



WOJEWÓDZKI  
SZPITAL  
SPECJALISTYCZNY  
W OLSZTYNIE

# PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 26/4 październik listopad grudzień 2009



**Umowa podpisana  
- budujemy  
nowy blok  
operacyjny!**



# Drodzy Czytelnicy

Niepostrzeżenie minął kolejny rok. Po cichutku spadła ostatnia kartka z kalendarza. Lec powiedział: „Czas robi swoje. A ty człowieku?” My też robimy swoje. W tym roku w szpitalu działo się bardzo wiele i możemy pochwalić się nie jednym sukcesem. Podpisaliśmy umowę na budowę bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni. Ta najważniejsza dla szpitala inwestycja będzie finansowana z pieniędzy unijnych, a my będziemy świadkami powstawania nowego skrzydła szpitala.

Ważą się również losy otwarcia w naszym szpitalu ośrodka transplantacyjnego. W listopadzie odbył się

audyt, który potwierdził, że jesteśmy przygotowani do przeprowadzania przeszczepów. Mamy nadzieję, że już w drugim półroczu 2010 roku, po pozytywnej decyzji Ministra Zdrowia, pacjenci będą przyjmowani w naszym ośrodku transplantacyjnym.

Zimowy *Puls* został zdominowany przez Oddział Chirurgii. O tym jak trudna i ważna jest praca lekarzy i pielęgniarek w oddziale dowiemy się z artykułów *Historia ratowania ręki*, *Ostre niedokrwienie jelit – wyścig chorego z czasem* i *Szkolimy się*.

Na temat przeszczepu szpiku kostnego w leczeniu białaczek, dawców oraz banków szpiku przeczytamy

w artykule *Każdy może podarować komuś drugie życie...* Nie pozostawajmy obojętni na cierpienia innych, czasem tak niewiele trzeba, aby pomóc potrzebującym.

I jeszcze jedna ważna wiadomość. Oddział Okulistyczny otrzymał witekto służący do wykonywania operacji na tylnym biegunie gałki ocznej. Dzięki niemu dorównamy oddziałom klinicznym, zarówno w liczbie, jak i w wachlarzu wykonywanych zabiegów okulistycznych. Zapraszam do lektury.

**Redaktor Naczelna  
Kornelia Kotwicka**

## Spis treści

- 03 Świąteczne życzenia
- 03 Patron dzieci i marynarzy
- 04 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie... skuteczny, bezpieczny i profesjonalny
- 05 Umowa podpisana - rozpoczynamy budowę bloku operacyjnego!
- 06 Historia ratowania ręki
- 08 Z cyklu: Prezentacje - Oddział Okulistyczny
- 10 Przygotowania do otwarcia Ośrodka Transplantacyjnego w toku
- 11 Ostre niedokrwienie jelit - wyścig chorego z czasem
- 12 Każdy może podarować komuś drugie życie...
- 14 Żywnienie kliniczne – teoria i praktyka
- 15 Podróże kształcą
- 16 Pieniądze dla szpitala
- 16 Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie
- 17 Szkolimy się
- 18 Z cyklu: Z kart historii – Kto dba o nasze bezpieczeństwo
- 19 Praca jak marzenie
- 20 Prawnik i menadżer
- 21 Najwyższe wyróżnienie
- 21 Inwestycja z przymrużeniem oka
- 22 Zdrowie jest najpierwszym darem
- 24 Prawa pacjenta w szpitalu i w ustawie
- 25 Chiny – Państwo Środka
- 27 Krzyżówka



PULS SZPITALA

### Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

### Redaktor naczelna

Kornelia Kotwicka

### Koncepcja graficzna

Barbara Szymczuk

### Zespół redakcyjny

Alicja Biernacka  
Magdalena Kantorezyk  
Barbara Szymczuk

### Stała współpraca

Alicja Markiewicz  
Hanna Taraszkiewicz  
Jerzy Badowski

### Zdjęcie na okładce

Dorota Kowalska

### Zdjęcia udostępnił

Emilia Paszkowska  
Elżbieta Kubit  
Maciej Sadowski

### Adres redakcji

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

## Świąteczne życzenia...



Bożego Narodzenia wszystko jest inne: nasze priorytety, nasza świadomość, nasz czas, nasze życie i nasze relacje z innymi. Tak niedawno jeszcze zabiegani i zapracowani, teraz zatrzymujemy się na małą chwilkę w wyścigu po sukces. Staramy się zauważać bliźniego obok siebie, wyciszyć wszystko dookoła. Coraz częściej jest tak, że dopiero święta Bożego Narodzenia stwarzają szansę na spotkania w szerszym gronie rodzinnym, na przytulenie, dotknięcie, powiedzenie kilku ciepłych, serdecznych słów. Wykorzystując łamy naszego kwartalnika, chciałabym podziękować wszystkim pracownikom Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie za miniony rok oddanej, sumiennej pracy, za wysiłek i poświęcenie w wykonywaniu swoich obowiązków.

Niech te najpiękniejsze w roku Święta upłyną Wam w ciepłej, spokojnej atmosferze, w gronie rodziny i przyjaciół. Niech będą pogodne, refleksyjne i szczęśliwe, a Nowy 2010 Rok niech spełni wszystkie pragnienia, zamysły i oczekiwania.

**Irena Kierzkowska**

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



## Patron dzieci i marynarzy

**Gdy jesteśmy małymi dziećmi nie mamy najmniejszych wątpliwości, że Święty Mikołaj istnieje. Czekamy na niego z bijącym sercem i wypiekami na policzkach. Kim był tak naprawdę człowiek, który dostarcza wszystkim dzieciom niezapomnianych wspomnień związanych z prezentami, tajemniczością i radością?**

Prawdziwy Święty Mikołaj był biskupem rzymsko-katolickim. Urodził się około 270 roku na terenach obecnej Turcji. Był jedynym dzieckiem bardzo zamożnych rodziców, którzy wiele lat modlili się o jego narodziny.

Od młodości wyróżniał się nie tylko pobożnością, lecz także pragnieniem niesienia pomocy ludziom biednym i żyjącym w nędzy. Po śmierci rodziców swój majątek przeznaczył na biednych.

W dyskretny sposób rozdawał prezenty. Robił to tak, że nikt z obdarowanych nie domyślał się nawet, skąd pochodzą rzeczy znajdujące pod drzwiami lub wpadające przez okno. I choć w zamian dobroczyńca nie oczekiwał nawet dobrego słowa, wieść o jego szlachetnych uczynkach rozeszła się po świecie błyskawicy.

Został wybrany na biskupa miasta Mira, które było stolicą jego rodzinnej

provincji. Jako biskup Mikołaj miał jeszcze większe możliwości działania. Zasłynął z opieki nad ubogimi, którą prowadził w niezwykle dyskretny sposób, bardzo często anonimowo. Źródłem finansowania tej działalności był jego rodzinny majątek.

Święty zmarł w 350 roku. Dziś jego relikwie znajdują się w mieście Bari we Włoszech. Na pamiątkę dobroci świętego biskupa powstał zwyczaj obdarowywania się prezentami w dzień jego liturgicznego wspomnienia.

Przetrwał on do dziś jako popularne „mikołajki”. Niestety dziś mało gdzie można spotkać wizerunek Mikołaja przypominający, kim był naprawdę. Jego portrety, wyrosłe z tradycji chrze-

Bajkowe siedlisko Świętego Mikołaja znajduje się na Korvatunturi Fell, na granicy fińsko – rosyjskiej. Każdy bez wyjątku może spotkać Świętego Mikołaja, Panią Mikołajową oraz Elfy, które przez cały rok przygotowują prezenty dla dzieci w Rovaniemi. Korvatunturi Fell przypominające kształtem ucho, znajduje się na wysokości 483 metrów n.p.m. Ponoć dzięki temu Święty Mikołaj słyszy głosy dzieci na całym świecie.

Do wioski Świętego Mikołaja można z łatwością dojechać autobusem lub samochodem. Wystarczy tylko wyjechać z Rovaniemi 8 kilometrów na północ do miejsca, gdzie droga przecina magiczne Koło Polarne. Rezydencję Świętego Mikołaja można poznać od razu po pięknych domkach ze strzelistymi wieżyczkami oraz wspaniałej bramie wjazdowej.

Międzynarodowe lotnisko w Rovaniemi, imienia Świętego Mikołaja, znajduje się jedyne 2 kilometry od wioski. Ci, którzy zdecydowali się odwiedzić Świętego Mikołaja przyznają, że było warto wybrać się w taką podróż. Jest to wycieczka w czasy dzieciństwa, do krainy cudów oraz świata sielskich Świąt Bożego Narodzenia.

**meg**

informacje zaczerpnięte ze stron:  
[www.polkadot.pl](http://www.polkadot.pl)  
[www.pmedia.pl](http://www.pmedia.pl)



ścijańskiej, przedstawiały starca w stroju biskupim, w mitrze i z pastorałem. Ostatecznie Święty Mikołaj został patronem dzieci i marynarzy, a jego imieniny, świętowane w Polsce jako Dzień Świętego Mikołaja, zapisano w kalendarzu pod datą 6 grudnia. W Anglii prezenty przynosi Father Christmas. Święty Mikołaj pojawił się także za Atlantykiem, gdzie zawędrował razem z holenderskimi emigrantami. Pewnego dnia w Ameryce nadano mu przydomek Świętego Mikołaja.

# Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie... skuteczny, bezpieczny i profesjonalny

Rozmowa z Jackiem Protasem, Marszałkiem Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

**- Panie Marszałku, jak ocenia Pan umiejętność wykorzystania środków unijnych przez szpitale w naszym regionie?**

- Szpitale na Warmii i Mazurach, od 2004 roku poczynając, skutecznie korzystają ze środków unijnych, dzięki czemu w zdecydowany sposób poprawiają swoją infrastrukturę, poprzez modernizację i doposażenie w nowoczesny sprzęt specjalistyczny. Projekty realizowane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2007-2013 przez wojewódzkie jednostki ochrony zdrowia z kwotą dofinansowania w wysokości 35 milionów EU, zostały podzielone na dwie części. Część tej kwoty w wysokości 5 mln EU, po pierwszym konkursie jest przeznaczona na doposażenie zakładów opieki zdrowotnej o zasięgu lokalnym, natomiast pozostała część na modernizację i doposażenie placówek ochrony zdrowia o zasięgu regionalnym.

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

- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie jest jednostką wiodącą w naszym województwie. Postęp medyczny, a także zmieniające się przepisy wymuszają ciągłą modernizację i doposażenie w nowoczesny, specjalistyczny sprzęt. W związku z tym szpital, aby spełnić warunki techniczne oraz dostosować bazę lokalową oraz strukturę do wymogów i przepisów prawa, musi nieustannie się rozwijać. Niezwykle istotną inwestycją realizowaną przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, współfinansowaną ze środków Unii Europejskiej w ramach RPO Warmia i Mazury 2007-2013 jest rozbudowa istniejącego obiektu na potrzeby bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni, której całkowity koszt wynosi 72,3 mln zł. Przychody szpitala wynoszą niemal 120 mln zł, bez dofinansowania ze środków UE w kwocie 50 mln zł i bez wsparcia Samorządu

Województwa, szpital nie byłby w stanie sfinansować tego przedsięwzięcia. Ponadto uzyskał on dofinansowanie ze środków unijnych w kwocie 1,1 mln zł na doposażenie Oddziału Gastroenterologicznego z Pracownią Endoskopową w sprzęt i aparaturę medyczną do diagnostyki i leczenia nowotworów przewodu pokarmowego. Tak więc nieustannie się rozwija i dzięki temu stanowi jedną z najlepszych placówek w regionie.

**- Budowa bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni to inwestycja, która jest nie tylko wyzwaniem dla szpitala, ale i dla naszego województwa. Jakie są Pana oczekiwania w związku z tą inwestycją?**

- Priorytetowym celem budowy bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni jest wzmocnienie potencjału Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego na rzecz Olsztyna oraz regionu, wzrost jego konkurencyjności, przeciwdziałanie marginalizacji poprzez podniesienie dostępności i jakości świadczonych usług. Szpital wykonuje ponad 15 tys. zabiegów operacyjnych rocznie, a różnorodność przeprowadzanych operacji jest ogromna. W związku z tym budowa nowego bloku operacyjnego znacznie skróci czas oczekiwania pacjenta na diagnostykę oraz leczenie, a dzięki najnowocześniejszej aparaturze do monitorowania funkcji życiowych, uczyni szpital jednym z najbezpieczniejszych w regionie.

**- Co ta inwestycja przyniesie mieszkańcom Warmii i Mazur?**

- Budowa bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni zapewni mieszkańcom województwa warmińsko-mazurskiego dostęp do profesjonalnego leczenia. Ponadto dzięki zwiększeniu liczby sal operacyjnych, skróci się czas oczekiwania pacjentów na zabieg. Natomiast nowoczesny system sterylizacji i dezynfekcji narzędzi operacyjnych oraz materiałów opatrunkowych mocno ograniczy zakażenia



szpitalne. Obecnie szpital dysponuje 10 salami operacyjnymi, na bloku operacyjnym jest 7 sal operacyjnych, w oddziale kardiochirurgicznym dwie i na traktce porodowym jedna sala. Po zakończeniu inwestycji na bloku operacyjnym liczba sal zwiększy się do 12., a ponadto planowane jest utworzenie ośrodka transplantologii. Z myślą o ofiarach ciężkich wypadków, zaplanowano poszerzenie zakresu świadczeń zabiegowych, dzięki utworzeniu centrum urazowego.

**- Jaka Pana zdaniem jest i powinna być rola Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie?**

- Samorząd Województwa jest organem założycielskim dla kilku dużych, wiodących szpitali, do których należy między innymi Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie. Jest to jedna z największych placówek opieki zdrowotnej w województwie warmińsko-mazurskim, jednostka wieloprofilowa, położona centralnie, o stabilnej pozycji na rynku, z wysoko wykwalifikowaną kadrą medyczną, posiadającą wieloletnie doświadczenie. W szpitalu pracuje 15 lekarzy konsultantów wojewódzkich, do których zwracają się lekarze z całego województwa, w celu rozstrzygnięcia wątpliwości odnośnie postawionej diagnozy lub wyboru sposobu leczenia. Szpital musi być przede wszystkim bezpieczny dla pacjentów, dysponujący nowoczesną aparaturą i sprzętem oraz fachową kadrą. Taki właśnie jest nasz szpital wojewódzki w Olsztynie, ciągle rozwijający się, angażujący nowoczesne technologie medyczne.

**- Jak ocenia Pan dotychczasową współpracę Szpitala i Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego? Czy rozszerzenie zakresu świadczeń, dzięki budowie nowoczesnego bloku i centralnej sterylizatorni, jest szansą na dalszy rozwój tej współpracy?**

- Współpraca z Wydziałem Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie niesie często wiele trudnych wyzwań. Poza

działalnością statutową, szpital musi podzielić się z Uczelnią swoją infrastrukturą oraz potencjałem kadrowym, dostosować swą strukturę do potrzeb katedr i klinik na wiele kolejnych lat. Sprostanie tym wyzwaniom jest też ogromną szansą dalszego, szybszego rozwoju zarówno szpitala, ale też naszego województwa. Jedynie rzetelna współpraca obu stron zapewnia stały dopływ nowych, młodych kadr medycznych i pozyskiwanie najlepszych specjalistów, nowych technologii,

usług i sprzętu. Podejmowane działania powinny zapewnić mieszkańcom naszego regionu szeroki dostęp do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Nasze województwo jest jednym z najbiedniejszych w Polsce, dlatego tak realizowana inwestycja staje się jedynym krokiem do innowacyjności, a tym samym początkiem sukcesu jaki pragnęlibyśmy odnieść.

**- Dziękuję za rozmowę.**

**core**

## Umowa podpisana - rozpoczynamy budowę bloku operacyjnego!

**Kilkanaście miesięcy pracował zespół przygotowujący wniosek aplikacyjny do Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury. Wniosek został złożony 30 kwietnia i do listopada czekaliśmy na jego ocenę. Dzisiaj już wiemy, nasza inwestycja otrzyma unijne dofinansowanie. 30 listopada została uroczystie podpisana umowa, zapewniająca środki na budowę.**

W Urzędzie Marszałkowskim województwa warmińsko-mazurskiego 30 listopada 2009r. odbyło się uroczyste spotkanie, podczas którego Irena Kierzkowska, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie i Jacek Protas, Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego podpisali umowę o dofinansowanie projektu. Projekt pn. „Modernizacja Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie poprzez rozbudowę istniejącego głównego budynku szpitalnego na potrzeby bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni” będzie współfinansowany z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury.

Całkowita wartość projektu wynosi 72 358 891,63 zł, z unii otrzymamy 49 996 053,03 zł, pozostała kwota 22 389 838,60 zł to wkład własny. Cała inwestycja będzie trwała do 31 grudnia 2012r. Rozpoczęcie robót budowlanych zaplanowano na II kwartał 2010r.

Inwestycja obejmuje budowę od strony południowej czwartego skrzydła szpitalnego. Będzie się ono składało z 12-tu sal operacyjnych, centralnej sterylizatorni, części dydaktycznej dla 120 studentów z salą audytorijną i z 2 sal seminaryjnych oraz szatni dla pracowników bloku operacyjnego, stażystów, studentów i konsultantów. Szatnie oraz centralna sterylizatornia zajmą najniższą kondygnację, blok - pierwsze piętro, a pomieszczenia techniczne - drugie piętro. Na całej wysokości budynku głównego szpitala powstanie zespół czterech dźwigów szpitalnych, komunikujący poszczególne oddziały i działy szpitalne z nowo-wybudowanym budynkiem.

