

Kwartalnik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

# PULS SZPITALA

WOJEWÓDZKI  
SZPITAL  
SPECJALISTYCZNY  
W OLSZTYNIE

ISSN 1644-8162

NR 27/1 styczeń luty marzec 2010



**5 lat olsztyńskiej  
kardiochirurgii**

# Drodzy Czytelnicy

Tematem przewodnim zimowego *Pulsu* jest Oddział Kardiochirurgiczny. Obchodzimy w tym roku 5 – lecie jego istnienia. 1 lutego 2005 roku w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie przeprowadzono pierwszą operację kardiochirurgiczną, a do dnia dzisiejszego zoperowano ponad 2300 pacjentów. Prof. Zbigniew Religa, patron naszego oddziału, mówił: „...*jest tu najlepsza kadra jaką można sobie wyobrazić, lekarze, za których rękę głową – za ich fachowość, za ich doskonałość chirurgiczną, za pełne przygotowanie*”. Kardiochirurgia na stałe wpisała

się nie tylko w strukturę szpitala, ale również w serca mieszkańców Warmii i Mazur. Wszystkim pracownikom Oddziału Kardiochirurgicznego życzymy satysfakcji z wykonywanej pracy i spełnienia zawodowych planów.

*Opieka holistyczna, Dom Hospicyjny i „Izby gościnne”* składają się na cykl artykułów o hospicjum, opracowanych przez Krystynę Kosińską, Agnieszkę Ossowską oraz Barbarę Szymczuk. Artykuły przybliżą nam trudny, ale dotyczący każdego z nas, temat cierpienia i śmierci. Praca w hospicjum wymaga bezinteresownego poświęcenia własnych sił dla dobra

drugiego człowieka. Hospicjum to kumulacja bólu i cierpienia, wobec którego nie można być obojętnym. A dramat umierania łagodzi jedynie życzliwa obecność drugiej osoby.

Zima skończyła się, ale aura nadal nie jest dla nas łaskawa, nie dajmy się zwieść pogodzie i bądźmy przygotowani. Artykuł Anny Onyszk *Grypa – fakty i mity*, da nam wskazówki jak uchronić się przed zakażeniami. Razem z autorką życzę Państwu dużo zdrowia i zapraszam do lektury.

**Kornelia Kotwicka**  
Redaktor Naczelna

## Spis treści

- 03 Świąteczne życzenia
- 03 5 lat olsztyńskiej kardiochirurgii
- 04 Zabiegi na najwyższym poziomie
- 06 Serce w opiece nad pacjentami
- 06 Nowe zabiegi - witrektomia
- 07 Historia Systemu Akredytacji Szpitali
- 08 Opieka holistyczna
- 09 Dom hospicyjny
- 10 „Izby gościnne”
- 11 Być konsultantem
- 12 Strategia? A cóż to takiego?!
- 14 Z cyklu: Prezentacje
  - Jedyne taki zakład w regionie
- 15 Historia Zakładu Medycyny Nuklearnej
- 16 Z cyklu: Z kart historii
  - Zawsze chciałem być lekarzem
- 17 Geneza olsztyńskiej chirurgii
- 17 III Zima Ortopedyczna
- 18 Grypa – fakty i mity
- 20 Ostre zapalenie wątroby typu A
- 21 Bez barier
- 22 Zmiany w „mieszkaniówce”
- 23 „Myszki w szpitalu”
- 24 Wspomogliśmy WOŚP!
- 26 Kawiarenka Rodzinna „Mama Cafe”
- 27 Na Radzie Społecznej
- 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

Magdalena Kantorezyk

### Zdjęcia udostępnił

Antoni Dutkiewicz  
Danuta Jurkowska  
Agnieszka Ossowska

### Adres redakcji

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

### Druk i przygotowanie

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

### Nakład

1200 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo  
do skrótów i zmiany tytułów.



*Z okazji Świąt Wielkiej Nocy życzę wszystkim ciepłych, pogodnych dni, które umocnią wiarę, podniosą na duchu i napętnią Wasze serca radością i nadzieją. Życzę Państwu umiejętności dostrzegania piękna tego świata, pokoju ducha, wiary w ludzi, w siebie i w swoje możliwości.*

*Irena Kierzkowska  
Dyrektor WSS w Olsztynie*



## 5 lat olsztyńskiej kardiologii

Jeszcze pięć lat temu województwo warmińsko-mazurskie było jednym z czterech nie posiadających ośrodka kardiologicznego. Szacuje się, że rocznie około 700 pacjentów operowano w jednostkach w Gdańsku, Białymstoku, Warszawie, a nawet na Śląsku.

Najbliższe kliniki znajdują się w odległości około 200 km od Olsztyna, co przy operacjach nagłych lub pilnych było dużym utrudnieniem dla personelu medycznego, jak i samych pacjentów. W odpowiedzi na potrzebę powstania ośrodka kardiologicznego, który mógłby zapełnić tzw. „białą plamę” na mapie Polski, 19 stycznia 2005 roku otwarto Oddział Kardiologiczny w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. Honorowy patronat nad nowopowstałym ośrodkiem objął prof. dr hab. Zbigniew Religa. Tak mówił o powstaniu oddziału: „Ludzie z tego województwa będą operowani w warunkach godnych, fantastycznych, na najwyższym poziomie europejskim i światowym. Bo sprzęt, który tu zobaczyłem taki właśnie jest – na najwyższym poziomie.



