże, które działają ożywczo na nasze zmęczone podróży ciała. Zachodni lekarze (w tym i ja) zachowują rezerwę wobec chińskiej medycyny, ale z drugiej strony ponad miliard ludzi, w tym coraz więcej mieszkańców Europy i USA, korzysta z wielu jej dobrodziejstw. Apteka „przyszpitalna” zaimponowała mi ogromem przestrzeni, jak i asortymentem leków, w tym suszonymi wężami, ropuchami, żółwiami, stonogami, świerszczami, ośmiornicami, rogami jeleni, a także mnóstwem suszonych i zakonserwowanych ziół, kwiatów, korzeni i jagód, które zgodnie z tradycyjną medycyną chińską mają działanie lecznicze. Ja pozostałam jednak przy masażach i zielonej herbacie, która jak się okazuje, też może zdziałać cuda. Te wiadomości uzyskaliśmy podczas wizyty w tradycyjnej **herbaciarni**, w której degustowaliśmy wspaniałe gatunki herbaty i uczyliśmy się ją przyrządzać zgodnie z wielowiekową tradycją.

Kolejny dzień to wyprawa na **Wielki Mur**, który tworzy system obronny długości 8 851,8 km (mur mógłby dwa i pół raza owinać Polskę) i wznoszony był przez 17 wieków. Pierwsze fragmenty konstrukcji zaczęły powstawać ok. VI w p.n.e., ale dopiero pierwszy cesarz Chin **Qin Shi Huangdi** w III w p.n.e. zorganizował kompleksową budowę. Nakazał zburzyć mury obronne dawnych



Przedstawienie opery pekińskiej

państw wewnątrz Chin i połączyć mury od strony stepu na północy, by chronić państwo przed konnymi koczownikami. Zmusił do morderczej pracy miliony robotników i więźniów, a zmarli byli chowani w murze, który budowali. **Qin Shi Huangdi** zjednoczył Chiny, ujednoczył system miar i wag, dał podstawy pisma używanego do dziś w Państwie Środka. Mur miał chronić – w razie ataku rozpalano w wieżach wartowniczych ogień, co było widoczne w kolejnych i sygnałami dymnymi ostrzegano inne garnizony, ale przede wszystkim mur miał izolować. (...)

Przed powrotem do Pekinu mamy postój w wytwórni biżuterii i kosmetyków z pereł, gdzie poznajemy proces hodowli pereł słodkowodnych i szalejemy z zakupami. Jak już się później okazuje prezenty tam kupione, w tym cudownie odmładzające kremy na bazie masy perłowej – działają !!!

Po kolejnej przepysznej kolacji zegnamy się z Pekinem i nocnym pociągiem jedziemy do Xi'an, starożytnej stolicy Chin. W pociągu zaskoczenie, w naszej kuszecie spotykamy Europejczyków, mówiących po polsku i po chwili rozmowy, okazuje się, że nasi nowi znajomi są z Olsztyna, a ich córka jest lekárką pracującą w Szpitalu Miejskim! No czegoś takiego się nie spodziewałam, żeby w chińskiej kuszecie spotkać rodaków z naszego pięknego miasta! – jak widać świat jest bardzo mały.

Emilia Paszkowska

Koniec części I

Jeżeli już teraz chcesz poznać cały artykuł „Chiny – Państwo Środka” wejdź na stronę www.wss.olsztyn.pl

Kawiarnia z duszą

Nieopodal Starówki i Mostu św. Jana dwa lata temu powstało klimatyczne i urokliwe miejsce. Kawiarnia-Galeria DekoRama. Każdy kto szuka chwili spokoju, tam na pewno ją znajdzie.

Kawiarnia zauroczy nas już na wejściu. Przekraczając próg czujemy, jakbyśmy znaleźli się w miejscu gdzie czas się zatrzymał i to dawno temu, mamy wrażenie, że zaraz podejdziesz do nas starsza pani w krynolinach i koronkowym kołnierzyku. Z zapachem kawy i zabytkowych mebli miesza się nutka magii. A to wszystko za sprawą galerii, która mieści się w kawiarni albo kawiarni, która jest w galerii.