Przed nami najważniejsza inwestycja, która zmieni oblicze szpitala. Nie możemy pozwolić, żeby braki sprzętowe i infrastrukturalne przeszkadzały w leczeniu naszych pacjentów. Teraz zapewnimy im najwyższą jakość leczenia i bezpieczeństwo.

**core**



Jacek Protas - Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego składa gratulacje Irenie Kierzkowskiej - Dyrektorki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



Od lewej: Alicja Biernacka i Elżbieta Majchrzak-Kłokocka z WSS w Olsztynie oraz Marek Białogrzywy, Nikodema Więsyk oraz Monika Szepletowska z Urzędu Marszałkowskiego



Od lewej: Zbigniew Marcinkiewicz - z-ca dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych, Stefan Barabasz - z-ca dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych, Irena Kierzkowska - dyrektor WSS w Olsztynie

# Historia ratowania ręki

Dr n. med. Jacek Nowak od 13 lat pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. Jak podkreśla jest wychowankiem i uczniem doskonałych chirurgów naszego szpitala: Antoniego Dutkiewicza, Tomasza Przybyszewskiego, Wojciecha Biedawskiego, Grażyny Moszczyńskiej i Piotra Malinowskiego. Doktor Nowak mówi o sobie, że jest teraz w najlepszym dla chirurga wieku ok. 40 lat, kiedy to dzięki doświadczeniu w pracy nabrał więcej odwagi, a jednocześnie jest otwarty na nowe wyzwania. Gdy wybierał specjalizację, to właśnie chirurgia naczyniowa spodobała mu się najbardziej, gdyż wymaga ogromnej precyzji i skupienia, to tak, jak jazda szybkim samochodem, trzeba bardzo uważać, aby się nie pomylić.

13 października 2009 r. jego doświadczenie odegrało istotną rolę w ratowaniu pacjenta, który z poważnym urazem ręki trafił o godz. 18:00 do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego naszego szpitala, gdzie dyżurnym chirurgiem była dr Ewa Gwoździewicz-Siwicka, a dr Nowak miał dyżur w Oddziale Chirurgii Naczyniowej. Pan Karol Borzymowski, cieśla z okolic Olsztyna, uległ wypadkowi podczas pracy piłą elektryczną. Chwila nieuwagi spowodowała, że piłarka zamiast trafić w deskę, trafiła w prawą rękę. Pan



**Karol Borzymowski, pacjent Oddziału Chirurgicznego**



## Zespół chirurgów

Karol pamięta, że mimo okropnych obrażeń nie poczuł nawet wielkiego bólu i chociaż na wysokości nadgarstka rana była ogromna, krwawienie również nie było zbyt obfite. Dzięki temu, że pacjent był w szoku, nie czuł bólu i mógł samodzielnie wezwać pomoc medyczną. Od tego momentu wszystko potoczyło się błyskawicznie. Karetką szybko przewieziono go do szpitala. Ważna była każda minuta, gdyż w takich urazach czas w znacznym stopniu decyduje o pomyślnym zakończeniu. Doktor Nowak skromnie przyznaje, że taką operację, jaką trzeba było wykonać w tym przypadku, mógłby przeprowadzić każdy chirurg pracujący w Oddziale Chirurgii Naczyniowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Duże znaczenie w takich wypadkach ma przyczyna urazu, wiek pacjenta, to czy rana jest mocno brudna, czy naczynia nie są mocno poszarpane, a także późniejsza rehabilitacja. Pan Karol jest młodym, 30 letnim człowiekiem, a obrażenia dokonane były ostrym narzędziem. To wszystko dawało dobre rokowania. Przy scalaniu naczyń krwionośnych nie potrzeba bardzo specjalistycznego sprzętu. Wystarczy nitka, imadło, okulary no i oczywiście wprawna ręka chirurga. Tym wszystkim dysponowali dr Jacek Nowak i dr Rafał Dryzner, którzy zespolili tętnicę promieniową i łokciową pacjenta.

Chirurgia naczyniowa wymaga współpracy wielu specjalistów: radiologów,

ultrasonografistów, internistów, neurologów, nefrologów i ortopedów. Ogromne znaczenie przy takich zabiegach mają anestezyjodolży, bez których jak mówi dr Nowak, nie byłoby chirurgii. W tym dniu właśnie praca anestezyjologa dr. n. med. Romualda Fidrycha umożliwiła przeprowadzenie operacji. Zakończone pomyślnie zespolenie żył pozwoliło na przystąpienie do dalszego zabiegu dr. Michałowi Bienieckiemu, lekarzowi Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. - *To był duży, ale standardowy dla ortopedy zabieg – mówi doktor Bieniecki. – Z podobnymi ranami spotykamy się często w ramach pracy oddziału. W tym przypadku, ze względu na uszkodzone obie tętnice, pacjent musiał trafić najpierw na oddział chirurgiczny, a dopiero później pod opiekę ortopedy. Zabieg polegał na zszyciu ścięgien oraz osłonek nerwów. Wszystkie ścięgna po stronie dłoniowej nadgarstka były uszkodzone. U pacjenta stwierdziłem również odcięcie fragmentu kostnego od wyrostka rylcowatego kości łokciowej i duże całkowite uszkodzenie nerwu łokciowego. Może okazać się, że nerw ten będzie wymagał wtórnej rekonstrukcji.*

Gdy dr Bieniecki kontynuował zabieg scalania ścięgien, lekarze chirurgicy naczyniowi wykonywali już następny zabieg tj. usunięcie zatoru z tętnicy udowej u pacjentki. Tak właśnie często wygląda praca lekarzy oddziałów zabiegowych naszego szpitala. Wyko-

nują jeden zabieg za drugim. - *Młodszy lekarze są lepsi od nas - mówi dr Jacek Nowak. - Stale musimy się dokształcać, aby dotrzymać im kroku. Chirurgi w szpitalu wojewódzkim to super specjaliści. Miłe jest to, że dostrzegają to lekarze innych komórek i szpitali. Po artykule w Gazecie Olsztyńskiej na temat przeprowadzonego zabiegu dzwoniło do mnie kilku lekarzy i dyrektorów szpitali, także sektora prywatnego, aby pogratulować. Szczególnie miło mi było to usłyszeć z ust mojego kolegi dr. Adama Kerna, który codziennie ratuje ludzkie życie, a nie tylko rękę czy stopę. Umiejętność zaopatrywania ciężkich urazów ma istotne znaczenie wobec faktu, że właśnie w naszym szpitalu w przyszłości będzie utworzone Centrum Urazowe.*

Doktor Jacek Nowak z optymizmem patrzy w przyszłość chirurgii naczyniowej. - *Gdy możemy przyszyć kończynę, nie widzę przeszkód aby przyszyć inny organ np. nerkę. Marzy mi się również remont naszego oddziału aby zapewniał on komfort pracy lekarzom i najlepsze warunki pacjentom.*

Pana Karola Borzymowskiego czeka jeszcze długi proces leczenia. Po wszystkich zabiegach chirurgicznych przyszedł czas na intensywną rehabilitację. - *Od 2 listopada pacjent rozpoczął leczenie w naszym oddziale - mówi doktor Piotr Siwik, ordynator Oddziału Rehabilitacyjnego. - Ze względu na nie wygojoną jeszcze ranę pourazową, pacjentowi na początku wymieniono longetę gipsową (popularnie zwaną szyną). Rehabilitacja będzie długa i wieloetapowa. Pierwszy etap związany jest z uszkodzeniem ścięgien, które znajdują się po wewnętrznej stronie ręki. Etap ten będzie trwał ok. 3 miesięcy i polegać będzie na stosowaniu ćwiczeń modyfikowanych wraz z upływem czasu. Zastosowane będzie zmieniane sukcesywnie ustawienie*

*longety w celu umożliwienia pełnego wygojenia zszytych ścięgien, a jednocześnie przeciwdziałania przykurczom i aktywizowanie nie uszkodzonych mięśni. II Etap to dalsze wspomaganie regeneracji uszkodzonych nerwów. Etap ten może potrwać kolejne kilka miesięcy. Na razie pacjent przebywa w Oddziale Rehabilitacji gdyż prowadzony jest skomplikowany program rehabilitacyjny w połączeniu z kontrolą ortopedyczną - mówi doktor Siwik. Doktor Michał Bieniecki co kilkanaście dni konsultuje przebieg leczenia pacjenta. Teraz Pan Karol korzysta również z zabiegów fizykoterapii np. laseroterapii oraz impulsowego pola magnetycznego. Dalsze usprawnienie może być prowadzone w domu lub ambulatoryjnie, a w przypadku Pana Karola Borzymowskiego wskazana jest rehabilitacja szpitalno-uzdrowiskowa oraz rehabilitacja w ramach prewencji rentowej ZUS.*

Nie wszystko można przewidzieć co do dalszych rokowań w leczeniu Pana Karola Borzymowskiego, ale z pewnością można powiedzieć, że aby osiągnąć jak najlepszy rezultat lekarze, pielęgniarki i technicy medyczni oraz z pewnością wiele innych bezimiennych osób pracujących w naszym szpitalu zrobiło wszystko i robi nadal aby jak najlepiej pomóc mu w pełni wrócić do zdrowia. Czasami słysząc o tak dramatycznych wydarzeniach, jakimi są wypadki, nie zastanawiamy się jak wiele osób jest zaangażowanych w proces ratowania życia i zdrowia pacjenta. Tym artykułem pragnę złożyć



**Zabieg fizykoterapii**

podziękowania całemu personelowi medycznemu naszego szpitala. A Panu Karolowi życzę wytrwałości i cierpliwości w trudnej i długiej rehabilitacji.

**Barbara Szymczuk**

### Oddział Chirurgii Naczyniowej

Oddział dysponuje 42 łózkami, w tym 6 łózkami w wydzielonym odcinku pooperacyjnym. Jest wiodącym ośrodkiem w dziedzinie chirurgii naczyniowej w województwie warmińsko-mazurskim. Rocznie wykonywanych jest ok. 700 operacji naczyniowych. Aktualnie w oddziale zatrudnionych jest 3 specjalistów w dziedzinie chirurgii naczyniowej i 4 lekarzy w trakcie specjalizacji w chirurgii naczyniowej. Oddział prowadzi 24-godzinny ostry dyżur w zakresie ostрых schorzeń i urazów naczyń dla większości obszaru województwa.

### Aby uratować rękę potrzebna była praca:

- dwóch ratowników medycznych z pogotowia,
- chirurga i pielęgniarki z SOR-u,
- 3 zabiegowców na bloku operacyjnym,
- 2 instrumentariuszek,
- lekarza anestezjologa,
- pielęgniarki anestezyjologicznej,
- pielęgniarek w oddziałach,
- rehabilitantów,
- fizjoterapeutów.



**Uratowana ręka**

## Z cyklu PREZENTACJE

## Oddział Okulistyczny

W historii szpitalnej Oddział Okulistyczny gości od samego początku. 3 października 1970r. przyjęto pierwszego pacjenta. Pierwszym ordynatorem został prof. dr hab. n. med. Edward Lenkiewicz. Zarządzał oddziałem przez 28 lat, a w 1998r. jego następcą została dr n. med. Maria Dowgird, która do dzisiaj piastuje stanowisko ordynatora.



Prof. Edward Lenkiewicz w trakcie badania - lata 80

W czasie ordynatury profesora Lenkiewicza oddział pracował prężnie i dynamicznie. Rozwinęła się chirurgia zaćmy, chociaż metody operacyjne znacznie różniły się od dzisiejszych i lekarze nie dysponowali tak nowoczesnym sprzętem. Różnice były widoczne już przy kwalifikowaniu pacjentów do zabiegu, nie wszczepiano soczewek wewnątrzgałkowych, głównie wykonywano ekstrakcję zaćmy przy użyciu niskiej temperatury. Cała procedura lecznicza trwała bardzo długo, pacjent leżał ok. dwóch tygodni w szpitalu i dłużej niż dziś wracał do zdrowia. Po zabiegu chory musiał nosić grube okulary, które wyrównywały wadę refrak-

cji powstałą po usunięciu zaćmy. Właśnie z powodu tej wady nie operowano pacjentów, którzy mieli zaćmę tylko w jednym oku, trzeba było czekać aż zaćma powstanie w drugim, ponieważ przy operowaniu jednego oka mózg człowieka nie poradziłby sobie z tak dużą różnicą dioptrii i pacjent miałby problemy z widzeniem.

Rozwój technologii stopniowo zmienił techniki operacyjne, krokami milowymi były mikrochirurgiczne operacje zaćmy i wszczepianie sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej. Później wprowadzono zabiegi z użyciem fakoemulsyfikatora (aparatu ultradźwiękowego do rozdrabniania soczewki). W trakcie zabiegu z użyciem fakoemulsyfikatora nie rozcina się gałki ocznej, ale wykonuje 1 nacięcie, przez które wprowadzana jest głowica, rozdrabniająca i usuwająca zaćmę i w jej miejsce wszczepiana jest sztuczna soczewka zwijana. Zaćma to choroba osób starszych, ale często też dotyczy osób w wieku produkcyjnym, czynnych zawodowo, a te operacje gwarantują szybszy powrót do normalnego życia i funkcjonowania. Ważny tutaj jest zarówno wymiar społeczny jak i ekonomiczny.



Podczas zabiegu

Pacjentami w oddziale okulistycznym opiekuje się 8 lekarzy, wszyscy posiadają II<sup>o</sup> specjalizacji, dwie osoby posiadają tytuł dr. n. med., a jedna otworzyła przewód doktorski. Zespół specjalistów tworzą: dr n. med. Maria Dowgird – ordynator, Beata Szarejko – zastępca ordynatora, Grażyna Wojciechowska, dr n. med. Maria Kapusto, Beata Dziewulska, Agata Kozłowska, Agnieszka Kondratowicz, Janusz Pieczyński. Oddział posiada akredytację na szkolenie lekarzy. Obecnie 6 lekarzy rezydentów jest w trakcie specjalizacji. Opiekę pielęgniarską zapewniają: Agnieszka Przybyłek – pielęgniarka oddziałowa, Grażyna Brakonicka – zastępca piel. oddziałowej, Lidia Wojciechowska, Zofia Łukiewska, Alina Roguś, Wiesława Paczkowska, Halina Pelka, Mariola Reszuta i Helena Lachowicz. Rolę sekretarza medycznego pełni Janusz Sznepf.

core

#### Zabiegi i operacje:

- Operacje zaćmy z użyciem ultradźwięków,
- Operacje przeciwjaskrowe,
- Operacje odwarstwienia siatkówki,
- Operacje aparatu ochronnego oka,
- Zaopatrzenie chirurgiczne urazów narządu wzroku,
- Iniekcje doszklitkowe.

#### Profil hospitalizacji:

Operacje zaćmy metodą fakoemulsyfikacji z użyciem soczewek zwijanych, operacje jaskry, leczenie zachowawcze i operacyjne urazów gałki ocznej, leczenie schorzeń siatkówki i nerwu wzrokowego. Leczenie AMD - terapia fotodynamiczna oraz iniekcje doszklitkowe.



Kadra Oddziału Okulistycznego w komplecie



# Dorównamy oddziałom klinicznym

**O okulistyce rozmawiamy z dr n. med. Marią Dowgird – ordynatorem Oddziału Okulistycznego**

**- Jakie operacje przeprowadzają lekarze pracujący w Oddziale Okulistycznym?**

- W większości są to operacje zaćmy, bo stanowią aż 90% wszystkich zabiegów. Metodą fakoemulsyfikacji operują 4 osoby w oddziale, pozostałe zabiegi przeprowadza cały zespół lekarzy. Dodatkowo przeprowadzamy operacje odwarstwienia siatkówki, przeciwjaskrowe, plastyczne powiek i zaopatrujemy urazy narządu wzroku. W tym roku otrzymaliśmy witrektom, aparat służący do wykonywania operacji na tylnym biegunie gałki ocznej. Dzięki niemu będziemy leczyć pacjentów z odwarstwieniem siatkówki, wylewami krwi do ciała szklanego, chorobami plamki żółtej i będziemy usuwać ciała obce wewnątrzgałkowe. W obecnej chwili trwa intensywny trening dwójga lekarzy, którzy będą pracować przy użyciu witrektomu, są to dr Janusz Pieczyński i dr Beata Dziewulska. Już od kilku miesięcy szkolą się oni w różnych ośrodkach w Polsce, abyśmy jak najszybciej mogli rozpocząć wykonywanie tych trudnych zabiegów chirurgicznych.

**- Czy w naszym województwie nie było do tej pory witrektomu?**

- Taki sprzęt posiada tylko Szpital Miejski, ale liczba wykonywanych operacji i pacjentów pokazała, że jest zapotrzebowanie na drugi ośrodek wykonujący zabiegi tego typu. Witrektomy posiadają głównie kliniki okulistyczne, teraz także nasz oddział będzie się specjalizował w tych trudnych operacjach. Wprowadzenie zabiegów witrektomii to wielki krok w przyszłość. Dzięki temu podniesiemy swój prestiż w województwie i dorównamy oddziałom klinicznym, zarówno w liczbie, jak i w wachlarzu wykonywanych zabiegów okulistycznych. Będziemy placówką pełnoprofilową. Już nie będziemy musieli odsyłać pacjentów do Szpitala Miejskiego lub poza województwo, a niełatwo było umieścić naszych chorych w innych klinikach, które przecież mają swoich pacjentów.