**Kadra Oddziału Kardiologicznego**

*A w dodatku jest tu najlepsza kadra jaką można sobie wyobrazić. Lekarze, za których rękę głową – za ich fachowość, za ich doskonałość chirurgiczną, za pełne przygotowanie”.*

Pierwsza operacja kardiologiczna została wykonana 1 lutego 2005r. Ogół przeprowadzanych w oddziale operacji obejmuje zarówno chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej, jak i leczenie wad nabytych i wrodzonych serca,

chorób wielkich naczyń i guzów serca. Dzięki możliwości zastosowania ablacji endokardialnej przeprowadzane są również operacje chirurgicznego leczenia migotania i trzepotania przedsionków. Na tle pozostałych ośrodków kardiologicznych jest to bardzo szerokie spektrum zabiegów – spośród operacji kardiologicznych u dorosłych w oddziale nie wykonuje się jedynie przeszczepów serca.

core

# Zabiegi na najwyższym poziomie

Rozmawiamy z dr. n. med. Piotrem Żelaznym, ordynatorem Oddziału Kardiochirurgicznego.

**- Oddział Kardiochirurgiczny obchodzi w tym roku 5- lecie. Co zmieniło się w oddziale na przestrzeni tych lat?**

- Skonsolidował się zespół lekarski i pielęgniarzki. Teraz ten zespół stanowi monolit, na pewno nie był taki na początku. Każdy pracownik był przyzwyczajony do swojego stylu pracy i musieliśmy wypracować styl całego zespołu, a nie było to zadanie łatwe do wykonania. Stworzenie nowego oddziału od podstaw jest przedsięwzięciem bardzo trudnym, zarówno jeżeli chodzi o przeprowadzanie operacji, jak i zatrudnienie personelu. Na początku istnienia oddziału była duża rotacja pracowników, szczególnie w pierwszych 2 latach. Związana ona była z różnymi czynnikami. Czasami ludzie nie zdawali sobie sprawy, ile to będzie kosztowało ich wysiłku. Każdy miał swoją wizję, która nie zgadzała się z rzeczywistością, dlatego ludzie się zniechęcali. Ważny element stanowiła rozłąka z rodziną, która okazywała się często nie do pokonania.

**- Czy jest duże zapotrzebowanie na zabiegi kardiochirurgiczne w naszym województwie?**

- Dopiero po pewnym czasie funkcjonowania oddziału można było zobaczyć, jak duże jest zapotrzebowanie na zabiegi w tym rejonie. Dzisiaj zgłaszają się do nas pacjenci również spoza województwa. Często są to przypadki bardzo skomplikowane z zaawansowanymi wadami zastawek serca. W województwie mazowieckim nie było tak wielu pacjentów z tak zaawansowanymi wadami, ponieważ dostępność do zabiegów była większa. W początkach funkcjonowania oddziału mieliśmy niewielu pacjentów. Zarówno pacjenci, jak i lekarze nie wiedzieli o istnieniu naszego oddziału i tak jak przez pierwsze pół roku cierpieliśmy na brak pacjentów, teraz cierpimy na nadmiar, a kontrakty z NFZ są ograniczone.

**- A w jakich zabiegach szczególnie specjalizują się nasi lekarze kardiochirurdzy?**

- Oddział specjalizuje się w pełnej rewaskularyzacji tętniczej przy użyciu

tylko 3 tętnic (2 piersiowych wewnętrznych i tętnicy promieniowej). I na tym polu odnosimy bardzo duże sukcesy zarówno w skali Polski, jak i międzynarodowej. Jest bardzo mało oddziałów, w których w ten sposób przeprowadzane są zabiegi. W naszym oddziale pełna rewaskularyzacja tętnicza dotyczy 88% pacjentów, z czego 93% operacji wieńcowych jest przeprowadzana bez użycia krążenia pozaustrojowego. Pod tym względem możemy porównywać się z najlepszymi światowymi klinikami. Jednocześnie bardzo ważną rzeczą, bezpośrednio po wykonaniu pomostów wieńcowych, jest rutynowe badanie śródoperacyjne przepływów w tych pomostach. Co również jest bardzo rzadko stosowane i w Polsce i zagranicą. A takie postępowanie pozwala na natychmiastową ocenę drożności i wydolności wykonanych pomostów wieńcowych. Zespół nasz specjalizuje się również w opracowywaniu charakterystyki funkcjonalnej pomostów wieńcowych w rewaskularyzacji tętniczej.

**- Czy w trakcie funkcjonowania oddziału wprowadzono nowe procedury medyczne?**

- Na przestrzeni tych 5 lat wprowadziliśmy niewiele nowych procedur medycznych, ponieważ od samego początku oddział wykonywał wszystkie procedury przewidziane do kardiochirurgii, oprócz przeszczepu serca. Wśród nowych procedur znajdziemy operacyjne leczenie migotania przedsionków oraz śródoperacyjne badanie przepływów w pomostach wieńcowych.

**- Jakie zabiegi są najtrudniejsze do wykonania?**

- Wszystkie zabiegi kardiochirurgiczne są zabiegami trudnymi, bo wymagają wielkiej precyzji. Wszelkie powikłania występują w kardiochirurgii od razu, a nie po jednym, czy dwóch dniach i rozwijają się bardzo dynamicznie. Każdy zabieg może być powikłany takimi komplikacjami. Ale na pewno najtrudniejsze są operacje tętniaków aorty oraz operacje złożone np. choroba wieńcowa z zaawansowanymi wadami zastawkowymi. Do trudnych należą również reoperacje dlatego, że



w klatce piersiowej są zrosty i trudniej jest dojść do właściwego pola operacyjnego. Pacjenci zakwalifikowani do tych operacji są w o wiele cięższym stanie, niż pacjenci zakwalifikowani do operacji pierwotnej.

**- O jakie nowe sprzęty wzbogacił się oddział?**

- Pozyskaliśmy bardzo nowoczesny przepływomierz, w całej Polsce znajdziemy 3 lub 4 takie aparaty. Otrzymaliśmy także sondę epikardialną i bronchofiberoskop. Każdego roku bierzemy udział w Narodowym Programie Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD, ogłoszanego przez Ministerstwo Zdrowia, dzięki czemu kupujemy nowy sprzęt. Oddział jest w pełni wyposażony.