Pomysłodawcy utworzenia i właściciele kawiarni Edyta i Andrzej Królikowscy to małżeństwo, które swoje pasje przełożyli na rzeczywistość. – *Od kilku lat marzyłam o otwarciu kawiarni z galerią. Już wcześniej kolekcjonowałam wiele rzeczy na własny użytek, lubię łatwe rzeczy. Mam inne podejście do zakupów niż zwykli sklepikarze. Nie kupuję tego, na co na pewno będzie zbyt, ale wybieram to, co mi się podoba. Szukam prawdziwych perełek* – mówi pani Edyta. W galerii można znaleźć antyczne meble, świeczniki, porcelanowe lalki,

lampy, serwety, obrusy i wyszukane filiżanki. Obrazy wiszące na ścianach są autorstwa warmińsko-mazurskich artystów: Ewy Kasprzyckiej, Teresy Jabłońskiej, Krystyny Sól (która maluje na jedwabiu), a także uczennic Miry Smerek-Bieleckiej i Jerzego Bieleckiego. Jeżeli nie mamy pomysłu na prezent dla naszych bliskich, z pewnością znajdziemy go w galerii, możemy wybrać spośród ręcznie robionej biżuterii z filcu, drewna i kamieni, kolczyków, bransoletek i frywolitek. Wszystkie rzeczy mają niespotykany charakter, osoby, które nie dają się ponieść tłumowi i masowym zakupom będą zachwycone tym miejscem.



Edyta Królikowska (właścicielka), Beata Królikowska (baristka i siostrzenica pana Andrzeja), Andrzej Królikowski (właściciel)

Wreszcie gdy zmęczymy się podziwianiem, oglądaniem i zakupami w galerii do odpoczynku zaprasza nas kawiarnia. Nie sposób wymienić wszystkiego z menu, na pewno każdy znajdzie tu coś, co lubi. Można przebierać w wielu rodzajach herbat, kaw parzonych na różne sposoby, koktajli, czekoladzie belgijskiej i słodkościach. A co poleca pani Edyta? – *Matą czarną, espresso i cortado. Wszystkie parzone z kawy Cellini. To gatunek kawy z najwyższej półki, jeden z najlepszych na świecie. Ważny też jest ekspres do kawy, my używamy analogowego, ręcznie robionego, włoskiego ekspresu. Taki sam egzemplarz stoi w muzeum techniki*

i jest gwarantem parzenia wysokiej jakości kawy. Mąż pani Edyty, pan Andrzej dodaje – Gdy pierwszy raz wypilem tę kawę było po południu, a jeszcze wieczorem czułem jej intensywny i niesamowity smak. Szczególnie zaciekała mnie kawa cortado, nie znalazłam w żadnej z olsztyńskich kawiarni takiej propozycji. DekoRama jest jedyną kawiarnią w Olsztynie, która oferuje kawę parzoną w taki sposób. – Cortado to sposób parzenia kawy, tak jak caffè latte, czy latte macchiato. Jest to kawa trójwarstwowa, nazywana przez niektórych naszych klientów kawą Kieślowskiego – trzy kolory. To prawdziwa perełka wśród kaw. Jest słodka i antydepresyjna, a swoją mocą stawia na nogi.

W kawiarni raz w miesiącu odbywają się wieczory z piosenką poetycką. Młodzi artyści Łukasz Jędrys i Paweł Bożeński są autorami tekstów i muzyki. Napisał też piosenkę o DekoRama, a niewiele kawiarni może pochwalić się takim osiągnięciem. Czasem w kawiarni swoje poezje czyta też Ryszard Longin Borkowski. Serdecznie zapraszamy na te autorskie spotkania.

Kawiarnia DekoRama to jedyna kawiarnia w Olsztynie o tak kolekcjonerskim charakterze.

– *Zdarzyło się, że przyszła do nas pani, która chciała tylko pooddychać, poczuć zapach kawy i starych mebli. Odwiedzający nas goście chcą z nami porozmawiać, dowiedzieć się o sposobach parzenia kawy, pytają też o pochodzenie niektórych przedmiotów, bo każdy z nich ma duszę* – opowiada pani Edyta.

Oprócz prowadzenia kawiarni państwo Królikowscy zajmują się również tworzeniem dekoracji. Pani Edyta jest dekoratorką wnętrz. Ich dekoracje uświetnią każdą imprezę i spotkanie, upiększą każdą salę, mieszkanie i kościół.

A dla naszych szaradzystów mamy niespodziankę. Spośród osób, które nadesłały prawidłowe rozwiązanie krzyżówki wylosujemy dwie, które otrzymają ekskluzywne stroiki świąteczne na żywym podkładzie oraz zaproszenia do Kawiarni DekoRama, mieszczącej się przy ul. Mochnackiego 5 (naprzeciw starej ulicy Warszawskiej).