**- Kiedy rozpoczną się zabiegi?**

- Obecnie trwa przetarg na sprzęt dodatkowy do witrektomu, który jest używany przy każdej operacji. Jeszcze w tym roku chcemy rozpocząć zabiegi. A gdy już ruszymy, będziemy mieć dużo pacjentów, do tej pory lekarze z terenu nie przysyłali ich do nas, teraz

również nasz oddział będzie pomagał chorym. Mamy też nadzieję na zwiększenie kontraktu z NFZ, abyśmy równocześnie mogli zwiększyć liczbę przyjmowanych pacjentów.

**- Jakie wyzwania stoją przed Oddziałem?**

- Wyzwaniem, któremu chcemy sprostać to przeprowadzanie całego profilu operacji okulistycznych wykonywanych przy użyciu witrektomu. Chcemy, aby ten sprzęt był w pełni wykorzystywany. Są to zabiegi trudne, czasochłonne, wymagające ogromnej precyzji. Nadal będziemy przeprowadzać operacje zaćmy, w tej dziedzinie jedynie mogą zmienić się rodzaje soczewek na lepsze, łatwiejsze we wszczepianiu. Zabiegi te wykonywane są w coraz krótszym czasie i pacjent również coraz krócej leży w szpitalu. Więcej czasu zajmuje nam przygotowanie pacjenta do operacji niż jej przebieg. Spowodowane jest to wiekiem pacjentów, ich ogólnymi chorobami, które powodują, że często pacjenci ci muszą mieć przeprowadzane dodatkowe badania.

**- Czy ten nowy sprzęt jest powodem do dumy?**

- Oczywiście! Cieszę się z tego, że mamy witrektom i nie będziemy w cieniu innych ośrodków. Idziemy do przodu, nie skupiamy się tylko na operacjach zaćmy. Dzisiaj łatwe operacje zaćmy przeprowadzane są już w trybie ambulatoryjnym, są to procedury jednodniowe i dobrze, że rozwija się to w tym kierunku, bo jest bardzo wielu chorych, którzy mogą być w ten sposób operowani. Szpitale będą mogły skupić się na trudnych procedurach.

**- Jaki będzie pierwszy zabieg z użyciem witrektomu?**

- Prawdopodobnie zoperujemy wylew krwi do ciała szklanego, jednak nie możemy niczego planować, życie pokaze. Na pierwsze zabiegi na pewno przyjedzie do nas lekarz, który wykonał wiele takich zabiegów, i który będzie nas wprowadzał w tajniki urządzenia. Przeprowadzanie nowych zabiegów to ogromny stres, bo odpowiedzialność za zdrowie pacjenta przecież jest ogromna.

**- Obecnie dużym problemem jest zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem. Jak uchronić się przed tą chorobą?**



Ważne jest, aby regularnie zgłaszać się do okulisty, stosować dietę bogatą w warzywa i owoce, stosować suplementy diety, kontrolować RR i poziom cholesterolu, unikać nadmiaru światła słonecznego. Wskazane jest noszenie okularów przeciwsłonecznych z filtrem, a niezbędne - rzucenie palenia.

**- Czy to prawda, że nasze społeczeństwo coraz gorzej widzi?**

- Tylko wydaje nam się, że coraz więcej osób ma problemy z widzeniem, po prostu świadomość społeczeństwa jest większa, lepszy dostęp do lekarzy oraz lepszy sprzęt diagnostyczny, można dzisiaj wykryć więcej chorób. Już w szkołach bada się dzieciom wzrok, rodzice przykładają większą wagę do tego, aby ich dzieci dobrze widziały. Wcześniej ludzie nie przejmowali się tym, nie wiedzieli, że można coś z tym zrobić. Dzisiaj część pacjentów chce mieć swojego okulistę i kontrolować stan swoich oczu.

**- A jak możemy zadbać o nasze oczy?**

- Jeżeli nosimy okulary dbajmy o to, żeby nosić odpowiednie okulary korygujące wadę, przynajmniej raz na półtora roku sprawdzajmy wzrok. Gdy pracujemy przy komputerze lub w miejscach, gdzie jest suche powietrze nawilżajmy oczy. Nośmy okulary przeciwsłoneczne, jedzmy dużo witamin zawartych w warzywach i owocach, bądźmy aktywni fizycznie. Oczy same dbają o siebie, my musimy im pomagać w niesprzyjających okolicznościach.

**- Dziękuję za rozmowę.**

# Przygotowania do otwarcia Ośrodka Transplantacyjnego w toku

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie 19 listopada 2009r. odbył się audyt przeprowadzony przez przedstawicieli Krajowej Rady Transplantacyjnej: pana prof. dr. hab. n. med. Zbigniewa Włodarczyka, Prezesa Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego - przewodniczącego komisji akredytacyjnej oraz pana prof. dr. hab. n. med. Wojciecha Rowińskiego, twórcę programu transplantacyjnego - Konsultanta Krajowego ds. transplantologii klinicznej.



**prof. Wojciech Rowiński**



**prof. Zbigniew Włodarczyk**



**Irena Kierzkowska, dyrektor WSS**

Rozmawiam z prof. Zbigniewem Włodarczykiem, prof. Wojciechem Rowińskim oraz Ireną Kierzkowską, dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

**- Redakcja: Czy nasz szpital spełnia konieczne warunki i posiada niezbędny potencjał, aby można było właśnie tu otworzyć ośrodek transplantacyjny?**

**- Prof. Zbigniew Włodarczyk:** Tak, Szpital jest do tego przygotowany i spełnia wymagania kadrowe, wymagania laboratoryjne oraz ma pełną paletę badań diagnostycznych, a także specjalistów w zakresie chirurgii transplantacyjnej. Nie oznacza to jeszcze, że pani minister wyrazi zgodę na utworzenie ośrodka. Ten audyt to tylko stwierdzenie przydatności i warunków bezpieczeństwa.

**- Redakcja: Czy zgoda pani minister oznacza, że Ministerstwo Zdrowia będzie finansowało taki ośrodek?**

**- Prof. Zbigniew Włodarczyk:** Nie, program przeszczepiania nerek jest w tej chwili finansowany przez NFZ. Procedury transplantacyjne są procedurami nielimitowanymi.

**- Redakcja: Czy nasz oddział Narodowego Funduszu Zdrowia znajdzie pieniądze na transplantacje?**

**- Irena Kierzkowska:** Przed złożeniem wniosku o zarejestrowanie tego ośrodka, w lipcu bieżącego roku, moje rozmowy zaczęłam właśnie od Funduszu. Kierując wniosek do pani minister, miałam poparcie zarówno pana marszałka, jak i NFZ.

**- Prof. Wojciech Rowiński:** Pieniądze na przeszczepianie są zagwarantowane w całym kraju.

**- Prof. Zbigniew Włodarczyk:** Trzeba też powiedzieć, że przeszczepianie jest tańszą procedurą niż dializy i jest to alternatywna metoda leczenia dla dializ.

**- Redakcja: W naszym regionie nie ma takiego ośrodka, a czy jeden taki ośrodek wystarczy na cały region?**

**- Prof. Zbigniew Włodarczyk:** Z powodzeniem. Olsztyn jest rzeczywiście ostatnim miastem z medycznym ośrodkiem akademickim nie przeprowadzającym takich operacji. To nie znaczy, że wcześniej nie pobierano narządów tu w Olsztynie, ale z doświadczenia wiemy, że powstanie ośrodka stymuluje dawstwo narządów. Więcej pobrań narządów, to więcej przeszczepów. Jest to olbrzymia korzyść dla wszystkich pacjentów, gdyż daje szansę na wykorzystanie obecnych możliwości oraz na tworzenie nowych. Pobrane organy nie są przeznaczone tylko dla pacjentów lokalnych. Pacjenci wybierani są z listy centralnej całego kraju. Jeżeli ośrodek będzie aktywny, to będzie więcej przeszczepów w całym kraju. Pacjenci z tego regionu będą mieli również większe szanse.

**- Redakcja: Czy wiadomo, jakie będą ramy czasowe podjęcia przez panią minister decyzji o utworzeniu ośrodka i gdyby była to pozytywna decyzja, to kiedy w szpitalu mogłyby się odbywać pierwsze przeszczepy?**

**- Prof. Wojciech Rowiński:** Myślę, że w ciągu najbliższych kilku miesięcy. NFZ pierwsze konkursy będzie przeprowadzał w maju, więc tak naprawdę nie będzie to wcześniej niż w czerwcu. Pan prof. Włodarczyk w dwóch województwach stworzył program, który zakładał, że w pierwszym roku prze-

prowadzonych zostanie 30 przeszczepów, w drugim 60, a w trzecim 90 - to się nie zdarza z dnia na dzień, żeby od razu było wiele przeszczepów.

**- Irena Kierzkowska:** Planujemy zacząć od drugiego półrocza 2010 r. i będziemy bardzo szczęśliwi, jak uda się nam zrobić 10-15 przeszczepów wciąż pół roku. Najtrudniej jest zacząć. Budowa nowego bloku operacyjnego, która jest wpisana w strategię rozwoju szpitala oraz współpraca naszego szpitala z uniwersytetem sprzyja wszystkim tym działaniom. Na bazie chirurgii naczyniowej łatwiej jest prowadzić transplantacje niż na bazie chirurgii ogólnej. Mamy czterech specjalistów chirurgii naczyniowej, do tego oczywiście potrzebny jest również chirurg transplantolog, którego planuję zatrudnić.

**- Prof. Zbigniew Włodarczyk:** Wyniki audytu prześlę na kolejnym posiedzeniu Krajowej Rady Transplantacyjnej.

**- Prof. Wojciech Rowiński:** Do tego czasu czeka nas wiele pracy. Musimy odwiedzić wszystkie szpitale w województwie, porozmawiać na temat pobierania narządów, przeprowadzić rozmowy edukacyjne z lekarzami i pielęgniarkami. W jednym ośrodku transplantacyjnym dzięki dobrej logistyce i organizacji na 1,5 mln ludzi przeszczepiono ok. 130 nerek, to jest rekord Europy, a w innym na 3,2 mln ludzi były tylko dwa pobrania, czyli 4 przeszczepy. Różnice między województwami są ogromne. Najważniejszy jest czynnik ludzki i aktywność środowiska lekarskiego oraz administracji szpitali.

**- Prof. Zbigniew Włodarczyk:** Taki audyt przeprowadzaliśmy we wszystkich ośrodkach transplantacyjnych w całym kraju. Każdy szpital, który uważa, że spełnia warunki, ma prawo zgłosić się do Krajowej Rady Transplantacyjnej, a wtedy ktoś z naszego zespołu audytorów przyjedzie, aby ten szpital ocenić. Wówczas może uzyskać on pozytywną ocenę audytorów, ale ostateczna decyzja należy zawsze do pani minister. W naszej ocenie ten szpital ma potencjał, aby stać się takim ośrodkiem.

**- Redakcja: Dziękuję za rozmowę.**

**Barbara Szymczuk**

# Ostre niedokrwienie jelit - wyścig chorego z czasem

Ostre niedokrwienie jelit jest dosyć rzadko występującą patologią. Dotyczy głównie mężczyzn w wieku 50 - 70 lat cierpiących z powodu miażdżycy i innych chorób układu sercowo-naczyniowego.



**Tętnica krezkowa górna - obraz arteriografii**

Główne przyczyny ostrego niedokrwienia jelit to zator tętnicy krezkowej górnej (25%), zakrzepica tętnicy krezkowej górnej (25%), zespół czynnościowego niedokrwienia jelit (25%), zakrzepica żył krezkowych (15%), i inne (rozwarstwienie aorty, zakrzepica aorty brzusznej).

Jest to patologia, której objawy w początkowym okresie nie są typowe, a powodzenie leczenia zależy w sposób ścisły od szybkich i trafnych decyzji diagnostycznych, jak również podjętego w odpowiednim czasie leczenia chirurgicznego.

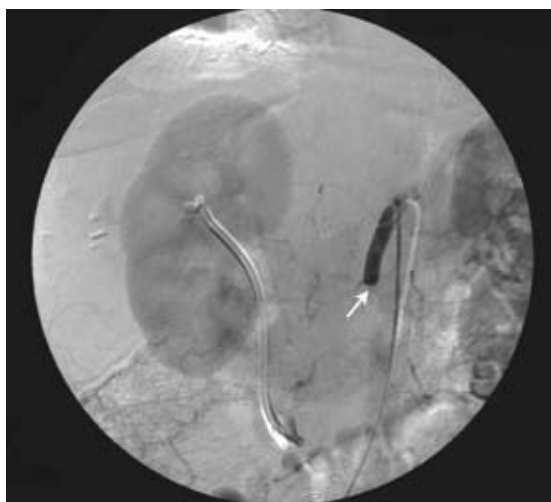
Istotą choroby jest nagłe ustanie dopływu krwi do jelita. Jelito jako narząd niezwykle aktywny metabolicznie, a jednocześnie rezerwuar bakterii, jest bardzo wrażliwe na niedokrwienie. Już w 15 minut od początku niedokrwienia dochodzi do uszkodzenia struktury i obumierania mikrokosmków jelita, co prowadzi do przekraczania przez drobnoustroje bariery śluzówkowej i przemieszczania bakterii do krwioobiegu. Na tym etapie chory odczuwa silny, trudny do precyzyjnego zlokalizowania kolkowy ból brzucha o natężeniu wymagającym podawania silnie

działających leków przeciwbólowych. Bólowi mogą towarzyszyć biegunka, wymioty treścią o krwistym zabarwieniu. Pomimo znacznych dolegliwości bólowych nie występuje w tym okresie wzmożone napięcie powłok brzucha ani ich tkiwość palpacyjna. Jest to też zwykle ostatni moment, w którym dzięki przywróceniu przepływu krwi w naczyniach krezkowych można uratować jelito, a przede wszystkim życie chorego. Wymaga to wykonania badania angiograficznego tętnic trzewnych, a następnie operacji usunięcia zatoru, zakrzepu lub wszczepienia pomostu omijającego do tętnicy krezkowej górnej.

W dalszym przebiegu choroby dochodzi do rozwinięcia się pełnościennnej martwicy jelita. Na tym etapie koniecz-

dla życia powikłań, co decyduje o wysokiej śmiertelności w tej grupie chorych. Chorzy po rozległej resekcji jelita wymagają zwykle stosowania żywienia pozajelitowego do końca życia.

W październiku 2009r. w Oddziale Chirurgii zoperowano chorego z zatorem tętnicy krezkowej górnej, ostrym niedokrwieniem kończyny dolnej lewej, utrwalonym migotaniem przedsionków i zgorzelinowym zapaleniem pęcherzyka żółciowego. Wykonano embolektomię tętnicy krezkowej górnej, odcinkową resekcję niedokrwionego fragmentu jelita cienkiego, wycięcie zgorzelinowo zmienionego pęcherzyka żółciowego, a także rewizję naczyń udowych ze względu na współistniejące ostre niedokrwienie kończyny dolnej lewej. Pomimo współistniejącego niedokrwienia dwóch narządów oraz choroby serca, chory w okresie pooperacyjnym pozostawał w stanie dobrym, opuścił szpital z wygojonymi ranami i możliwością normalnego odżywiania się. Chociaż embolektomia tętnicy krezkowej górnej jest zabiegiem opisywanym w podręcznikach i nie stanowi żadnego novum, to w obliczu wysokiej śmiertelności w tej grupie chorych zakończony powodzeniem przypadek leczenia ostrego niedokrwienia jelit z jednoczasowym wyleczeniem ostrego niedokrwienia kończyny dolnej jest godzien odnotowania.



**Zator tętnicy krezkowej górnej - obraz arteriografii**

nie jest wycięcie niedokrwionego fragmentu lub całego jelita, natomiast toksyczne produkty przemiany materii, endotoksyny, powstanie patologicznej trzeciej przestrzeni płynowej doprowadzają do rozwinięcia się wstrząsu, w konsekwencji nierzadko do śmierci. Chorzy demonstrują w tym czasie objawy tzw. „ostrego brzucha” z towarzyszącymi objawami szybko rozwijającego się wstrząsu. Pacjenci operowani na tym etapie wymagają rozległej resekcji jelita, a w przebiegu pooperacyjnym często dochodzi do niebezpiecznych

**lek. med. Maciej Sadowski**



**Martwica dokonana w przebiegu ostrego niedokrwienia jelita cienkiego**

# Każdy może podarować komuś drugie życie...

Na temat przeszczepu szpiku kostnego w leczeniu białaczek, dawców oraz banków szpiku rozmawiamy z dr n. med. Małgorzatą Wojciechowską, ordynatorem Oddziału Hematologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

**- Oddział Hematologiczny w naszym Szpitalu jest jedynym takim oddziałem dla osób dorosłych w województwie warmińsko-mazurskim. Czy wzrasta liczba osób wymagających przeszczepu szpiku kostnego?**

- Przede wszystkim wzrasta liczba zachorowań na choroby krwi, co automatycznie wiąże się ze zwiększeniem liczby potencjalnych biorców szpiku kostnego. Niestety chorują coraz młodsi pacjenci, którzy mają większe szanse na przeszczep szpiku zarówno auto, jak i allogeniczny. Transplantacja szpiku jest zabiegiem ratującym życie chorym na niektóre schorzenia hematologiczne nie poddające się leczeniu innymi metodami. W okresie ostatnich 14-tu lat liczba różnych form transplantacji szpiku wzrosła w Polsce wielokrotnie. Liczba docelowa i proporcje różnych typów transplantacji ulega zmianom, co jest związane z postępowaniem w medycynie, nie ulega jednak wątpliwości, że w Polsce potrzebne jest zwiększenie liczby transplantacji szpiku i komórek krwiotwórczych, według danych z rejestru PALG (rejestr polski) docelowo nawet dwukrotnie, tj. do około 1500 na rok, w tym co najmniej 550 allogenicznych. Z ostatnich raportów EBMT (Europejski Rejestr Przeszczepów Szpiku) wynika, że liczba transplantacji szpiku, głównie od niespokrewnionych dawców ulega nadal wzrostowi wskutek zwiększenia dostępności dawców. Dlatego w nadchodzących latach również

Przeszczep szpiku jest jedną z metod leczenia chorób nowotworowych układu krwiotwórczego, np. białaczek. Preferowany jest tzw. allogeniczny przeszczep szpiku, w którym szpik pochodzi od innej osoby - dawcy spokrewnionego (najczęściej rodzeństwo) lub niespokrewnionego. Jedynie dla 25-30% chorych znajduje się dawcę rodzinnego. W pozostałych przypadkach poszukuje się dawcy niespokrewnionego.

w Polsce konieczne jest zapewnienie dalszego rozwoju tej formy leczenia.