**- Z czego jest Pan najbardziej dumny?**

- Po pierwsze z tego, że oddział powstał. Także z tego, że złożony jest z bardzo zdolnych, młodych i pełnych entuzjazmu ludzi, którzy są bardzo zaangażowani i dzięki nim możemy realizować największe wyzwania. Dlatego w 5 rocznicę powstania oddziału chciałbym serdecznie podziękować przede wszystkim swoim współpracownikom, a także samorządowi województwa warmińsko-mazurskiego i dyrekcji szpitala. A jeżeli chodzi o sprawy techniczne, to dumny jestem z osiągniętego poziomu rewa-



skularyzacji tętnicznej oraz z osiągniętego poziomu weryfikacji pomostów przy pomocy przepływomierza. Zrealizowaliśmy założenia w pełni i wywiązaliśmy się z zadania powierzonego nam przez prof. Religę, który na pewno byłby z nas bardzo zadowolony.

**- Prof. Religa to dobry duch oddziału, co jemu zawdzięczać?**

- Pan profesor Religa to patron naszego Oddziału i jest żywy wśród nas. Dla nas nie umarł. Sytuacje z życia przypominają go nam bardzo często. Ten oddział oparty jest na jego duchu, przewodnictwie, wizji i dążeniach. I my sprostałiśmy tym dążeniom. Profesora Religę wspominamy bardzo miło, a niewiele jest takich szefów, których się tak wspomina.

**- Czy żałuje Pan, że wybrał Olsztyn?**

- Jeżeli chodzi o warunki zawodowe nie żałuję, robię to samo tu, co robiłbym w innych miejscach. Jeżeli chodzi o sprawy prywatne, to zawsze będę z innej okolicy Polski i czasem dopada mnie nostalgia za domem. Do siebie wrócę najprawdopodobniej na emeryturę. Ale jestem bardzo zadowolony, że w ciągu tych 5 lat zdecydowana część pracowników szpitala zaczęła traktować mnie jak kolegę z pracy, zawiązały się więzi psychiczne i ciepłe, koleżeńskie relacje.

**- Czy jest coś, co by Pan zmienił w oddziale?**

- Oprócz tego, że dostawiłbym kilka łóżek w salach chorych, niczego bym nie zmieniał. W mojej ocenie oddział funkcjonuje doskonale. Ale tak nowoczesny oddział wymaga jednak nowych urządzeń, których nam brakuje. Przede wszystkim jest to dobry aparat echograficzny. U nas 5 osób potrafi takie badania wykonywać, a są one niezbędne śródoperacyjnie, jak i w bezpośrednim przebiegu pooperacyjnym. To nasz największy brak, najbardziej odczuwalny, ponieważ nie możemy w pełni wykorzystywać swoich możliwości terapeutycznych i diagnostycznych. Drugim niezbędnym urządzeniem jest biopompa, to urządzenie przeznaczone do zastąpienia pracy serca w okresie pooperacyjnym w przypadkach bardzo dużej niewydolności krążenia. Biopompa będzie wyposażeniem standardowym i na pewno niedługo będą takie wymagania NFZ, aby każdy oddział posiadał zarówno biopompę, jak i aparat echograficzny.

**- Jak widzi Pan rozwój oddziału w następnych latach?**

- Osiągnęliśmy bardzo wysoki poziom leczenia kardiochirurgicznego. Aby ten poziom podwyższyć, mam w planach wprowadzenie sztucznych komór ser-

ca, które są stosowane w przypadkach bardzo zaawansowanej niewydolności krążenia. Wymaga to jednak akredytacji Ministerstwa Zdrowia, którą być może w tym roku otrzymamy.

**- Dziękuję za rozmowę.**

core

**Kardiochirurgia w liczbach:**

Zabiegi wykonane w przeciągu 5 lat:

- 2293
- z czego:
  - \* 1629 stanowią operacje wieńcowe,
  - \* 394 operacje zastawek serca,
  - \* 84 choroby wieńcowe z wadami zastawkowymi,
  - \* 14 wady wrodzone,
  - \* 54 tętniaki i ostre rozwarstwienia aorty,
  - \* 13 nowotwory serca i osierdzia,
  - \* 103 inne.

Osoby pracujące w oddziale:

- 50 os.
- \* 7 lekarzy chirurgów,
- \* 4 anestezjologów,
- \* 4 perfuzjonistów,
- \* 35 pielęgniarek.

Do jednego zabiegu potrzebne są 2-3 jednostki krwi.







# Historia Systemu Akredytacji Szpitali

**Akredytacja jednostek ochrony zdrowia powstała w Stanach Zjednoczonych w 1898 roku, jako odpowiedź na zły stan opieki w szpitalach. Dr Ernest Codman z Massachusetts opracował zestaw jednolitych wymogów dla oddziałów chirurgii.**

W 1917 roku koncepcję rozwinęło Amerykańskie Kolegium Chirurgów w formie standardów minimum. Na tej podstawie Kolegium oceniało szpitale w latach 1918 – 1951. Ponad 90% szpitali w Stanach Zjednoczonych jest akredytowanych. Tylko szpitale posiadające akredytację mogą prowadzić i szkolić lekarzy w zakresie uzyskiwania przez nich specjalizacji. Pierwsze standardy akredytacyjne:

- \* lekarze interniści i chirurdzy tworzą zespół,
- \* chirurdzy i interniści posiadają prawo wykonywania zawodu,
- \* jest prowadzona analiza określonych przypadków klinicznych,
- \* dla każdego pacjenta jest prowadzona dokumentacja medyczna,
- \* szpital ponosi odpowiedzialność za sprawność i konserwację sprzętu medycznego.