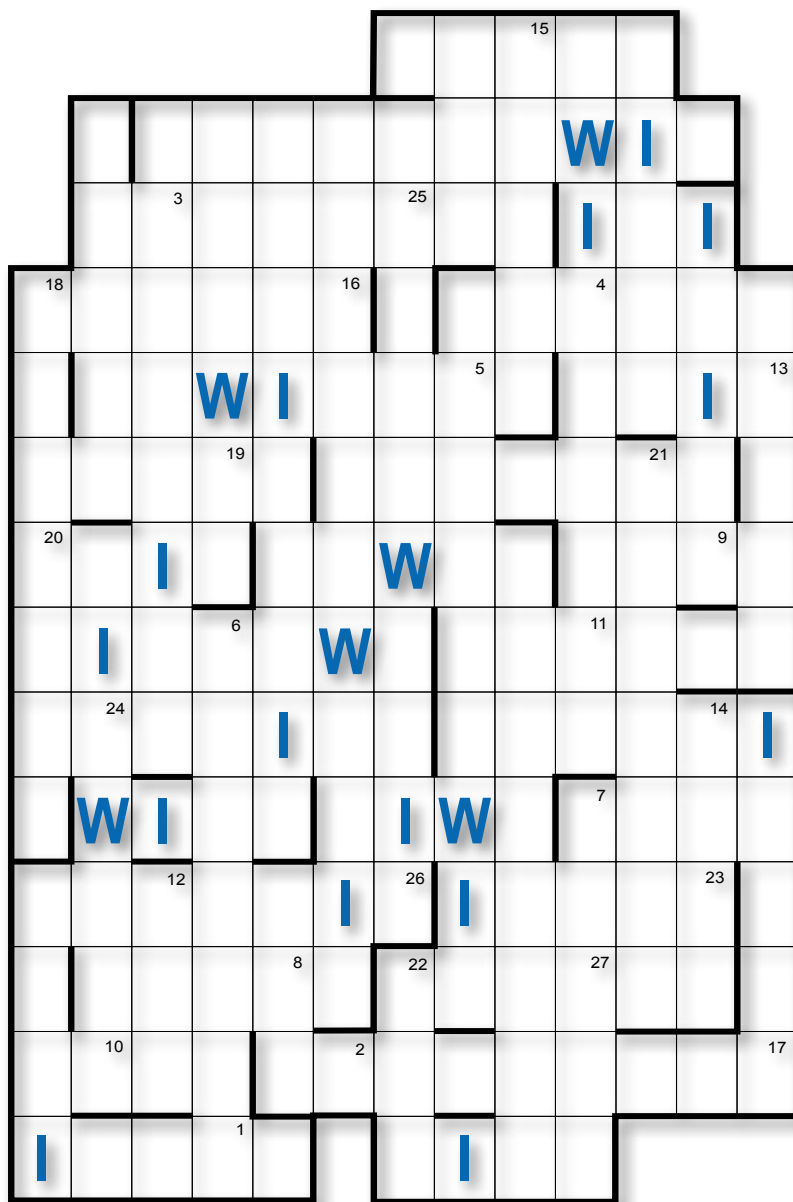


Krzyżówka

Jolka 25

Objaśnienia 53 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery I i W. Na ponumerowanych polach ukryto 27 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim przysłowie polskie. Hasło w zaklejonej kopercie prosimy wrzucić do specjalnej skrzynki w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy.

Nagrodę - podwójne zaproszenie do restauracji Yoko Sushi otrzymują: **Grażyna Walento-Michalska oraz Bożena Szymula.** Gratulujemy. Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



terapeutyczny dział gerontologii • syn Egiwy • płyn w Amiens • Włochy dla Anglika • nasz system ewidencji ludności • dziecinne, czyli kołyska • następcą Listkiewicza • państwo Tito • Nick z „Pogody dla bogaczy” • Władysław, generał na białym koniu • z USGiTK • wielki lub polny • jezioro z Cleveland • dziennikarz • mapa miasta • między indem i antymonem • najwyższy szczyt Krety • najdłuższy dopływ Rodanu • hiszpańska ballada • leży na półkach • zboczenie • uciekł z Sodomu • orzeczona przed karą • wieś nad Drwęcą, przed N. M. Lubawskim • Tadeusz, symbol rozpaczliwego patriotyzmu • łan, pole • buddyjski stan błogości • obraz z cerkwi • miasto nad Prypecią, przed Czarnobyłem • dojrzała postać owada • nie chcieli go do KPN-u • żółta i kwaśna • atrybut Erato • miasto kapitulacji Francji w 1870 • indyjska bogini śmierci • kłoc rzucony pod nogi • w żółtej koszulce • lina dla szybowca • Jaya, dawniej Zachodni • rozwiedziona żona Napoleona • etnograf • stale głodni • autor „Procesu” • wyspa z Westerland • urzeczenie, fascynacja • wykaz, spis • kawa, herbata lub tytoń • Indianie z Antiplano • Europejska lub polsko-litewska • na trasie Orzysz - Augustów • rzymska Atena • przybliżona ocena • liczne w torcie i golonce

BJER

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru Pulsu Szpitala:
„Nie każdy chory, co stęka.”



CHINY - PAŃSTWO ŚRODKA

fot. Emilia Paszkowska