**- Wspomniała Pani o autologicznych i allogenicznych przeszczepach szpiku? Jaka jest między nimi różnica?**

- Przeszczepienie szpiku kostnego to nic innego jak zabieg polegający na podaniu pacjentowi preparatu zawierającego komórki macierzyste hematopoety (krwiotworzenia), które są w stanie odtworzyć układ krwiotwórczy pacjenta, który uległ poważnemu uszkodzeniu w czasie wcześniejszej chemioterapii lub radioterapii (przeszczep autologiczny tzn. zawierający własne komórki macierzyste pacjenta) albo zastąpić patologiczną hematopoetę chorego (np. w przebiegu leczenia ostrej białaczki) szpikiem osoby zdrowej (przeszczep allogeniczny). Pod potocznym pojęciem „przeszczepu szpiku” mieści się także przetoczenie macierzystych komórek hematopoetycznych izolowanych z krwi obwodowej w czasie zabiegu zwanego leukaferezą po ich wcześniejszej mobilizacji z użyciem cytokin lub/i cytostatyków. Przeszczepy autologiczne znajdują zastosowanie głównie w chorobach takich jak, chłoniaki złośliwe, w tym szpiczak plazmocytowy, natomiast allogeniczne w chorobach ostrych rozrostowych - ostre białaczki lub przewlekłych chorobach mieloproliferacyjnych (przewlekła białaczka szpikowa, mielofibroza). Przeszczepy allogeniczne są znacznie bardziej skomplikowane i wiążą się z większym ryzykiem okołoprzeszczepowym, co determinuje fakt, że tylko osoby do 40-45 roku życia mogą być poddane tej procedurze. Chorzy leczeni na szpiczaka plazmocytozowego po uzyskaniu poprawy (remisji) są kierowani do ośrodków przeszczepowych, w celu kwalifikacji do autoprzeszczepu. A przeszczepy wykonują ośrodki wyspecjalizowane, zwykle w Uniwersytetach Medycznych. Nasi chorzy kierowani są do



Kliniki Hematologii w Gdańsku lub do Instytutu Hematologii w Warszawie.

**- Jakie jest zatem zadanie naszego Oddziału Hematologicznego przy przygotowaniu pacjentów do przeszczepu?**

- Pacjenci przed transplantacją muszą być bardzo dokładnie przebadani. Wykonuje się badania dotyczące zakażeń wirusowych, wydolności wszystkich narządów, a więc serca, wątroby, nerek, badania dotyczące istnienia możliwych ognisk zakażenia. Część badań oczywiście już jest wcześniej zrobiona (w trakcie trwania choroby pacjenta), część należy powtórzyć. Zastosowanie leczenia tzn. chemioterapii, która pozwoli osiągnąć remisję choroby (czyli brak objawów choroby i prawidłowe wyniki badań) stanowi bezwzględny warunek, po spełnieniu którego chory może stać się biorcą komórek macierzystych, czyli poddany procedurze przeszczepowej. Jest to znacznie trudniejsze w chorobach krwi niż w przeszczepach narządowych tzn. np. w przeszczepieniu nerek, serca czy wątroby.

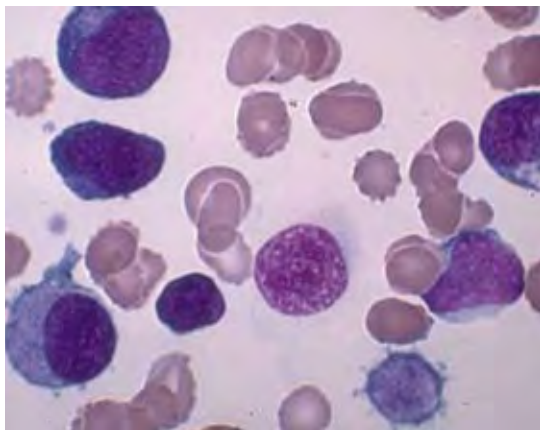
**- W październiku w naszym szpitalu odbyła się akcja pn. „Białaczka - sprawdź, czy nie weszła Ci w krew”. Darmowym badaniom mogło poddać się ponad 200 chętnych mieszkańców Olsztyna i okolic. Pani przeglądała wszystkie wyniki. Jakże ma Pani obserwacje?**

- Większość badań była w granicach normy. U części badanych stwierdzono odchylenia mogące mieć charakter

odczynowy, tzn. wcale nie świadczący o chorobie krwi. Ci chorzy zostali skierowani do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Tylko jedna pacjentka wymaga dalszej diagnostyki i jest już pod opieką naszej poradni hematologicznej. To satysfakcjonujące wyniki, jednak należy brać pod uwagę, że była to mała grupa badanych i spodziewałam się takiej statystyki. Takie akcje, promujące badania profilaktyczne powinny być przeprowadzane znacznie częściej w całej populacji, co pozwoliłoby nie tylko na wykrycie chorób rozrostowych układu krwiotwórczego, ale również na wykrycie niedoborów prowadzących do niedokrwistości, a co za tym idzie do wcześnie wprowadzonego leczenia. Wówczas na pewno uniknęlibyśmy sytuacji, które obecnie zdarzają się dość często, że pacjent pojawia się z głęboką niedokrwistością, wymagającą przetoczenia krwi ze wskazań życiowych.

### - Czy w obecnych czasach łatwo jest już znaleźć dawcę szpiku kostnego?

- Każdy z nas jest inny pod względem genetycznym i poszukiwanie osoby genetycznie podobnej jest poszukiwaniem przysłowiowej igły w stogu siana. Ze względu na warunki populacyjne, w otoczeniu pacjenta jest największe prawdopodobieństwo znalezienia osoby o zbliżonym genotypie, a więc jest jak najbardziej słuszne tworzenie banków krwi dla naszych obywateli u nas w Polsce. Nierzadko jednak zdarza się, że ze względu na bardzo skromne zasoby naszych banków szpiku poszukiwania muszą odbywać się poza granicami naszego kraju, co jest oczywiście związane z większymi kosztami. Program zdrowotny Ministerstwa Zdrowia przewiduje badania nieodpłatne zaledwie w kilku przypadkach, które



Komórki białaczki

mogą niestety okazać się nieskuteczne, a wobec tego dalsze poszukiwania wymagają dodatkowych nakładów finansowych, ponoszonych przez fundacje, osoby prywatne, sponsorów. Często niestety czynnikiem decydującym i niemiłosiernym jest czas. Idea tworzenia banków dawców szpiku jest szlachetna, godna szerokiego rozpropagowania. A zgłoszenie swojej chęci wiąże się tylko z badaniem krwi, w przyszłości podtrzymaniem swojej gotowości oddania szpiku, gdyby nasz szpik okazał się komuś potrzebny.

### - Jak wygląda i na czym polega pobranie szpiku kostnego od dawcy?

- Pobranie szpiku polega na wielokrotnym nakłuciu kości, co odbywa się w znieczuleniu ogólnym. Obecnie znacznie częściej pobiera się komórki macierzyste z krwi obwodowej. Najpierw podaje się dawcy czynnik wzrostu G-CSF (czynnik wzrostu granulocytów), który powoduje ich mobilizację ze szpiku do krwi obwodowej. Ważne jest, aby uzyskać odpowiednią ilość materiału do przeszczepu, bowiem zbyt mała ilość komórek progenitorowych mogłaby okazać się niewystarczająca do rekonstrukcji szpiku u biorecy i stanowiłaby zagrożenie jego życia.

### - Kto może zatem zostać potencjalnym dawcą szpiku?

- Aby zostać dawcą szpiku należy zaliczać się do grupy wiekowej pomiędzy 18. a 50. rokiem życia. Być osobą odpowiedzialną i świadomą możliwości poproszenia o oddanie szpiku, a także spełniać wymagania dotyczące oddawania krwi. Dawcę szpiku na stałe dyskwalifikują: zakażenie wi-

### Historia przeszczepu szpiku

- Pierwszego przeszczepu szpiku kostnego od spokrewnionego dawcy dokonał dr Donnall Thomas ze szpitala w Nowym Jorku w 1956 r. Dzięki temu zabiegowi i naświetlaniom białaczka ustąpiła całkowicie.
- W 1990 roku dr Donnall Thomas za wprowadzenie przeszczepów szpiku do leczenia białaczek otrzymał Nagrodę Nobla z medycyny.
- W 1968 r. przeszczepiono po raz pierwszy szpik ze wskazań nienowotworowych. Pacjentem dr. Roberta Gooda był 4-miesięczny chłopiec, który urodził się z wrodzonym zespołem upośledzonej odporności (choroba zabiła 11 chłopców w jego rodzinie). Dawcą szpiku była jego siostra.
- W Polsce pierwszy przeszczep szpiku od dawcy spokrewnionego wykonał prof. Wiesław Jędrzejczak w 1984 r.
- W 1996 r. prof. Jerzemu Hołowieckiemu udało się przeszczepić pierwszy raz w Polsce szpik od osoby niespokrewnionej.
- W 1998 r. prof. Andrzej Lange oraz prof. Jędrzejczak przeszczepili krew pępowinową.

rusem HIV (lub przynależność do grupy zwiększonego ryzyka zakażenia tym wirusem), obecność antygenu HBs, przeciwciał anty HCV przy obecności HCV RNA (obecność przeciwciał HBc oraz przebyte zakażenie wirusem typu A są akceptowalne), aktywna gruźlica w okresie minionych 5 lat, cukrzyca - jeśli wymaga podawania leków p/cukrzycowych, aktywna astma wymagająca podawania leków (jeśli kandydat nie miał napadu astmy przez ostatnie 5 lat i nie pobiera leków to może być zakwalifikowany), przebyty zawał serca, zabiegi naczyniowe na sercu (pomostowanie) i inne schorzenia wymagające ciągłego podawania leków (wypadanie płątki zastawki dwudzielnej, zaburzenia rytmu nie wymagające leczenia są akceptowalne), epilepsja (jeżeli pacjent pobiera leki p/padaczkowe i w ciągu minionego roku nie wystąpił więcej niż jeden napad to dawca może być zakwalifikowany), nadciśnienie (jeżeli jest utrzymywane na prawidłowym poziomie przez leki to kandydat może być zaakceptowany), ciąża i laktacja bezwzględnie dyskwalifikuje dawcę (czasowo), łuszczyca, tatuaż (jeżeli upłynął co najmniej rok od jego wykonania, tatuaż nie jest przeciwwskazaniem), stosowanie leków hormonalnych wymaga konsultacji z lekarzem Poradni Przeszczepowej.

Magdalena Kantorczyk

# Żywnienie kliniczne - teoria i praktyka

**Odżywianie jest jedną z podstawowych funkcji organizmu, który pozbawiony pokarmu ginie, podobnie jak z braku tlenu, chociaż znacznie wolniej.**

W ostatnich latach obserwujemy wzrost zainteresowania stanem odżywienia chorych przyjmowanych do leczenia szpitalnego. Jest coraz większa świadomość korzyści wynikających z zastosowania leczenia żywieniowego tam, gdzie zaburzenia stanu odżywienia są częste i wpływają na przebieg leczenia, nie będąc pierwotną przyczyną choroby.

Fundamentalną pracę na temat wpływu podawania stężonych roztworów odżywczych na zwiększenie masy ciała opublikował prof. Stanley Dudrick i współautorzy w 1969 roku. Rozwinęły się badania metaboliczne i określono dokładnie możliwości stosowania składników odżywczych, poznano kliniczne objawy niedoborów. Rozwój nowej dziedziny medycyny sprawił, że wprowadzenie zasad leczenia żywieniowego do praktyki chirurgicznej nazwane zostało „czwartym krokiem” w rozwoju chirurgii.

Przy rozpoznaniu niedożywienia i wyniszczenia objawy są bardzo różne, zależne od stopnia niedożywienia. Jest to stan organizmu spowodowany niedostateczną podażą lub znaczną utratą substratów odżywczych w następstwie zaburzeń trawienia i wchłaniania, przetok pokarmowych oraz zwiększonego

zapotrzebowania spowodowanego hyperkatabolizmem podczas choroby.

Chorzy niedożywieni mają zmniejszone rezerwy wewnątrzustrojowe, a czynniki regulujące metabolizm ulegają u nich szybko zachwianiu. Jest to przyczyną następstw: zmniejszenie masy ciała, upośledzenie odporności komórkowej i humoralnej, niedokrwistości, obniżenia stężenia białek surowicy, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, osłabienia perystaltyki jelitowej. W zakresie układu krążenia obserwuje się spadek kurczliwości mięśnia sercowego, a w zakresie układu oddechowego, pogorszenie wentylacji z powodu zaniku mięśni oddechowych, spadek utlenowania krwi, hipoksję, spadek niedodmę i skłonność do zapaleń płuc. Niedożywienie upośledza sprawność wszystkich narządów i układów. Do wtórnych następstw niedożywienia należą: zwiększona częstość występowania powikłań okołoperacyjnych w postaci gorszego gojenia się ran, zakażeń, wytrzewień, rozejść zespołu przewodu pokarmowego, apatia, osłabienie siły mięśniowej i większa śmiertelność. Dlatego podstawowym badaniem chorych często już w Izbie Przyjęć w większości szpitali jest ważne chorego.

Dzisiaj mamy możliwości wyboru metody, rodzaju, jakości i ilości leczenia żywieniowego w zależności od potrzeb chorego. Pracownia Żywnienia Poza - i Dojelitowego mieści się w dwóch pokojach na wysokim parterze. Zabezpieczamy żywnienie kliniczne chorych, koncentrując się na dwóch zagadnieniach klinicznych: leczeniu żywieniowym chorych w oddziałach szpitalnych i przewlekłym leczeniu żywieniowym chorych, którzy nie muszą przebywać w szpitalu, a nie mogą odżywiać się w sposób wystarczający fizjologicznie. Stosujemy w zależności od potrzeb żywnienie poza - lub dojelitowe.

W chwili obecnej mamy 51 chorych. Jest to duży wielodyscyplinarny, rozproszony oddział, wymagający codziennych dyżurów pod telefonem. Jednocześnie nasz szpital, o obecnym profilu leczenia jest miejscem wyjąt-



**dr n. med. Krystyna Urbanowicz**

kowo dobrze przystosowanym do leczenia szpitalnego tej grupy chorych. Największą liczbę chorych stanowią chorzy z zespołem krótkiego jelita. Zespół krótkiego jelita rozwija się w następstwie zmniejszenia efektywnej powierzchni wchłaniania substancji odżywczych. W przypadku utraty znacznej części jelita jedynym sposobem zapobiegania rozwijaniu się ich głębokich niedoborów jest żywnienie pozajelitowe. Pozwala ono skompensować niedostateczne wchłanianie jelitowe oraz ograniczać straty spowodowane zaburzeniami wchłaniania, przez co zapobiega ciężkiemu odwodnieniu i niedożywieniu oraz konieczności hospitalizacji chorych. Drugą grupą są chorzy onkologiczni z zaburzeniami wchłaniania najczęściej w przebiegu niedrożności lub przetok jelitowych. Poza naszym regionem leczymy chorych z województwa pomorskiego i pomorsko-kujawskiego. Metoda leczenia domowego opiera się na współdziałaniu i dużej samodzielności chorego i rodziny w oparciu o programy edukacji.