Udział w systemie był dobrowolny, a w warunkach konkurencji i rynku, akredytacja zyskiwała na znaczeniu i popularności. W 1951 roku powołano Komisję Wspólną ds. Akredytacji szpitali, którą oprócz Amerykańskiego Kolegium Chirurgów współtworzyły Amerykańskie Kolegium Lekarzy Internistów, Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie, Amerykańskie Stowarzyszenie Szpitali i Kanadyjskie Stowarzyszenie Medyczne. W 1987 roku Komisja Wspólna zmieniła nazwę na Komisję Wspólną ds. Akredytacji Organizacji Opieki Zdrowotnej. Oznaczało to poszerzenie spektrum oceny i możliwość oceniania jednostek różnego typu.

System akredytacji wdrożono w Kanadzie, Australii, Nowej Zelandii, Republice Południowej Afryki, w bogatych krajach arabskich, Japonii, Indiach, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii. W Polsce nad rozpoczęciem prac związanych z opracowaniem systemu akredytacji dostosowanego do warunków pracy polskich szpitali zajęło się Centrum Monitorowania Jakości z siedzibą w Krakowie, jednostka powołana przez Ministerstwo Zdrowia.

Centrum Monitorowania Jakości przy współpracy z Naczelną Radą Lekarską,

Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Polskim Towarzystwem Szpitalnictwa, Stowarzyszeniem Menadżerów Opieki Zdrowotnej, Stowarzyszeniem Dyrektorów Szpitali, Szkołą Zdrowia Publicznego w Krakowie i przy wykorzystaniu doświadczenia innych systemów, opracowało Program Akredytacji Szpitali, który funkcjonuje od 1998 roku.

W tym samym roku 27% szpitali, które przystąpiły do procesu nie uzyskało akredytacji. Dla procesu akredytacji podstawowe znaczenie mają standardy. Są one ustalane w dziedzinach mających wpływ na jakość udzielanej opieki pacjentom. Zasadniczą cechą jest opisanie wzorca oczekiwanego działania w określonej grupie standardów. Standardy służą ciągłej poprawie jakości i co jakiś czas podlegają nowelizacji. System akredytacji opiera się na standardach maximum, co oznacza, że standardy są tak tworzone, aby ich spełnienie wymagało od szpitali podjęcia pracy i wysiłku przy spełnieniu w nich zawartych wymagań. Część standardów w sposób bezpośredni dotyczy struktury szpitala wymaganej dla spełnienia standardu. Zestaw standardów wydany i obowiązujący od 1988 roku nakierowany jest na funkcje, jakie ma przed sobą szpital do spełnienia jako organizacja. Standardy zostały pogrupowane na 15 obszarów tematycznych, takich jak: zarządzanie ogólne, zarządzanie zasobami ludzkimi, zarządzanie informacją, kontrola zakażeń szpitalnych, prawa pacjentów, ocena stanu pacjenta, opieka nad pacjentem, anestezjologia, leki, odżywianie, ciągłość opieki, poprawa jakości, zarządzanie środowiskiem opieki, izba przyjęć, laboratorium.

Do każdego standardu dołączone są trzy elementy:

- \* wyjaśnienie – stanowi dodatkowe wyjaśnienie i uszczegółowienie istoty standardu,
- \* sprawdzenie – określa potencjalne miejsce lub sposób sprawdzenia funkcjonowania standardu,
- \* punktowanie – określa skalę i zakres punktowania standardu.



Decyzja o przyznaniu certyfikatu jest uzależniona od poziomu spełnienia wymogów standardów akredytacyjnych określonych procentowo: 75% i powyżej – akredytacja pełna przyznana na 3 lata, 70 – 74 % akredytacja warunkowa przyznana na 1 rok, poniżej 70% - odmowa przyznania akredytacji.

Realizacja programu akredytacji prowadzona jest przy współudziale instytucji realizujących opiekę zdrowotną i osób reprezentujących różne zawody medyczne. System akredytacji obejmuje:

- \* Radę Akredytacyjną, która jest organem nadrzędnym określającym kierunki polityki akredytacyjnej, zatwierdzająca standardy i wydająca decyzje akredytacyjne,
- \* Ośrodek Akredytacyjny, który bezpośrednio zajmuje się prowadzeniem i koordynowaniem wizyt akredytacyjnych. Decyzja o przyznaniu lub odmowie przyznania akredytacji podejmowana jest zawsze przez Radę Akredytacyjną. Podstawą wydania decyzji jest raport wstępny, który jest przygotowany przez wizytatorów po zakończeniu wizyty w danym szpitalu. Jeżeli dany szpital ma zastrzeżenia do przeprowadzonej oceny lub wydanej przez Radę Akredytacyjną decyzji, może złożyć w stosownym czasie odwołanie.

cdn.

**Alicja Markiewicz  
Zastępca Dyrektora  
ds. Pielęgniarstwa**

# Opieka holistyczna

Rozmowa z lek. med. Agnieszką Ossowską, specjalistą I° chorób wewnętrznych oraz specjalistą II° rehabilitacji medycznej, pracującą w Oddziale Rehabilitacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

## - Dlaczego zdecydowała się Pani na specjalizację z zakresu medycyny paliatywnej?

- Praca w opiece paliatywnej uczy mnie holistycznego podejścia do chorego, ale również pracy w zespole dla uzyskania celu niemożliwego do osiągnięcia w pojedynkę. Tu każde działanie musi służyć poprawie jakości życia chorego. Nie wystarczy skupić się na medykacji objawów, niezwykle ważna jest komunikacja z pacjentem, ocena stanu emocjonalnego, intelektualnego, ocena potrzeb, współpraca z rodziną pacjenta. Z hospicjum domowym związana jestem od 2001 roku. Poznałam wiele osób zaangażowanych w opiekę paliatywną, wolontariuszy, pielęgniar-



Wizyta u 13-letniego Sebastiana chorego na nowotwór

ki, lekarzy w tym prof. Jacka Łuczaka i prof. Krystynę de Walden-Gałusko, to wspaniałe osobowości, uznałam, że warto zostać w pełni „terminatorem”. W tym roku w sesji jesiennej zamierzam przystąpić do egzaminu specjalizacyjnego po dwuletnim okresie szkolenia z zakresu medycyny paliatywnej.

## - W jaki sposób uzyskuje się poprawę jakości życia chorych w okresie terminalnym?

- Uzyskanie poprawy jakości życia to przede wszystkim próby poprawy realnej sytuacji. Ważne jest, by niwelować poczucie utraty roli w rodzinie, czy społeczeństwie, należy akceptować osobowość pacjenta, jego poglądy, decyzje. Poszanowanie prawa do prawdy to głównie miareczkowanie niekorzystnych informacji. Kontrola przykrych objawów somatycznych nie może powodować dodatkowego cierpienia, stąd unikanie agresywnych i bolesnych metod leczenia np. preferowana droga podawania leków to: doustna, podjęzykowa, przezskórna i podskórna. Niezwykle ważnym elementem poprawy komfortu życia jest prowadzona rehabilitacja. Z drugiej strony konieczna jest pomoc rodzinie w realizacji pragnień, zmiana treści oczekiwań na możliwe do osiągnięcia, troska o dobre przeżywanie terażniejszości.



## - Jakie miejsce w opiece paliatywnej zajmują szpitalne zespoły wsparcia?

- Według wytycznych opracowanych przez konsultantów z medycyny paliatywnej, a zatwierdzonych przez Ministerstwo Zdrowia, na każde 400 łóżek powinien funkcjonować szpitalny zespół wspierający, którego zadaniem jest współpraca z oddziałami szpitalnymi w zakresie konsultacji i pomocy chorym wymagającym opieki w zaawansowanej fazie choroby, ale i w okresie wcześniejszym, kiedy kontynuowane jest leczenie przyczynowe. Dotyczy to terapii dolegliwości somatycznych, psychoterapii i rehabilitacji, oceny sytuacji socjalnej oraz pomocy rodzinie w zorganizowaniu opieki po wypisie ze szpitala.

## - Dziękuję za rozmowę.

Barbara Szymczuk

### Opieka paliatywna

Opieka paliatywna wg definicji WHO to całościowa opieka sprawowana przez wielodyscyplinarny zespół, której celem jest dążenie do poprawy jakości życia chorego oraz zapewnienie opieki jego rodzinie. Swoim działaniem obejmuje chorych, na choroby zarówno nowotworowe jak i nienowotworowe, przede wszystkim w fazie zaawansowanej, ale także wcześniej w czasie prowadzenia diagnostyki i leczenia przyczynowego. Pomoc może być realizowana w różnych formach – poradnia medycyny paliatywnej, hospicjum domowe, hospicjum stacjonarne, pobyt dzienny, oddział paliatywny oraz (nieliczne ze względu na brak finansowania przez NFZ) szpitalne zespoły wsparcia.

### Filozofia postępowania w opiece paliatywnej

1) Akceptacja nieuchronności śmierci. W praktyce oznacza to powstrzymanie

się od wszelkich działań nadzwyczajnych w okresie terminalnym. Możliwości działań medycznych przywracających życie są ograniczone, mogą one przedłużać agonię, ale nie życie.

2) Akceptacja właściwej pory śmierci. Oznacza to powstrzymanie się od działań mających na celu przyspieszenie śmierci. Opieka paliatywna jest alternatywą dla eutanazji.

3) Opieka paliatywna jest opieką holistyczną, obejmuje wszystkie sfery życia chorego: somatyczną, psychiczną, socjalną i duchową. Wszelkie działania zespołu paliatywnego (lekarz, pielęgniarka, psycholog, fizjoterapeuta, pracownik socjalny, duszpasterz, wolontariusz) ukierunkowane są na poprawę jakości życia chorego.

4) Szczególny wymiar etyczny: przestrzeganie zasady czynienia dobra – tj. udzielanie pomocy, leczenie, zmniejszenie cierpienia, zaspokajanie pragnień,

towarzystwienie chorym; uznawanie zasady – primum non nocere, co oznacza w praktyce - nie sprawiać niepotrzebnego cierpienia.

5) Opieka paliatywna obejmuje również rodzinę chorego zarówno w stanie dużego stresu w czasie choroby, jak i po śmierci pacjenta.

### Medycyna paliatywna

Dziedzina medycyny, a zarazem specjalność lekarska (od 1999 r.), zajmująca się opracowywaniem optymalnych sposobów leczenia i opieki nad pacjentem z postępującą i daleko zaawansowaną chorobą przewlekłą (między innymi nowotworową), w celu łagodzenia dolegliwości i zaspokajania potrzeb chorego. Jakość życia (najprostsza definicja) - różnica między sytuacją upragnioną, a realnie istniejącą.

opracowała  
lek. med. Agnieszka Ossowska



# Dom hospicyjny

**O najistotniejszych sprawach dotyczących skierowania chorego do hospicjum rozmawiam z Krystyną Kosińską - psychologiem szpitalnym, która od 2001 r. pracuje w Niepublicznym Zakładzie Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Olsztynie.**

**- Kto ponosi koszty związane z opieką nad chorymi w ośrodkach hospicyjnych?**

- Opieka ta jest finansowana w większości przez NFZ, który pokrywa koszty usług świadczonych w trzech formach opieki: ambulatoryjnej, domowej oraz stacjonarnej.