Mimo, że Pracownia Żywnienia w naszym szpitalu jest bardzo małą placówką, to rokrocznie jest zauważalna na zjazdach żywieniowych i chirurgicznych poprzez liczne prezentacje prac własnych. Jestem recenzentem prac dla czasopism krajowych, wykładowcą na kursach leczenia żywieniowego w Warszawie. W roku 2005 miałam przyjemność korzystać z konsultacji chorych przez przebywającego wówczas w Polsce i odwiedzającego mnie na terenie naszego szpitala prof. Stanleya Dudricka z Uniwersytetu w Yale w Stanach Zjednoczonych, twórcy leczenia żywieniowego. Nigdy nie sądziłam, że kiedykolwiek spotka mnie zaszczyt goszczenia znanego



**dr n. med. Krystyna Urbanowicz, prof. Stanley Dudrick, dr n. med. Tomasz Przybyszewski**

mi z piśmiennictwa wielkiego profesora chirurgii. Biorę udział w badaniach dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa stosowania rekombinacji analogu glukagonopodobnego peptydu 2. W badaniu wykazano, że pod wpływem tego leku dochodzi do przerostu śluzówki jelita i poprawy wchłaniania jelitowego, co pozwala na zmniejszenie lub odstawienie żywienia pozajelitowego u około połowy chorych długotrwale uzależnionych od żywienia pozajelitowego. W przeciwieństwie do większości sytuacji klinicznych wymagających żywienia pozajelitowego, efekt wstrzymania żywienia pozajelitowego na przebieg kliniczny chorych z zespołem krótkiego jelita jest tak przewidywalny i negatywny, że potwierdzenie skuteczności żywienia pozajelitowego nie jest potrzebne. Jednakże długotrwałe stosowanie żywienia pozajelitowego wiąże się z ciężkim uszkodzeniem wątroby u 15% do 50% chorych w ciągu 6 lat, osteopenię i osteoporozę stwierdzano u odpowiednio 60% i 80%, bakteriamię odcewnikową, której częstość występowania szacuje się na od 0,8/1000 dni z cewnikiem do 2 incydentów rocznie. Uzależnienie od żywienia pozajelitowego jest również przyczyną obniżenia jakości życia. Dlatego metody leczenia prowadzące do zmniejszenia uzależnienia od żp. mają dla nich życiowe znaczenie.

W moich planach na najbliższą przyszłość jest zorganizowanie corocznej Konferencji Żywniowej dla województwa warmińsko-mazurskiego i województw sąsiednich z zakresu żywienia klinicznego. Konferencje żywienia klinicznego w praktyce przy współudziale Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego stały się niemalże tradycją. Konferencja w bieżącym roku odbyła się 5 grudnia. Tematyka związana była z chirurgią, gastroenterologią i dotyczyła chorych leczonych w OIT.

Osobiste marzenia – to cieszyć się zdrowiem i by nadal leczenie żywieniowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie nadążało za osiągnięciami współczesnej wiedzy i nauki, a moje małe marzenie: by znalazło się miejsce w szpitalu dla przewlekle leczonych żywieniowo chorych. Tym wszystkim, którzy przez ostatnie lata pomagali w leczeniu szpitalnym chorych z zespołem krótkiego jelita dziękuję w ich imieniu za zrozumienie i trud.

**dr n. med. Krystyna Urbanowicz**

# Podróże kształcą

**14 października 2009 r., w ramach współpracy z Obwodem Kaliningradzkim, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie odwiedziła delegacja lekarzy specjalistów Kliniki MedExpert z Kaliningradu.**

Trzech kardiologów, internista, pulmonolog oraz dyrektor placówki – Włodzimierz Kołobuchow zwiadało

zdrowotnych, aparatury medycznej, jakości hospitalizacji chorych oraz nowoczesnych procedur medycznych i diagnostyki. Szczególnie emocje i niezapomniane wrażenia pozostawiła w delegacji możliwość obserwacji operacji kardiologicznej. Do tej pory w Oddziale Kardiologicznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego operacje i konsultacje miało ok. 15 pacjentów z Obwodu Kaliningradzkiego.



**Oddział Kardiologiczny**

szpital. Lekarze szczególnie zainteresowani byli oddziałami: kardiologicznym, kardiologicznym, rehabilitacyjnym i ginekologicznym oraz gabinetem fizjoterapii. Padało wiele pytań, na które w wyczerpujący sposób odpowiadali ordynatorzy i lekarze specjaliści z naszego szpitala. Pytania te dotyczyły liczby leczonych pacjentów, zakresu oferowanych świadczeń



**Oddział Kardiologiczny**

W trakcie wizyty lekarze konsultowali również z naszymi specjalistami sposób leczenia swoich pacjentów.

W Oddziale Rehabilitacyjnym doktor Piotr Siwik poza prezentacją oddziału, przedstawiał różnego rodzaju sprzęt rehabilitacyjny, osobiście demonstrując jego zastosowanie.

Wszyscy goście wyrazili zainteresowanie odbyciem ponownej wizyty w naszym szpitalu, aby poznać inne oddziały i metody leczenia.

Dziękujemy wszystkim lekarzom i pielęgniarkom za pomoc w przyjęciu zagranicznych gości i poświęcenie swojego czasu na prezentację oddziałów szpitalnych.



**Oddział Rehabilitacyjny**

**Barbara Szymczuk**

# Pieniądze dla szpitala

Szpital wykorzystuje każdą szansę, dzięki której może doposażyć oddziały, albo sfinansować inwestycje budowlane. To w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji powstają wnioski aplikacyjne do programów unijnych, PFRON-u, Ministerstwa Zdrowia i innych. Przedstawiamy tegoroczne zestawienie naszej pracy.

## Ministerstwo Zdrowia

Dzięki programom ministerialnym doposażyliśmy:

- Oddział Neurologiczny - całkowita wartość projektu 68 425 zł, w tym MZ - 59 500 zł.
- Oddział Kardiochirurgiczny - całkowita wartość projektu 128 666,93 zł, w tym MZ - 105 400 zł.
- Oddział Nefrologiczny, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych - całkowita wartość projektu 138 000 zł, w tym MZ - 120 000 zł.
- Dział Patomorfologii - wartość projektu 119 840 zł, w tym MZ - 101 864 zł.
- Oddział Gastroenterologiczny: 300 badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego. Wartość projektu 120 000 zł.

**Środki finansowe pozyskane z MZ to 506 764 zł.**

## PFRON (Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych)

- Zakup i montaż windy osobowej w szpitalu, wymiana posadzek z oporęczowaniem w ciągach komunikacyjnych z dostosowaniem do potrzeb osób niepełnosprawnych, wymiana stolarki drzwiowej oraz dostosowanie dwóch pomieszczeń higieniczno-sanitarnych do potrzeb osób niepełnosprawnych. Całkowita wartość projektu 536 687,31 zł, w tym środki własne 411 687,31 zł, PFRON 125 000 zł.

- Szpital bez barier – dostosowanie pomieszczeń WSS w Olsztynie do potrzeb osób niepełnosprawnych (dostosowanie chodnika do potrzeb osób niepełnosprawnych łączącego budynek izby przyjęć planowych i rejestrację szpitalną z ulicą Żołnierską, dostosowanie łazienki dla potrzeb osób niepełnosprawnych w budynku izby przyjęć planowych, wymiana posadзки oraz wykładzin na antypoślizgowe, montaż uchwytów i poręczy dla osób niepełnosprawnych w korytarzu Oddziału Otolaryngologii, dostosowanie łazienki dla potrzeb osób niepełnosprawnych w Oddziale). Całkowita wartość projektu 233 576,66 zł, w tym środki własne 163 503,66 zł, PFRON 70 073 zł.

**Środki finansowe pozyskane z PFRON -u - 195 073 zł.**

## ZPORR (Zintegrowany Program Operacyjny Rozwoju Regionalnego 2004-2006)

- Doposażono bloki operacyjne i pracownie diagnostyczne. Całkowita wartość projektu 2 530 468,88 zł, w tym ZPORR (74,46%) - 1 884 229,91 zł.

## RPO WiM (Program Operacyjny Warmia i Mazury na lata 2007-2013)

- Modernizacja Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie poprzez rozbudowę ist-



niejącego głównego budynku szpitalnego na potrzeby bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni. Całkowita wartość projektu 72 385 891,64 zł, w tym RPO WiM (74,46%) - 49 996 053,03 zł, wkład własny szpitala (25,54%) - 22 389 838,61 zł

- Zdążyć przed rakiem – doposażenie Oddziału Gastroenterologicznego z Pracownią Endoskopową w sprzęt i aparaturę medyczną do diagnostyki i leczenia nowotworów przewodu pokarmowego. Całkowita wartość projektu 1 452 198,41 zł. Wydatki kwalifikowalne 1 273 852,46 zł, w tym RPO WiM (80%) - 1 019 081,97 zł, wkład własny szpitala 433 116,44 zł, w tym 20% wydatków kwalifikowalnych - 254 770,49 zł.

**Środki pozyskane z Unii Europejskiej w ramach RPO WiM - 51 015 135 zł.**

**Całkowita wartość projektów - to ponad 53 600 000 zł.**

**Alicja Biernacka**

# Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

**W Polsce ma powstać 11 centrów urazowych, które mają zapewnić kompleksową pomoc między innymi ofiarom wypadków. Takie rozwiązania zakłada nowelizacja ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Ministerstwo Zdrowia zdecydowało, że Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie będzie centrum urazowym dla Warmii i Mazur.**

Środki na tworzenie centrów urazowych będą pochodziły ze środków unijnych, które podzieli resort zdrowia. Centra zajmą się diagnostyką i kompleksowym leczeniem ofiar wypadków. W Polsce blisko 3 mln osób rocznie ule-

ga obrażeniom ciała: 300 tys. spośród nich wymaga hospitalizacji, a 30 tys. umiera. Śmiertelność po urazach wynosi u nas 75 na 100 tys. mieszkańców, tj. o 50 proc. więcej niż np. w Stanach Zjednoczonych lub krajach Europy

Zachodniej. Urazy są jedną z trzech najczęstszych przyczyn nagłych zgonów w Polsce.

Powstanie centrów urazowych przewiduje nowelizacja ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym



(PRM). Główny cel to umożliwienie pacjentom dostępu do szybkiej diagnostyki i kompleksowego leczenia w jednym miejscu.

Centra zabezpieczą ciągłość szybkiego postępowania diagnostycznego oraz kompleksowe leczenie „pacjentów urazowych” w jednym, wysokospecjalistycznym szpitalu. Funkcjonowanie centrów urazowych przyczyni się do zmniejszenia powikłań, obniżenia wysokiej śmiertelności i kalectwa pourazowego. Centra urazowe stanowią będą również bazę dydaktyczną i szkoleniową dla kadry medycznej zapewniającą szkolenie w zakresie aktualnych, światowych standardów diagnostycznych i leczniczych.

Taka organizacja udzielenia świadczeń zmniejszy koszty leczenia i rehabilitacji pacjenta urazowego. Świadczenia zdrowotne będą udzielane na podstawie interdyscyplinarnych działań realizowanych i konsultowanych w jednym szpitalu przez zespół lekarzy posiadających tytuł specjalisty z odpowiednich dziedzin medycyny – w zależności od stanu zdrowia pacjenta urazowego oraz specjalistycznych oddziałów zabiegowych, znajdujących się w strukturze centrum urazowego. Zespół ten określany jest w ustawie

jako „zespół urazowy” (TRAUMA TEAM). Zespół urazowy będzie udzielał pomocy pacjentowi urazowemu już w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Do 31 grudnia 2013 r. przewiduje się okres przejściowy, który umożliwi szpitalom dostosowanie się do wymogów organizacyjnych, niezbędnych dla centrów urazowych. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentom urazowym odbywać się będzie oddzielnie dla każdego zakresu świadczeń, na zasadach i w trybie określonym w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

W związku z zatwierdzeniem przez Ministerstwo Zdrowia naszego szpitala jako jednostki, w ramach której utworzone zostanie centrum urazowe, istnieje możliwość realizacji tej inwestycji w trybie indywidualnym w ramach priorytetu XII Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środo-



wisko. W tym celu Szpital przygotował niezbędne informacje do zgłoszenia przedsięwzięcia jako projektu indywidualnego. Tzw. „fiszka projektowa” powstała w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji przy współpracy pionu technicznego oraz ordynatorów oddziałów zabiegowych. Wysokość dofinansowania projektu wynosi ponad 11 mln zł, z czego 85% stanowią środki pochodzące z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, a 15% to wkład własny.

**Alicja Biernacka**

## Szkolimy się

**W dniach 21 - 24 października 2009 roku w Bydgoszcy odbył się III Kongres Naukowo-Szkoleniowy Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran pod hasłem „Sztuka leczenia ran przewlekłych”.**

W Kongresie uczestniczyli wybitni specjaliści z Polski i z zagranicy, w tym również z Europejskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Patronat nad Kongresem objęła Minister Zdrowia Ewa Kopacz, Komitetowi Naukowemu przewodniczył prof. Arkadiusz Jawień, prezes PTLR.

Tematem kongresu była szeroko rozumiana opieka nad chorym z raną przewlekłą, a wiodącymi zagadnieniami były najnowsze osiągnięcia w zakresie profilaktyki i leczenia ran przewlekłych oraz metody ogólne i miejscowe leczenia ran przewlekłych, np. żylnych owrzodzeń goleni, odleżyn, oparzeń, stopy cukrzycowej, ran pourazowych i innych, edukacja w zakresie leczenia ran przewlekłych, modele opieki nad pacjentem z raną przewlekłą.

Na szczególną uwagę zasłużyły prezentacje dotyczące:

- zastosowania larw *Lucilla sericata* w leczeniu ran przewlekłych – dr Leszek Masłowski z Wrocławia,
- interdyscyplinarne podejście w leczeniu zespołu stopy cukrzycowej oraz możliwości oszczędności dla jednostek budżetowych - prof. Michael Edmonds z Londynu,
- TIME – strategia w leczeniu rany przewlekłej – prof. Arkadiusz Jawień z Bydgoszczy,
- stopa cukrzycowa jako powikłanie cukrzycy – dr Teresa Koblik z Krakowa,
- zastosowanie uszypułowanych płatów sieci większej w leczeniu zainfekowanych ubytków tkanek miękkich i ropnych zapaleń kości – dr Adam Domanasiewicz z Trzebnicy,
- zastosowanie autologicznego żelu płytkowo - fibrynowego w leczeniu ran przewlekłych – dr Leszek Masłowski z Wrocławia,
- działania pielęgniarki w leczeniu owrzodzeń żylnych podudzi w oparciu o model D.Orem – mgr Ewa Goroszkiewicz z Olsztyna.

Oprócz części naukowej zapewniono

uczestnikom szereg atrakcji, m.in. występ kabaretu Laskowika. W Kongresie uczestniczyło około 1000 osób.

**Maria Kowalska**



**Od lewej: Ewa Jackowska - pielęgniarka opatrunkowa, Maria Kowalska - pielęgniarka oddziałowa - Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz Chirurgii Naczyniowej**

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.



# Kto dba o nasze bezpieczeństwo ?

Od sierpnia 1985 r. pracuje w naszym szpitalu osoba, którą prawie wszyscy znają, bo jak nie znać kogoś, kto dba o nasze bezpieczeństwo. Pani Elżbieta Kubit swoją pracę w naszym szpitalu rozpoczęła na stanowisku inspektora BHP. Osobą wprowadzającą ją we wszelkie tajniki naszego szpitala była Pani Krystyna Budkiewicz, która swoją pracę w komórce BHP rozpoczęła miesiąc wcześniej niż pani Ela Kubit, ale w szpitalu wojewódzkim pracowała już dużo dłużej. Obie panie stworzyły bardzo zgrany duet.

Pani Ela opowiada: „Pracowałyśmy razem 7 lat, aż do bardzo ciężkiej choroby Krysi. Było to dla mnie najbardziej traumatyczne przeżycie, jakie pamiętam w przeciągu moich wszystkich lat pracy. Krysia odeszła z pracy, a ja zostałam sama w komórce, która już dość mocno wrosła w strukturę szpitala. Jestem z wykształcenia magistrem pedagogiki i można by się zastanawiać, czy moje kwalifikacje były wtedy odpowiednie. Okazuje się, że ze względu na fakt, iż praca inspektora BHP polega na stałym kontakcie z ludźmi, a w szczególności są to różnego rodzaju liczne szkolenia, doświadczenie pedagoga, jakie już posiadałam bardzo mi się przydawało i przydaje do dzisiaj. Poza tym już na samym początku pracy przesłam kurs dla inspektora służb BHP. W czasie całej swojej kariery zawodowej uczestniczyłam w wielu szkoleniach dotyczących przepisów i zasad BHP.

Wszystkie te szkolenia zakończyłam uzyskaniem certyfikatów. Czym więcej wiedzy uzyskiwałam z dziedziny dotyczącej bezpieczeństwa i higieny pracy tym bardziej odczuwałam ciężar odpowiedzialności, jaki na mnie spoczywał. W latach 80-tych w naszym szpitalu pracowało ok. 1600 osób, była to więc ogromna firma, a każdą osobę trzeba było przeszkolić. Poza tym była

*„Wzajemna pomoc i wspólna praca zbliża ludzi do siebie i ich jednoczy.”*

również duża rotacja wśród pracowników, do szpitala cały czas przychodzili nowi ludzie wymagający przeszkolenia. Przygotowanie wszelkich materiałów wymagało wiele pracy, jak w każdym biurze z tym, że wtedy nikt nie korzystał z komputera, ani z Internetu. Wszystko pisaliśmy na maszynie, a i kserokopiarka nie była tak ogólnie dostępna.

Praca inspektora BHP to stałe doszkalanie się, gdyż wraz z rozwojem szpitala, powstawaniem nowych komórek, przybywało nowych technologii, co stanowiło coraz większe wyzwanie. Wypadkowość w pracy była co prawda większa, ale wynikało to z faktu, że do wypadków przy pracy ówczesna ustawa zaliczała również wypad-

ki w drodze do pracy. Tak naprawdę w całej mojej pracy nie wydarzył się żaden poważny wypadek. Najczęściej są to urazy spowodowane potknięciem, poślizgnięciem lub nadmiernym dźwiganie zbytniego ciężaru. Nowe uregulowania prawne i na pewno większa świadomość wśród pracowników, dzięki wdrażanym normom, procedurom i prowadzonym systematycznie szkoleniom różnego rodzaju sprawiły, że statystyka wypadkowości jest obecnie dużo mniejsza.