**- Na czym polega opieka ambulatoryjna?**

- Udzielana jest ona w poradniach opieki hospicyjnej i leczenia bólu, chorym zdolnym do zgłoszenia się do tych jednostek oraz rodzinie chorego - jednak tylko w czasie jego choroby. Ta forma opieki jest realizowana głównie wolontaryjnie.

**- Co to są oddziały dziennego pobytu?**

- W ramach oddziałów stacjonarnych funkcjonują w kilku hospicjach tzw. oddziały dziennego pobytu - przeznaczone dla chorych przebywających w swoich domach, lecz chętnych i zdolnych do ich okresowego opuszczania. Pełnią one funkcje doradczo - konsultacyjne lub podejmują opiekę nad pacjentami znajdującymi się w końcowym okresie życia.

**- Kto może skierować chorego do hospicjum?**

- Dla objęcia opieką w ramach kontraktu z NFZ potrzebne jest skierowanie od lekarza rodzinnego, bądź innego lekarza niezależnie od posiadanej specjalności, sprawującego opiekę nad pacjentem. Skierowanie powinno zawierać informację, że zakończono leczenie przyczynowe. Chory może zgłosić się osobiście lub telefonicznie. Może być również zgłoszony przez lekarza, pielęgniarkę, członka rodziny lub przyjaciela. Jeśli chory nie jest w stanie sam udać się do lekarza, skierowanie takie może zostać wystawione podczas wizyty lekarskiej w domu pacjenta. Pracownik Hospicjum po zapoznaniu się z dotychczasowym leczeniem ustala wspólnie z chorym

i jego rodziną dalszy tok postępowania w opiece hospicyjnej.

**- Opiekę hospicyjną prowadzi zespół ludzi, jakie obowiązki na nich spoczywają?**

- Opiekę hospicyjną prowadzi zespół pracowników i wolontariuszy współpracujących ze sobą. Łączy ich bezinteresowna chęć niesienia pomocy choremu i jego rodzinie. Lekarz w zespole ponosi odpowiedzialność za leczenie chorego. Pielęgniarka zapewnia indywidualną pielęgnację dostosowaną do potrzeb chorych i uczy rodzinę radzenia sobie z trudami opieki nad chorym terminalnie. Psycholog udziela wsparcia w sytuacji zaburzeń emocjonalnych wynikających z cierpienia chorego i jego rodziny. Duchowny spełnia swoją posługę na życzenie chorego. Udziela także wsparcia rodzinie po jego śmierci. Wolontariusze - osoby różnych zawodów - niosą pomoc zależnie od potrzeb chorych i ich rodzin. Może to być prosta pielęgnacja, robienie zakupów, prowadzenie korespondencji, czytanie prasy, książek, rozmowa, wspólna modlitwa, podtrzymywanie kondycji rodzin.

**- Jaka jest rola rodziny chorego w opiece hospicyjnej?**

- Naczelną zasadą opieki hospicyjnej jest dobro chorego, którego nie można w pełni osiągnąć bez współpracy z rodziną. Można zauważyć, że w domu hospicyjnym chorzy samotni również znajdują wsparcie i opiekę ze strony rodzin innych chorych przebywających w hospicjum.

**- Jak wygląda Pani praca w hospicjum?**

- W hospicjum jestem 2 razy w tyg. po 2 godziny. Poza pomocą psychologiczną pacjentom i ich rodzinom, jestem wsparciem także dla pracowników tego ośrodka, którzy najwięcej swego czasu poświęcają chorym i jest to obciążeniem dla ich zdrowia psychicznego. Spotkania z psychologiem dają możliwość odreagowania nagroma-



Krystyna Kosińska z chora

dzzonego napięcia. Pielęgniarki co jakiś czas organizują spotkania integracyjne poza miejscem pracy, które zacieśniają więzi między nimi co z kolei przekłada się na lepszą atmosferę w miejscu pracy i pozwala na zdobycie nowych umiejętności radzenia sobie ze stresem.

**- Czy po wielu latach pracy w hospicjum nie ma ryzyka, że personel tam pracujący zatracą swoją wewnętrzną wrażliwość na ból?**

- Zazwyczaj są to osoby z dużym doświadczeniem zawodowym, które już wcześniej sprawdziły się w pracy z ciężko chorymi. Praca ta jest wynikiem ich własnych wyborów, a nie narzucona odgórnie. Wybór ten jest zbudowany na osobistych predyspozycjach do niesienia pomocy.

**- A jak Pani radzi sobie ze stresem związanym z pracą?**

- Hospicjum to kumulacja bólu i cierpienia, wobec którego nie można być obojętnym i dotyka ono każdego. Dlatego trzeba dbać również o swoje zdrowie. Bardzo pomagają mi rozmowy z innymi psychologami, z którymi mogę omówić i rozwiązywać najtrudniejsze sprawy. Lubię dużo czytać, między innymi czytać i oglądać bajki. Szczególnie stare baśnie rosyjskie jak np. „O mrozie czarodzieju”, którą pamiętam jeszcze z czasów dzieciństwa. Jest to dobra forma terapii, stosowana często w pracy z małymi dziećmi tzw. bajkoterapia. W świecie bajek miłość i prawda zawsze zwyciężają, a w życiu, jak wiemy, bywa z tym różnie.

**- Dziękuję za rozmowę.**

Barbara Szymczuk

# „Izby gościnne”

„Śmierć jest wprawdzie zawsze w pobliżu ludzi, ale nie każdy człowiek jest tuż przy niej”.

autor: Karl Rahner

„Nic się nie da zmienić: statystycznie wypada jedna śmierć na jednego człowieka”. Gdy przyczyną śmierci jest nieuleczalna choroba, sytuacja ta paraliżuje tych, których bezpośrednio lub pośrednio dotyczy. Mikołaj Gogol powiedział: „Nigdy nie jesteśmy na tyle biedni, aby nie stać nas było na udzielenie pomocy bliźniemu”. Taka myśl przyświecała z pewnością tym, którzy tworzyli pierwsze ośrodki hospicyjne.

Sama idea opieki nad chorymi i umierającymi związana jest z początkiem istnienia ludzkości, bo kiedy pojawił się człowiek, pojawiły się także choroby i śmierć. Jednak dopiero chrześcijaństwo eksponujące miłosierdzie i miłość bliźniego nadało tej idei charakter bardziej instytucjonalny. Na mocy uchwał soboru nicejskiego (325 rok) miasta zaczęły zakładać przytułki, przeznaczone dla biednych, chorych i umierających. Największy rozwój instytucji charytatywnych przypada na średniowiecze. Wymusiły to pewne okoliczności, zwłaszcza liczne pielgrzymki do miejsc świętych oraz epidemie. Przy klasztorach zaczęły powstawać „izby gościnne” (łac. hospes = gość), gdzie otaczano opieką złożonych niemocą pielgrzymów. W czasach nowożytnych działalność hospicyjną zainicjowała Jearme Garnier, która w 1842 roku założyła w Lyonie schronisko dla umierających. Tu też dzięki dr Cicely Saunders w 1967 roku otworzone zostało Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie, które jest obecnie uważane za wzorcową placówkę tego typu i pełni rolę światowego centrum szkoleniowego.

W Polsce pierwszy ośrodek hospicyjny powstał w Krakowie. Obecnie w Polsce działa 108 pozarządowych, non-profitowych hospicjów, prowadzonych przez 63 stowarzyszenia świeckie i 45 kościelnych. Podstawowym typem

opieki hospicyjnej są zespoły opieki domowej złożone z lekarzy, pielęgniarzek, pracownika socjalnego, wolontariuszy i księdza. Opieka nad chorymi prowadzona jest w ich domach. Drugi typ opieki to hospicja stacjonarne przeznaczone dla chorych zupełnie samotnych lub wymagających wyspecjalizowanych zabiegów. Oprócz wymienionych typów obecne są jeszcze inne formy opieki hospicyjnej, np. ośrodki opieki paliatywnej, ośrodki konsultacyjne, oddziały pobytu dziennego. Choć, jak wskazuje obserwacja życia - znaczna część ludzi umiera w szpitalu, to jednak medycyna współczesna w zupełności zaniedbała opiekę nad nimi. Ludzie ciężko chorują i umierają samotnie, osłonięci parawanem, bez obecności bliskich, za to „w obecności” zabieganego personelu, który jeszcze przedłuża ten ostateczny moment. Lekarze są skoncentrowani na wyleczeniu nawet nie pacjenta, ale jego „jednostki chorobowej”. Chorzy nie chcą umierać w szpitalu, jednak nie zawsze mogą chorować i zakończyć życie w domu, bo pracująca rodzina nie jest w stanie zapewnić im koniecznej opieki. Najczęściej zresztą rodzina jest mała, dwupokoleniowa, nie mająca doświadczenia w postępowaniu z ciężko chorym. Jest on często pozbawiony pomocy, zdany na izolację i samotność. Choć każda, nawet ciężka choroba wydaje się rzeczą naturalną - chory i jego bliscy są bezradni.

Należy pamiętać, że w sytuacji ciężkiej choroby człowiek staje się bardziej egocentryczny, skupiony na sobie i swoich sprawach. W większym niż dotąd stopniu oczekuje zainteresowania i serdecznej pomocy ze strony otoczenia. Bardzo ważne stają się dla niego podstawowe potrzeby: jedzenia, snu, sprawności ruchowej. Ograniczenie możliwości ich zaspokajania powoduje gniew, złość lub przygnębienie. Poczucie zagrożenia wyzwala lęk. Sytuacja choroby przyczynia się do zaniżenia samooceny (na skutek trudności w samoobsłudze, zespencenia). Choroba przekreśla realizację planów, stawia człowieka w sytuacji przymusowej, co stawia pod znakiem zapytania problem wolności. Powstają pytania o sens życia i znaczenie choroby, o istnienie Boga, który może wydać



się choremu niesprawiedliwy. Inni ludzie, a zatem także personel hospicjum nie jest w stanie zaspokoić absolutnie wszystkich potrzeb osoby chorej, a także zlikwidować jej przykrych uczuć. Jednak osoby towarzyszące wnikając w sytuację chorego mogą lepiej zrozumieć jego zindywidualizowane potrzeby. Lepsze ich poznanie pozwala na bardziej skuteczną pomoc. Może warto więc pamiętać, że „Jeśli jest się dobrym i miłosiernym dla drugiego człowieka to wydobyla się z niego to, co ma w sobie najlepsze”.