Po odejściu Krysi Butkiewicz następne 7 lat pracowałam sama. Lata 90-te przyniosły zmiany. Zmniejszyła się liczba zatrudnionych osób, natomiast wprowadzane były coraz to nowsze technologie i specjalistyczna aparatura medyczna. Każda z tych nowości cieszyła nas, gdyż świadczyło to o rosnącej pozycji szpitala w środowisku lokalnym i nie tylko. Nie odczuwało się w relacjach międzyludzkich podziałów, a wszyscy staraliśmy się tworzyć zespół oparty na wzajemnej życzliwości i wsparciu. Końcówka lat 90-tych zaowocowała utworzeniem



Elżbieta Kubit, kierownik Sekcji BHP i P.poż



Janusz Szewczyk i Zbigniew Łupina podczas szkolenia

przez pana dyr. A. Kaczmarka sekcji BHP i P.poż. – już nie byłam sama. Dołączyli do mnie Janusz Szewczyk, Inspektor ds. BHP i Franciszek Jackowski, inspektor ds. P.poż. Miałam więc do pomocy dwóch kompetentnych i sympatycznych kolegów. Ja zostałam kierownikiem sekcji. Wszystko to sprawiło, że praca komórki stała się jeszcze bardziej prężna.

Nasza sekcja prowadzi i koordynuje szkolenia z ogólnych zasad i przepisów BHP oraz jest organem opiniodawczym z tego zakresu. Prowadzimy kontrole stanowisk pracy, zlecamy pomiary badań środowiskowych, opracowujemy i oceniamy ryzyko na stanowiskach pracy. Jest to tylko część z naszych obszernych obowiązków. Sami również rozszerzamy i pogłębiają swoją wiedzę. Ostatnim osiągnięciem jest ukończenie przez naszego kolegę Janusza Szewczyka tytułu technika BHP, uzyskał on certyfikat międzynarodowy. Od 2008 r.



Od lewej: Elżbieta Kubit, Franciszek Jackowski, Janina Baczevska - 8 marca 1996r.

na stanowisko inspektora ds. P.poż. zamiast Franciszka Jackowskiego, przyszedł do naszej sekcji Zbyszek Łupina. Ten energiczny i pełen zapału człowiek, jest z pewnością już wszystkim znany dzięki intensywnym szkoleniom i kontrolom, które prowadzi w naszym szpitalu. Oprócz wyżej wspomnianych działań, sekcja nasza przy współudziale Państwowej Straży Pożarnej rokrocznie przygotowuje i organizuje pozorowane ćwiczenia pożarowe, których głównym celem jest przygotowanie personelu i budynków do ewentualnego zagrożenia pożarem, wybuchem itp. Cieszę się, że jako sekcja tworzymy zgrany i profesjonalny zespół, dlatego nasza praca jest nie tylko obowiązkiem, ale także pasją.”

wysłuchała Barbara Szymczuk

# Praca jak marzenie

Rozmawiamy z Panią Katarzyną Wilczewską, która od 1.03.09 r. piastuje stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Rehabilitacyjnego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

**- Pani Kasiu, czy zawód pielęgniarki jest zawodem wymarzonym przez Panią, czy jest to może kwestia przypadku?**

- Jako dziecko długo chorowałam, a skutki tej choroby towarzyszyły mi również w okresie dojrzewania. Istniało duże prawdopodobieństwo, że nie będę mogła chodzić. Wtedy to właśnie pomyślałam, że gdybym była zdrowa, to chciałabym pomagać ludziom jako lekarz. Bardzo podobała mi się praca pielęgniarek i lekarzy w szpitalu. Szczególnie tajemnicze wydawały mi się nocne dyżury, kiedy to przy pacjencie nie ma nikogo z rodziny i tak naprawdę personel medyczny ma ogromny wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo pacjenta.

Kiedy okazało się, że będę zdrowa, po zdaniu matury spróbowałam swoich sił na egzaminie do Akademii Medycznej w Łodzi. Niestety nie udało mi się tam dostać. Nie zrezygnowałam jednak i ukończyłam pielęgniarskie studia licencjackie na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie, a następnie magisterskie studia uzupełniające na Akademii Medycznej w Gdańsku, również z pielęgniarstwa. Później ukończyłam studia podyplomowe z zakresu zarządzania i marketingu w służbie zdrowia na UWM.

**- Czy to jest Pani pierwsza praca?**

- Tak, po studiach rozpoczęłam pracę właśnie w tym szpitalu. Kiedy myślałam o miejscu pracy, to właśnie Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie był moim marzeniem. Przełożona pielęgniarek Pani Taraszkiewicz zaproponowała mi do wyboru 5 oddziałów, ale najbardziej przypadł mi do gustu właśnie oddział rehabilitacyjny.

**- Czy o wyborze tym zdecydowały Pani wcześniejsze problemy z dzieciństwem?**

- Zapewne częściowo tak. Moje leczenie polegało również na rehabilitacji. Czasami w takich właśnie sytuacjach łatwiej jest zrozumieć cierpienie innych dotkniętych podobną chorobą.

**- Czy Pani wyobrażenia o pracy pielęgniarki pokryły się z tym, co przyniosła rzeczywistość?**



- Na pewno na studiach nie jesteśmy w pełni świadomi wszystkich realiów zwłaszcza, że wielu zabiegów uczymy się wykonywać na fantomach. Pacjenci niechętnie darzą zaufaniem jeszcze nie w pełni wykwalifikowaną kadrę.

**- Jest Pani młodą osobą, a piastuje już tak odpowiedzialne stanowisko...**

- Nie spodziewałam się tak szybkiego awansu. Początek oczywiście był bardzo trudny. Powstawał na nowo oddział, w którym wszystko trzeba było zorganizować właściwie prawie od początku. Zbudowana została nie tylko nowa infrastruktura, ale i nowy zespół ludzi. Wiele pielęgniarek przyszło z innych oddziałów, każdy miał swoje przyzwyczajenia i swój pomysł na pracę w nowym zespole. Wszyscy potrzebowaliśmy trochę czasu, aby lepiej się poznać. Dużo było również pracy związanej z dokumentacją i organizacją pracy w oddziale. Ogromną pomocą służyły mi koleżanki oddziałowe z innych oddziałów. Szczególnie podziękowania kieruję do Pani Bożenki Rusewicz, ale również do Marty Rusin i Tereski Berkolec. Teraz na pewno jest już dużo łatwiej, ale oddział w takiej formie istnieje od 9.02.2009 r., to jest niecały rok i jeszcze wszystko jest w trakcie „docierania”, ale jest już zdecydowanie łatwiej.

**- Życzę więc Pani wiele radości i satysfakcji z wykonywanej pracy oraz dziękuję za wywiad.**

Barbara Szymczuk

# Prawnik i menadżer

Zwyczajem naszego kwartalnika stały się już artykuły przedstawiające nowozatrudnione osoby, zajmujące kierownicze stanowiska w Szpitalu. W tym numerze przyszła kolej na Panią Beatę Terlikowską, która od pół roku jest kierownikiem Sekcji Rejestracji i Dokumentacji Chorych.

**- Proszę powiedzieć, gdzie Pani wcześniej pracowała i kiedy tak naprawdę rozpoczęła Pani pracę w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie?**

- 1 marca 2009 przejęłam obowiązki kierownika Sekcji Dokumentacji i Rejestracji Chorych, na czas nieobecności Pani Joanny Celmer. Od 1 lipca 2009 roku obowiązki te zostały mi powierzono już na stałe. Wcześniej przez 8 lat pracowałam w Szpitalu Powiatowym w Biskupcu. Przez pewien czas zajmowałam się statystyką i rozliczeniami z NFZ, następnie sprawami organizacyjno- prawnymi szpitala. Byłam tam również pełnomocnikiem dyrektora ds. zintegrowanego systemu zarządzania jakością, gdzie koordynowałam wprowadzanie trzech certyfikatów jakości.

**- Kiedy obejmowała Pani stanowisko kierownika Sekcji Dokumentacji i Rejestracji Chorych, to wiedziała Pani z czym się ta praca wiąże?**

- Jak najbardziej. Znam tę pracę od podszewki, można powiedzieć, że doznałam pewnego rodzaju deja vu. Wprawdzie Powiatowy Szpital w Biskupcu jest mniejszy od WSS w Olsztynie, ale również posiada taką komórkę, w której obecnie pracuję. Tak więc nic mnie tu nie zaskoczyło. Każdy szpital boryka się z tymi samymi problemami, związanymi z przechowywaniem dokumentacji, kolejkami do specjalistów w rejestracjach, ze skargami pacjentów, nadzorem nad dokumentacją tworzoną w oddziałach szpitalnych. Różnica polega jedynie na tym, że w WSS w Olsztynie jest podział kompetencyjny między statystyką, a rozliczeniami z NFZ, czego w małych szpitalach nie ma, bo tym zajmuje się jeden dział. To rozdzielenie obowiązków w naszym szpitalu jest jak najbardziej zasadne, ze względu na liczbę hospitalizacji pacjentów i wykonywanych procedur.

**- Czy wprowadziła Pani jakieś zmiany w pracy Sekcji Dokumentacji i Rejestracji Chorych?**

- Przede wszystkim swoją pracę zaczęłam od zapoznania się z dokumentami, które obowiązują nie tylko w naszej komórce, ale i w Szpitalu, np. z systemem jakości. Musiałam poznać moich pracowników, ich zakresy obowiązków, zadania, dopiero później zorganizowałam pracę w taki sposób, aby była sprawniejsza, łatwiejsza, a tym samym i przyjemniejsza. W rejestracjach wprowadziliśmy kolorystykę kopert przyporządkowaną do poszczególnych poradni po to, aby łatwiej było zarządzać dokumentacją. Jest jej bardzo dużo i ustalenie koloru kopert bardzo ułatwił obieg dokumentacji, która po prostu przestała się mylić i zapanował w niej porządek. Modernizowany jest również system przechowywania dokumentacji medycznej - archiwalnej, poprzez remont pomieszczeń przeznaczonych na archiwum. Problem tkwi w tym, że brakuje nam miejsca na przechowywanie dokumentacji, jak również nie spełniamy odpowiednich warunków przy jej archiwizowaniu. A przepisy są bezlitosne, mało tego, stale wydłużają się lata przechowywania dokumentacji. Byliśmy w patowej sytuacji, ponieważ powierzchni nam nie przybywało, a z roku na rok jednak wzrasta liczba pacjentów i dokumentacja sama w sobie staje się coraz bardziej obszerna. Zainstalowanie więc przesuwanych regałów pozwoli na zwiększenie liczby przechowywanej dokumentacji na określonym obszarze i maksymalne wykorzystanie powierzchni. Zmodernizowany zostanie również system ogrzewania i wentylacji. Pozwoli to na zachowanie odpowiedniej temperatury i wilgotności, co również jest wymagane przez przepisy prawne.

**- Jakie ma Pani plany związane z rozwojem Sekcji?**

- Ważnym aspektem dla mnie jest budowanie zgranego zespołu ludzi. Uważam, że w pojedynkę nie da się nic osiągnąć, dlatego musimy być zintegrowani, mieć świadomość zakresu swoich obowiązków, ale też wiedzę, po co jesteśmy i ile ta komórka znaczy dla całej struktury szpitala. W najbliższym czasie planuję szkolenia z „ob-



slugi klienta” szczególnie trudnego i różnego rodzaju szkolenia merytoryczne, ponieważ pracownicy muszą być na bieżąco we wszelkich zmianach przepisów. Bardzo bym chciała, aby w przyszłości pojawiła się możliwość uczestniczenia pań rejestratorek w darmowym kursie języka angielskiego, finansowanym np. ze środków Unii Europejskiej. Jesteśmy szpitalem wojewódzkim i chciałabym, aby pracownicy w mojej sekcji, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentem, chociaż w sposób podstawowy potrafili nawiązać kontakt z obcokrajowcem. W planach mam również odświeżenie wszystkich procedur i instrukcji, które funkcjonują w zakresie archiwizacji dokumentacji medycznej, jej udostępniania, przechowania. Są po prostu pewne rzeczy, które nie zostały uregulowane i zajmę się tym w najbliższym czasie.

**- Skończyła Pani Wydział Prawa na gdańskim uniwersytecie oraz studia podyplomowe z zarządzania i marketingu w służbie zdrowia. Czy takie wykształcenie jest przydatne na zajmowanym przez Panią stanowisku?**

- Jest bardzo pomocne i potrzebne dlatego, że na bieżąco muszę śledzić zmiany w przepisach prawnych i zarządzeniach narodowego Funduszu Zdrowia, muszę wiedzieć jakie są obowiązki szpitala i prawa pacjentów, a studia prawnicze nauczyły mnie odpowiedniej interpretacji przepisów prawnych. Studia podyplomowe dały mi z kolei wiedzę dotyczącą funkcjonowania ochrony zdrowia w naszym kraju.

**- Dziękuję za rozmowę.**

**Magdalena Kantorczyk**

# Inwestycja z przymrużeniem oka

Nasz szpital nieustannie się rozwija, obok wielkich inwestycji, takich jak budowa bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni, powstają też mniejsze budowle. Właśnie jedną z nich chcielibyśmy dziś przedstawić.

Na łamach *Pulsu* pisaliśmy już o „puszkowej rzeźbie”. Wtedy można było podziwiać piramidę, która była załącznikiem modernistycznej, szpitalnej sztuki. Dziś „budowniczości” dorobili blat oraz nogę. Tymi zdolnymi artystami są pracownicy Sekcji Informatycznej w składzie: Marcin Sułkiewicz przewodniczący, Radek Kowalski, Mariusz Właźlak i Jacek Kozicki. A jak powstała rzeźba? – *Latem 2002 roku odwiedziła mnie Elżbieta Kubit, która jako kierowniczka Sekcji BHP sprawdzała temperaturę pomieszczeń. Ponieważ było gorąco, należało schłodzić organizm. Na korytarzu stał automat wiodącej firmy z branży napojów chłodzących. Pierwszą pustą puszkę*

*ustawiliśmy na podłodze z zamiarem stworzenia dzieła sztuki nowoczesnej. Dzisiaj widać efekt – mówi Marcin Sułkiewicz. Puszkowa piramida wzbudza duże zainteresowanie. Najczęściej padają pytania o sposób, w jaki się ona utrzymuje. Z dużą ostrożnością przechodzą do niej panie sprząające, które nie są świadome, że ta konstrukcja została sklejona. Całe szczęście udało się ukończyć rzeźbę zanim zabrano z ko-*

*rytarza materiał budowlany czyli automat z colą. Wszyscy panowie dzielnie uczestniczyli w opróżnianiu puszek. Dzięki temu możemy podziwiać ten pomnik kreatywności, wspaniałej wyobraźni przestrzennej i zmysłu matematycznego (rzeźba nie przewraca się!). Obyśmy sobie tak radzili ze wszystkimi naszymi inwestycjami.*

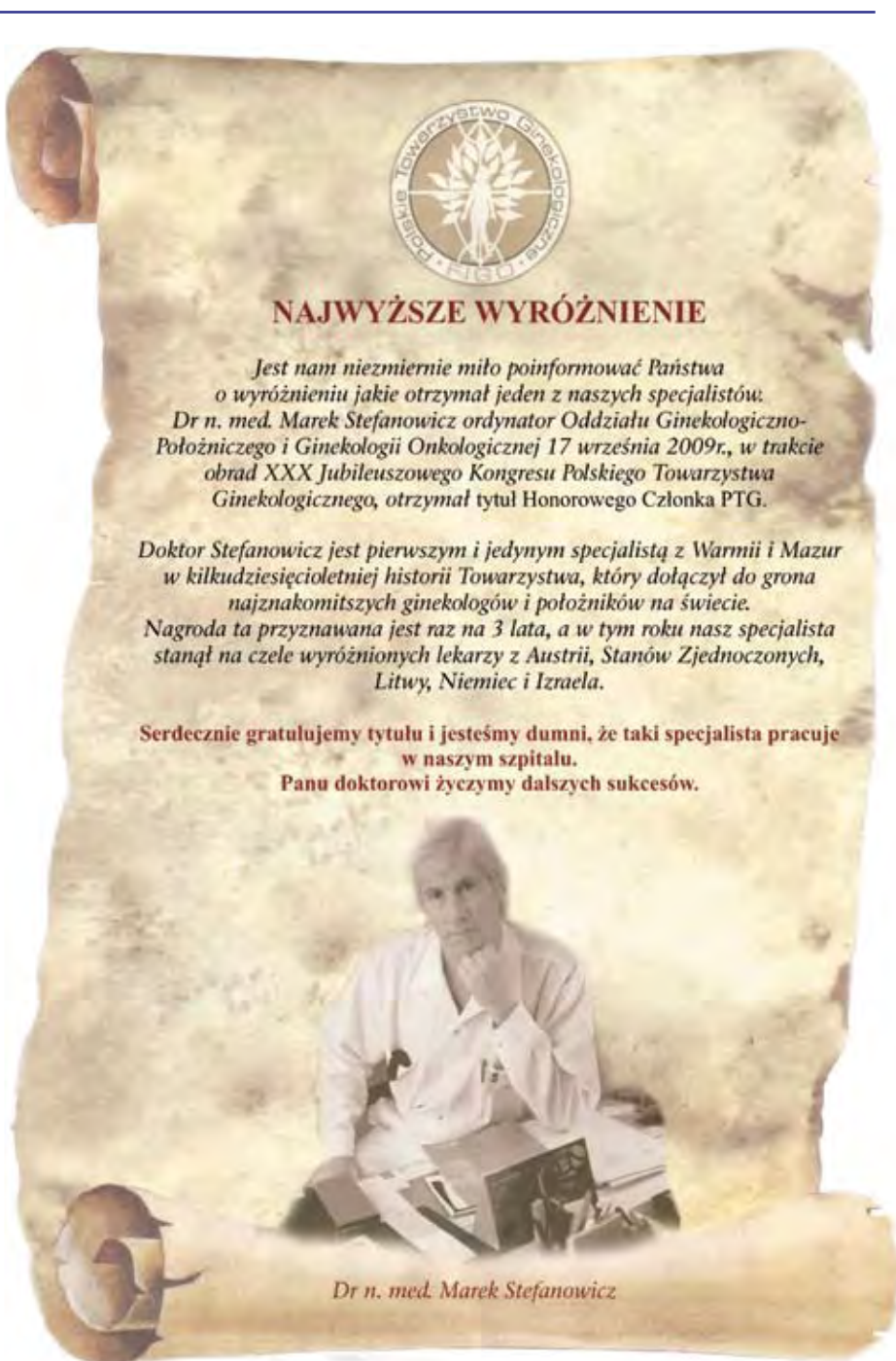
core



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

## Metryczka rzeźby:

- liczba puszek – 426 szt.
- liczba twórców – 4 os.
- koszt rzeźby – 639 zł
- czas powstawania dzieła – 7 lat
- liczba wypitych kalorii – 59 214 cal
- ilość spożytego cukru – 15 kg
- budowana tylko po godzinach pracy
- wartość złomu – 12,78 zł
- rzeźbę można oglądać od pon. do pt. w godz. 15.05 - 16.00 w Sekcji Informatycznej



# „Zdrowie jest najpierwszym darem...”

## **Pani Dyrektor,**

Na ręce pani Dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala w Olsztynie chciałabym złożyć podziękowania dla tak wspaniale prosperującego Oddziału Kardiologii w Pani Szpitalu. Od 5 lat jestem osobą dializowaną, po kilku zawałach, udarze, wyczerpaniu organizmu. Mój stan z dnia na dzień pogarszał się. Przebywałem w różnych Klinikach, gdzie nie dawano mi szansy życia z uwagi na ciężkie uszkodzenia serca, jak również przeżycia ciężkiej operacji kardiologicznej. Dopiero trafiając w czerwcu 2009 roku do dr. n. med. Piotra Żelaznego – Ordynatora Oddziału Kardiologii dano mi nadzieję i szansę na dalsze życie. Dr Piotr Żelazny podjął się przeprowadzenia bardzo skomplikowanej operacji serca. Dzięki tej operacji żyję i funkcjonuję dobrze. Precyzja, doświadczenie, wiedza dr. Piotra Żelaznego i kierowanego przez niego zespołu medycznego przyczyniła się do uratowania mego życia. Poświęcenie i zaangażowanie lekarzy, włożenie tyle wkładu w ratowanie życia ludzkiego, przedstawia Piotra Żelaznego jako lekarza o fachowej wiedzy, wielkim sercu i jeszcze większej duszy. Bez fachowej opieki w okresie pooperacyjnym nie byłbym w stanie przeżyć nawet doby. Rokowania, prognozowanie i założenia medyczne tych lekarzy równają się fenomenowi danej dziedziny. Poświęcenie się pracy, oddanie ratowaniu życia ludzkiego ukazuje Piotra Żelaznego i kierowany przez niego zespół jako lekarzy oddanych do końca swojej pracy i ludziom chorym. Z całego bijącego serca chciałbym podziękować Pani Dyrektor za posiadanie w swoim szpitalu takiego fachowca-lekarza jakim jest Piotr Żelazny.

## **Pacjent Piotr Beczyński**

### **Podziękowanie,**

Serdecznie dziękuję lekarzom oraz pielęgniarkom Oddziału Neurochirurgicznego za opiekę medyczną podczas mego pobytu w oddziale, za wykonany zabieg, który pomógł mi wrócić do normalnego życia.

Wdzięczny pacjent  
**Józef Szajba**

Tak się złożyło, że znów moja mama – Irena Dudaniec – została pacjentką Oddziału Nefrologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Tym razem także jestem ogromnie wdzięczna za tak troskliwą opiekę i ogromną serdeczność, z którą spotykam się na każdym kroku. To ogromne, wielkie serce okazywane zarówno pacjentowi, jak i jego najbliższemu pozwala wierzyć, że jeszcze będzie dobrze. Tak więc raz jeszcze składam serdeczne wyrazy podziękowania Panu Ordynatorowi Oddziału Nefrologicznego, Pani Doktor (prowadzącej moją mamę) oraz całemu Zespołowi Pielęgniarskiemu okazującemu tak wielką wyrozumiałość. W imieniu mamy i własnym serdecznie dziękuję.

Z poważaniem  
**Krystyna Ratajczyk**

## **Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa,**

Z nieskrywaną przyjemnością składamy na Pani ręce podziękowania za profesjonalną opiekę, życzliwość oraz zaangażowanie, a nade wszystko serdeczność, uśmiech i wyrozumiałość ze strony personelu pielęgniarskiego, z którym mieliśmy okazję zetknąć się podczas pobytu na Oddziale Rehabilitacji tutejszego Szpitala. Ogromne zaangażowanie w świadczonej pracę, profesjonalne podejście do chorych, uprzejmość, czynność oraz takt w kontaktach z pacjentami i odwiedzającymi ich członkami rodzin, pozwalają nam mieć nadzieję, że mimo trudnej sytuacji służby zdrowia prezentowane przez wskazanych pracowników wartości uniwersalne będą kreować bardzo dobre opinie o wszystkich pracownikach służby zdrowia.

Prezentowana przez wymienionych postawa dowodzi, że można jeszcze zetknąć się z pielęgniarkami/pielęgniarzami, którzy w wykonywanej pracy odnajdują swoje powołanie, pomoc chorym sprawia im radość, daje satysfakcję. Prosimy raz jeszcze przyjmując wyrazy uznania za posiadanie w swoich szeregach tak doskonałych specjalistów.

Z wyrazami szacunku  
**Pacjenci z Oddziału  
Rehabilitacji**

**Pani Dyrektor,**

Byłam pacjentką Oddziału Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej. Na ręce Pani Dyrektor chcę złożyć serdeczne podziękowania lekarzom, pielęgniarkom, rehabilitantom, pomocy medycznej za okazaną pomoc, życzliwość, słowa otuchy (które są tak potrzebne choremu).

Chcę zaznaczyć, że począwszy od Pogotowia, SOR-u i w/w Oddziale spotkałam się z troską i bardzo dobrą opieką, za co jeszcze raz bardzo dziękuję.

Z poważaniem

**Aleksandra Grzemska**

Człowiek jest wielki nie poprzez to, co posiada lecz przez to, kim jest; nie przez to, co ma lecz przez to, czym dzieli z się innymi. (Jan Paweł II)

Podziękowania Panu dr. Jackowi Nowakowi za uratowanie naszego syna, troskliwą opiekę, ogromne zaangażowanie, a przede wszystkim za zrozumienie drugiego rodzica, optymizm i słowa otuchy w ciężkich chwilach.

Bezgranicznie wdzięczni

**rodzice Michała Jarmolowicza**

Wyrazy szacunku i podziękowania dla Pana Ordynatora, Lekarzy oraz Zespołu Pielęgniarskiego Oddziału Nefrologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie przesyła córka pacjentki Ireny Dudaniec. Jestem wdzięczna za włożony wysiłek, troskliwość oraz doskonałą współpracę w dążeniu do „postawienia mamy na nogi”. Za-uważałam, że zawsze mogę liczyć na fachową pomoc i wyrozumiałość. W imieniu mamy i własnym serdecznie dziękuję.

Z poważaniem

**Krzyszyna Ratajczyk**

**Pani Dyrektor,**

Za Pani pośrednictwem składam szczególne podziękowania ordynatorowi, lekarzom i pielęgniarkom Oddziału Okulistycznego za wykonanie operacji zaćmy. Dzięki Pani pomocy i zaangażowaniu wielu lekarzy specjalistów szpitala, którym Pani kieruje mogę nadal pracować i podziwiać piękno tego świata. Życząc sukcesów i pomyślności, pozostaję z szacunkiem i wdzięcznością.

**Tadeusz Kulig**

**Dyrekcja,**

Chciałabym wyrazić moje szczere zadowolenie z pracy personelu tutejszego szpitala. Byłam pacjentką na oddziale położniczym przez ponad tydzień. Wszystkie położne bardzo rzetelnie wykonywały swoje obowiązki, okazując należny każdej pacjentce szacunek, były bardzo miłe i pomocne, co zapewne ułatwiało pacjentkom powrót do zdrowia, bynajmniej w moim odczuciu. Bywałam w różnych szpitalach, jednak w każdym z nich choć kilka osób z personelu zachowywało się tak, jakby przychodziło do pracy „za karę”. Natomiast w tym szpitalu mam wrażenie, że wszystkie położne (bez wyjątku) wykonują swą pracę „z powołania”, zawsze z uśmiechem i dobrym słowem.

Podczas mojego pobytu mogłam zawsze liczyć na pomoc każdej z Pań i ani razu (mimo, iż oddział był przepełniony, więc Panie miały sporo pracy) nie usłyszałam słów „zaraz” lub „teraz nie mogę”. Za każdym razem udzielano mi odpowiedzi bądź spełniano moją prośbę. Wielokrotnie również byłam pytana, czy wszystko w porządku lub czy czegoś nie potrzebuję. Tak powinna wyglądać troska o pacjentów w każdym szpitalu.

Również grono lekarzy nigdy nie odmówiło mi szczegółowych wyjaśnień i odpowiedzi na wszelkie nurtujące mnie pytania, dotyczące stanu mojego zdrowia. Uważam, że słowa pochwały słusznie należą się całemu personelowi oddziału, łącznie z Paniąmi sprzątajkami.

Życzylabym sobie i innym pacjentom, aby w każdym szpitalu można było liczyć na opiekę sprawowaną przez taki właśnie personel, dla którego pacjent jest ważny.

**Dorota Janecka**

**Oddział Neurochirurgii,**

Pragniemy wyrazić serdeczne podziękowania za opiekę oraz nadzwyczaj skuteczne i szybkie leczenie naszego pracownika, pana Stanisława Bagińskiego. Budzi to nasze uznanie i podziw dla zespołu Waszego Oddziału. Z wyrazami uznania i szacunku

**Zarząd AKS Budownictwo Sp. z o.o.  
w Biskupcu wraz  
z załogą**

# Prawa pacjenta w szpitalu i w ustawie

**Prawa pacjenta to zagadnienie, które od wielu lat stanowi istotny element dyskusji zarówno na forum światowym, europejskim jak i poszczególnych krajów. Rozwój i złożoność systemów opieki zdrowotnej, rozwój wiedzy i technologii medycznych oraz dążenie ludzi do samodecydowania o własnym zdrowiu jest powodem nieustających rozważań i kontrowersji.**

Kwestie związane ze służbą zdrowia, z tym prawami pacjenta, regulowane są zarówno przez ustawodawstwo wspólnotowe, jak i prawodawstwo każdego z państw członkowskich. Jednym z dokumentów na poziomie Europejskim jest Europejska Karta Praw Pacjentów. Prawa w niej zawarte są odzwierciedleniem praw podstawowych i jako takie, muszą być uznawane i przestrzegane w każdym kraju. Karta jest skierowana do wszystkich osób uznając, że fakt istnienia takich różnic jak wiek, płeć, wyznanie religijne, status społeczno-ekonomiczny, itp., może wpływać na indywidualne potrzeby w kwestii opieki zdrowotnej.

W prawodawstwie polskim z zagadnieniem praw pacjenta spotykamy się od kilkunastu lat. Pierwsze zapisy noszące tytuł Prawa Pacjenta, spotykamy w Ustawie o zakładach opieki zdrowotnej z 1991r. W miarę rozwoju uregulowań prawnych w działalności medycznej pojawiały się kolejne zapisy odnoszące się do praw ogółu pacjentów, bądź poszczególnych grup pacjentów. Były to: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 1994r., Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z 1995r., Ustawa o zawodzie lekarza z 1996r., Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z 1996r. Niektóre zakłady opieki zdrowotnej wkraczając na drogę doskonalenia jakości opieki, tworzyły własne katalogi praw pacjenta i przyjmowały jako obowiązujące w swojej działalności. W naszym Szpitalu w 2002r. opublikowano, wyeksponowano i przyjęto do zastosowania katalog praw opracowany na podstawie Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zawiera on prawo do:

- świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej możliwych do przeprowadzenia w naszym szpitalu oraz współpracujących,
- uzyskania informacji o stanie zdrowia, planowanych i możliwych zabiegach diagnostyczno – terapeutycznych,
- wyrażania zgody na udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy po uzyskaniu odpowiedniej informacji,
- dodatkowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej przez osobę bliską lub inną wskazaną, intymności i poszanowania godności osobistej,
- kontaktu osobistego, telefonicznego, korespondencyjnego,
- opieki duszpasterskiej.

Szczegółowa interpretacja tych praw oraz opis działań sprzyjających ich przestrzeganiu opisane zostały w procedurach i standardach, np.: PRIV.PA1- Informowanie o prawach pacjenta, PRIV.PA2 - Informowanie pacjenta o stanie zdrowia, PRV.P4 - Świadome wyrażanie zgody pacjenta na zabiegi i badania, PRIV.PA5 - Uczestnictwo krewnych lub opiekunów w opiece nad pacjentem, PRII.PA1- Identyfikacja personelu przez pacjenta, PRIV.PA8 - Opieka duszpasterska, PRVI.PJ5 - Postępowanie z depozytami, itd.

W kwietniu 2009r. została opublikowana Ustawa: Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia. Ustawa ta wprowadziła w życie Ustawę z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która określa m.in. prawa pacjenta oraz tryb powoływania, odwoływania i kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta.

W ramach regulacji ustawowych określono m.in.:

- prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych,
- prawo pacjenta do informacji i tajemnicy informacji o pacjencie,
- prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych,
- prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta,
- prawo pacjenta do dokumentacji medycznej,
- prawo do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
- prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego pacjenta,
- prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej.

Tak więc przyjęty wcześniej przez Szpital katalog praw został nieco rozszerzony. Bardzo ważny jest fakt, że poszczególne prawa zostały uzupełnione o interpretację prawną, co na pewno ułatwi ich przestrzeganie w praktyce. Tym niemniej wszystkie wewnętrzne, szpitalne regulacje odnoszące się do praw pacjenta nie tracą na aktualności i są obowiązujące. Drugim elementem Ustawy jest powołanie i nadanie kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta. Zgodnie z ustawą, Rzecznika Praw Pacjenta powołuje i odwołuje Prezes Rady Ministrów.



Kompetencje Rzecznika wydają się być bardzo szerokie, dla przykładu:

- prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów,
- prowadzenie postępowań cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta,
- opracowywanie i przedkładanie Radzie Ministrów projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta,
- występowanie do właściwych organów z wnioskami o podjęcie inicjatywy ustawodawczej bądź o wydanie lub zmianę aktów prawnych w zakresie ochrony praw pacjenta,
- opracowywanie i wydawanie publikacji oraz programów edukacyjnych popularyzujących wiedzę o ochronie praw pacjenta,
- współpraca z organami władzy publicznej w celu zapewnienia pacjentom przestrzegania ich praw, w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia,
- przedstawianie właściwym organom władzy publicznej, organizacjom i instytucjom oraz samorządom zawodów medycznych ocen i wniosków zmierzających do zapewnienia skutecznej ochrony praw pacjenta,
- współpraca z organizacjami pozarządowymi, społecznymi i zawodowymi, do których celów statutowych należy ochrona praw pacjenta,
- analiza skarg pacjentów w celu określenia zagrożeń i obszarów w systemie ochrony zdrowia wymagających naprawy.

Prezes Rady Ministrów 02 października 2009r. powołał pierwszego Rzecznika Prawa Pacjenta Krystynę Barbarę Kozłowską. Rzecznik wykonuje swoje zadania przy pomocy Biura Rzecznika Praw Pacjenta z siedzibą w Warszawie.

**Hanna Taraszkiewicz  
Przełożona Pielęgniarek**





**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.**

### Terakotowa Armia

Zwiedzanie Muzeum Terakotowej Armii **Cesarza Qin Shi**, który pierwszy przyjął tytuł cesarza – *huangdi*, jest wręcz obowiązkiem każdego szanującego się turysty. Muzeum znajduje się ok. 30 km od Xi'an, a wspaniale to znalezisko konkuruje z Wielkim Murem i Zakazanym Miastem o tytuł najcenniejszego zabytku w Chinach. Na Terakotową Armię natknęli się przypadkowo wieśniacy w 1974 roku podczas kopania studni. Terakotowa Armia to część wyposażenia grobowca pierwszego cesarza Chin Qin Shi z III wieku p.n.e. i składają się na nią pozostałości ok. 6 tysięcy oficerów i żołnierzy, uzbrojonych w dzidy i miecze, wraz



Muzeum Terakotowej Armii

z końmi i rydwanami. Figury są wykonane z wypalanej gliny, ich wysokość osiąga 180 cm, a ich twarze mają indywidualne rysy i niepowtarzającą się mimikę, każdy z wojów ma inną budowę ciała i postawę. Żołnierze stoją w szyku bojowym w 11 kolumnach, po czterech w rzędzie, a ich twarze zwrócone są na wschód. Ta niewiarygodna nekropolia, nazwana ósmym cudem świata, w 1984 roku została wpisana na Listę Światowego Dziedzictwa Kulturalnego i Przyrodniczego UNESCO.(...)

### Luoyang

Cesarze Wschodniej Dynastii Han (lata 25 – 220 n.e.) przenieśli stolicę z Xi'an do Luoyangu, które służyło dziesięciu dynastiom, a okres największego rozwoju miasta przypadł na epoki Tang i Song, aby później stracić znaczenie. W 68 roku n.e. powstała **Świątynia Białego Konia (Baima Si)**, której nazwa wywodzi się od starej legendy, według której dwaj mnisi przywieź-



Grotty w Longmen

li z Indii pisma Buddy na grzbiecie białego konia i były to pierwsze pisma przetłumaczone z sanskrytu na język chiński. Na południe od miasta, ok. 12 km od Luoyangu, na brzegu rzeki Yi Jiang, znajdują się wspaniałe **grotty w Longmen (Longmen Shiku)** tz. Grotty Smoczych Wrót. Jest to kompleks **2 345 grot**, które ozdobione zostały ponad 100 tysiącami buddyjskich wizerunków i rzeźb, powstałych głównie w czasach dynastii Tang. Kompleks tych świątyń skalnych, wykuwanych w klifie, powstawał ponad 200 lat, od V do VII w. Wiele bezcennych figur skradziono lub pozbawiono głów na początku XX w, podobno służą jako przyciski do papierów w wielu brytyjskich domach z „tradycjami” kolonialnymi. Grota *Fengxian (Grota*

*ku Czci Przodków)* zawiera wyeksponowaną w centrum 17-metrową figurę Buddy w otoczeniu niebiańskich strażników. Uszy Buddy (symbol świętości) mają 2 metry długości, a jego oblicze jest przypuszczalnie podobizną cesarzowej Wu Zetian, żony cesarza Gaozonga z dynastii Tang, która w 690 r. ogłosiła się władczynią Chin. Figura została ukończona w 676 roku. Była zaskoczona ilością grot, wnęk skalnych i figur, które w większości ufundowała jako wota ówczesna arystokracja. Ta kamienna galeria długości ponad kilometra została umieszczona na Liście Światowego Dziedzictwa UNESCO.

### Klasztor Shaolin

80 kilometrów od Luoyangu, przy wschodniej ścianie jednej z pięciu świętych gór taoizmu Song Shan, wznosi się **Klasztor Shaolin (Shaolin Si - Świątynia Młodego Lasu)**. W pierwszej połowie VI wieku przybył tu z Indii **mnich Bodhidharma**, twórca buddyjskiej sekty zen, który po długich medytacjach w samotności postanowił poprawić marną kondycję fizyczną mnichów. Opracował techniki medytacji w ruchu, które wzorowały się na sposobie poruszania zwierząt np. żurawia, małpy, węża, konia. Szybko okazało się, że przydają się one nie tylko do osiągnięcia oświecenia, ale także do walki. Tak powstało **wu shu** – co oznacza sztuki wojenne, znane obecnie pod nazwą **kung-fu**, obejmujące różne style walki, posługujące się zarówno rękami (w tym pięścią – słynny *Shaolin quan*) jak i różnymi rodzajami broni. Jednak niesamowita sprawność fizyczna oraz legendarne umiejętności miały na celu przede wszystkim opano-



Pokaz wu-shu

wanie własnego ciała, a przez to kształtowanie osobowości i rozwój duchowy. Do tej pory kompleks świątynny jest miejscem, gdzie starsi mnisi przekazują młodym mądrość wieków. Jednym z największych skarbów klasztoru Shaolin jest 18 fresków, przedstawiających Arhatów (synonim Buddy) jako mnichów w klasycznych pozycjach walki, które młodzi adepci naśladują do dziś. Niesamowite wrażenie robią głębokie zagłębienia w kamiennej podłodze, które powstały od żmudnych ćwiczeń, od wieków powtarzanych przez mnichów w **Sali Tysiąca Buddów (Quianfo Dian)**. Przy klasztorze znajduje się **Las Pagód (Ta Lin)** z licznymi kopcami grobowymi i 230 stupami, odpowiadającymi naszym nagrobkom, poświęconym umarłym, znamienitym mnichom, z których najstarsze pochodzą z dynastii Tang. (...)

### Szanghaj

Wędrówkę po Szanghaju rozpoczynamy od **bulwaru Bund** (co w tłumaczeniu znaczy umocniony błotnisty brzeg) biegnącego wzdłuż zachodniego brzegu rzeki Huangpu, niegdyś najbardziej eleganckiej ulicy w Azji, gdzie skupiały się wspaniałe neoklasyzystyczne budynki mieszczące zagraniczne banki, giełdy, kluby, konsulaty i hotele. Ozdobą Bundu jest luksusowa budowla zwieńczona zieloną piramidą, niegdyś legendarny **Cathay Hotel**, ulubiona przystań koronowanych głów, polityków i bogaczy, którego nazwę komuniści zmienili na obecnie obowiązującą **Peace Hotel**. Poza tym widzimy równie znaną wieżę zegarową, zwaną **Big Ching**, na budynku Urzędu Celnego z 1927 roku. Sąsiaduje z nim dawny **Hong Kong & Shanghai Banking Corporation (HSBC)**, o charakterystycznej kopule, z ciekawym wystrojem wewnątrz, z bajkowymi mozaikami. W pierwszej połowie XX wieku pieniądze zgromadzone w tym i sąsiadujących bankach stanowiły niemal połowę kapitału

finansowego świata. Nieopodal rozciąga się **Park Huangpu**, niegdyś Brytyjskie Ogrody Publiczne, gdzie, jak głosi fama, stała przed bramą tablica z napisem „Psom i Chińczykom wstęp wzbroniony”. (...)

W centrum Szanghaju rozciąga się wielki, handlowy deptak – to jedna z najszlachetniejszych ulic świata **Nanjing Lu (ulica Nankijska)** i główna arteria miasta, zatłoczona przez pieszych i samochody. Można tu kupić właściwie wszystko: nie tylko ubrania, jedwab, czy elektronikę, ale i wspaniałe dzieła sztuki, instrumenty muzyczne, niepowtarzalną biżuterię oraz to o czym nie wolno pisać, a i tak wszyscy wiedzą o co chodzi. (...)

Po tych trudach dnia turystycznego kolejna okazja do zapoznania się z lokalną kuchnią. Kuchnia szanghajska to kuchnia regionu dolnego biegu rzeki Jangcy, zwana kuchnią huaiyangu, której charakterystyczną cechą jest różnorodność skorupiaków i ryb, zarówno morskich, jak i słodkowodnych. Gotuje się je tak, aby wydobyć ich na-



Świątynia Nefrytowego Buddy

turalny smak, czyli częściej na wodzie i na parze niż w gorącym tłuszczu. Typowe dania, które serwuje każda szanująca się restauracja w Szanghaju to wieprzowina gotowana na parze w liściach lotosu, kaczka w ośmiu smakach i pulpety zwane „lwimi głowami”; ważne są też zupy obowiązkowo podawane do każdego posiłku.

Chińskie maniere przy stole różnią się zasadniczo od zachodnich. Chińczycy siorbią zupę, by ją ostudzić, trzymają łokcie na stole i unoszą miski do ust. Aby właściwie zjeść ryż z miseczki, należy unieść ją od spodu jedną ręką, a drugą podawać porcje do ust. Nie wolno wbijać palczek pionowo w ryż. To bardzo złowieszczy gest, którego wykonanie uważa się za duży nietakt – tak ustawione palczki symbolizują kadzidła palone przy pogrzebach i w kaplicy. (...)

Kolejny dzień to zwiedzanie dawnych zabytków Starego Miasta, świątyni Nefrytowego Buddy i kolejnego kompleksu pałacowo-ogrodowego Yu Yuan. Sam środek **Starego Miasta** wyznacza Chenghuan Miao (Świątynia Bóstw Opiekuńczych Miasta) i Yu Yuan (Nefrytowy Ogród). Stare Miasto podlegało chińskiemu prawu i administracji, mieszkali tu głównie Chińczycy, a okolica zyskała złą sławę jako siedziba gangsterów i handlarzy opium. Oczywiście gangsterzy z japońskiej Yakuzy i włoskiej Cosa Nostra mieszkali na eleganckim Bundzie. Z tamtych czasów pozostały uliczki z gęstą zabudową małych domków, licznych, ulicznych knajpek i prawdziwie orientálną atmosferą, której czar przysłał, kiedy okazało się, że jedna z naszych koleżanek została okradziona, która na szczęście stratę portfela potraktowała jako turystyczny haracz. (...)

W Paryżu Wschodu koniecznie trzeba się powalęsać po dawnej **dzielnicy francuskiej**. Tu, w cieniu platanów, gwarze kafejek i przy wystawach kolorowych butików naprawdę trudno zgadnąć, czy to jeszcze Chiny, czy to już stara, poczciwa Francja. Z tego nostalgicznego nastroju wytrąca nas wieczorna atrakcja, jaką są pokazy słynnych, chińskich akrobatów w kulistym budynku Shanghai Centre. W trakcie niemożliwych do opisanego akrobacji, skoków, przejazdów na różnych częściach rowerów i motocykli (koła były najmniej używane), moje tętno i ciśnienie krwi przekraczają znacznie dozwolone wartości! Cóż za spektakl! Szkoda, że Państwo tego nie widzą! (cytat znanego komentatora sportowego p. Ciszewskiego).

Moja podróż po Chinach właściwie się dopiero zaczyna – nie jest możliwe poznanie tego całego, wielkiego i różnorodnego kraju w czasie jednej wyprawy, ale to co zobaczyłam, przeżyłam i skosztowałam, zachęca mnie do dalszych wizyt w tym zaskakującym kraju.

*Emilia Paszkowska*

**Koniec części II - ostatniej**

**Jeżeli chcesz poznać cały artykuł „Chiny – Państwo Środka” wejdź na stronę: [www.wss.olsztyn.pl](http://www.wss.olsztyn.pl)**

# Krzyżówka

## Jolka 26

Objaśnienia 61 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery L i Y.

Na ponumerowanych polach ukryto 35 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim polskie przysłowie.

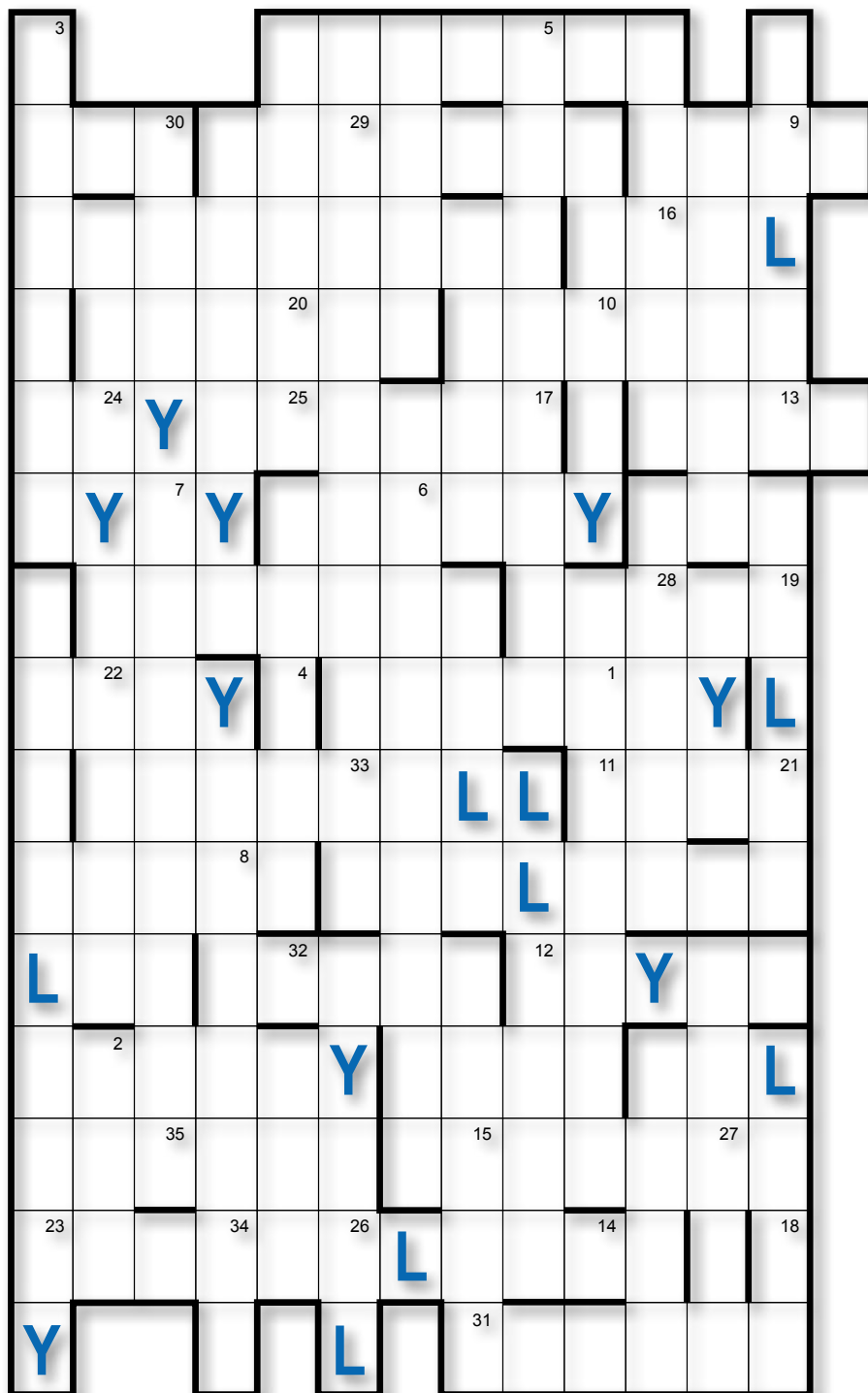
Hasło w zaklejonej kopercie prosimy wrzucić do specjalnej skrzynki w Kancelarii Szpitala. Na kopercie proszę podać imię, nazwisko i miejsce pracy.

w lokalu lub na Izbie • dybanie na rydza • żona popa • matka i żona Edypa • płynie w Drohiczynie • koński głos • autor jasełek „Betlejem polskie” • kły i siekacze • pra-Polak • starożytny Rumun • łakomczuch • Lazurowe Wybrzeże • suma lub roraty • obaleni przez Tudorów • Oliver, pokonał wojska Karola I • warzywo bogate w żelazo • niedorzeczność • faza Księżycy z niewidoczną tarczą • przy ujściu Rioni • Reich • ogrom, mnóstwo • kadaweryna • okresowa nierówność w ruchu Księżycy • sala reprezentacyjna • święta księga islamu • zwana partitą • sztylet malajski • katarakta • chów owiec • kolor nie bielonego płótna • dwubarwny agat • ustala poziom terenu • z Krzywą Wieżą • niewolnica w haremie • miejsce dla szczeniąt • wyspy z Lerwick • obrządek • jony ujemne • willa Szymanowskiego • utarczka słowna • de Mar, kąpielisko na Costa Brava • drewniane pęta • prawdy oklepiane • sieć jak worek ze skrzydłami • stolica Attyki • ażurowa tkanina • rzemień za konika • blizny otrzewnej • grecki lud • grecki władca wiatrów • powielacz • lud w togi odziany • nakrycie głowy papieża • upiór, zmora • tygodnik Urbana • katedra Quasimodo • chodzą po pasach • naszyjnik • wzięcie 13 wylicytowanych lew • uprawiany dla włókien i siemienia • powlekane tabletki

BJER

Nagrodę - świąteczne stroiki oraz zaproszenia do kawiarni DekoRama otrzymują **Aniela Syrwid** oraz **Grażyna Boruta**  
Nagroda do odebrnia w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru Pulsu Szpitala:  
„Głód jest najlepszym kucharzem”



Wśród osób, które prześlą prawidłowe rozwiązania krzyżówki zostaną rozlosowane nagrody książkowe oraz koszulki z logo szpitala.

*Słyszysz jak wiatr życzenia niesie?  
Hula po polach i szumi w lesie,  
Jak stuka w okna, wchodzi w kominy  
I obserwuje dziecięce miny?  
Jeśli to słyszysz, to zamknij oczy,  
Niech świat z dzieciństwa znów w życie wkroczy.*

*Poczuj makowca zapach wspaniały.  
Zobacz za oknem, świat cały biały.  
Jak karp się smaży, kompot gotuje,  
Mróz znów na szybach kwiaty maluje,  
A ty radosny z iskierką w oku,  
Szukach Gwiazdora, czekasz do zmroku.*

*Teraz, choć wiosen trochę przybyło,  
To wiatr ten sam, szumi nam miło.  
My razem z wiatrem ślemy życzenia,  
Niech Wam się spełnią wszelkie marzenia,  
A pierwsza gwiazda świecąc o zmroku  
Niesie Wam radość w tym Nowym Roku!*

*Redakcja*