W hospicjach bezpłatną opieką zapewnioną mają osoby przede wszystkim chore na choroby nowotworowe. Konającym w bólu i osamotnieniu opiekuńcza obecność hospicjanta łagodzi „agonalną udękę”. Hospicjant przyjmuje na siebie bardzo trudną rolę współuczestniczenia w drodze, której sam nie zna. Hospicjum prowadzi swoją misję uczestnika w sytuacji niezwykle dla chorego trudnej. W momencie gdy proces leczenia zakończył się niepowodzeniem, a choroba rozwija się nadal i prowadzi do śmierci, pracownicy hospicjum, ochotnicy lub profesjonaliści łagodzą dramat umierania,

## HOSPICJA - ZADANIA

- \* zwalczanie wszechstronnego bólu,
- \* leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych,
- \* łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych,
- \* pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych,
- \* wspieranie rodzin w czasie trwania choroby i osierocenia,
- \* edukacja zdrowotna osób objętych opieką, członków rodzin oraz pracowników.





służą godnej śmierci. Zgodnie z filozofią w hospicjum nie można okłamywać chorych. Jednak prawda nie może być brutalna. Prawda dotycząca stanu chorego powinna być dawkowana, stopniowo ujawniana, albo przekazana w sposób niezmiernie delikatny, z zachowaniem ostrożności i rozwagi. Śmierć jest stale obecna w postudze hospicyjnej, ale nie w trakcie zgonu, lecz w przecuciu jej bliskości. Z doświadczeń hospicjantów wynika, że dramat umierania łagodzi życzliwa obecność drugiej osoby, głęboka wiara, uśmierzenie bólu, dobra ocena życia, przygotowanie na śmierć. Ważnym czynnikiem łagodzącym jest obecność umierającego we własnym domu. Także praca wolontariuszy z ludźmi naznaczonymi stygmatem śmierci jest trudnym i odpowiedzialnym rodzajem służby społecznej. Wymaga bezinteresownego poświęcenia własnych sił dla dobra drugiego człowieka, wrażliwości, umiejętności łączenia współczucia ze sprawnością działania, wyrozumiałością, cierpliwością dyscypliny emocjonalnej. „Nie możemy robić rzeczy małe z wielką miłością”, mówiła Matka Teresa z Kalkuty.

Hospicjanci przełamują tabu śmierci, przywracają jej wymiar społeczny, wychowując własnym przykładem do pełnego uczestnictwa w najtrudniejszych przeżyciach drugiego człowieka. Znaczna większość hospicjantów pełniąc tę służbę honorowo, pomnaża kapitał postaw pro społecznych, umacnia więzy solidarności międzyludzkiej, łagodzi skutki znieczulicy społecznej. Są oni również ważnymi grupami nacisku. W wyniku swojej działalności uświadamiają problemy ludzi chorych, ukazują potrzebę rozwijania medycyny terminalnej, opieki paliatywnej, nauczania tych przedmiotów w akademiach medycznych i szkołach pielęgniarstwa. Według J. Drażkiewicza udział lekarzy w pracy hospicyjnej jest manifestacją postawy służby choremu, przeciwstawiającej się interesowności i korupcji spotykanej w tym środowisku zawodowym. Wzór ten może oddziaływać wychowawczo, szczególnie na studentów medycyny i młodszych lekarzy, chociaż bywa budujący także dla doświadczonych medyków. „Człowiek, który dzieli się miłością z innymi, sam się uzdrawia duchowo przez tę miłość.” Należy podkreślić, że liczba lekarzy i pielęgniarek zgłaszająca się do pracy w hospicjach stale rośnie.

**Krystyna Kosińska**  
psycholog

# Być konsultantem

**Mamy przyjemność poinformować czytelników Pulsu Szpitala o powołaniu 10 listopada 2009r. dr. hab. n. med. Tomasza Stompora do pełnienia funkcji konsultanta wojewódzkiego ds. nefrologii dla obszaru województwa warmińsko-mazurskiego. Pan doktor w wywiadzie przybliży nam rolę konsultanta.**

## - Jakie obowiązki pełni konsultant wojewódzki ds. nefrologii?

- Sprawuje nadzór merytoryczny i organizacyjny nad jakością usług medycznych oferowanych przez zakłady opieki zdrowotnej osobom chorującym na nerki w województwie. Jest to nadzór nad diagnostyką i leczeniem, w tym nad terapią nerkozastępczą. Wizytuje ośrodki nefrologiczne w regionie, które są najczęściej związane ze stacjami dializ (w naszym regionie jest czynnych 8 takich stacji). W ciągu roku stara się odwiedzać każdą stację i oddział nefrologiczny oraz działające przy nich poradnie, zapoznaje się z panującymi tam standardami, wskazuje ewentualne uchybienia i sposoby ich naprawy.

## - Przyjechał Pan do nas z innego województwa, czy musiał Pan specjalnie przygotowywać się do pełnienia tego zadania w naszym regionie?

- Środowisko nefrologiczne w Polsce jest stosunkowo nieliczne. W kraju działa 220 stacji i nefrologzy zazwyczaj znajdują się pomiędzy sobą. Przed rozpoczęciem pracy w WSS w Olsztynie znalazłem większość ordynatorów oddziałów nefrologicznych i stacji dializ z Warmii i Mazur (w tym wielu swoich obecnych współpracowników z Olsztyna). Dzięki ankiecie wysłanej pod koniec 2009 roku do wszystkich ośrodków poznałem natomiast w szczególności liczbę pacjentów nefrologicznych, uzyskiwane w nich wyniki leczenia, częstość powikłań oraz obsadę lekarską i pielęgniarską. Przy tej analizie korzystałem też z doświadczenia doktora Jana Forzy i danych Narodowego Funduszu Zdrowia. Roczna terapia pacjenta dializowanego to koszt rzędu 65-80 tys. zł, dlatego NFZ dokładnie rozlicza te procedury i prowadzi wnikliwe statystyki.

## - Jakie problemy będzie Pan rozwiązywał wypełniając swoje zadania?

- Pierwszym istotnym problemem, poruszonym często przez media, jest kwestia przeszczepiania narządów – transplantologia nadal nie może powrócić do stanu sprzed roku 2007. Szczególnie ważne jest monitorowanie liczby pacjentów zgłaszanych w regionie do przeszczepienia nerki, a w perspektywie - powołanie ośrodka transplantacyjnego w naszym Szpitalu. Następną

kwestia to wprowadzenie w Szpitalu Wojewódzkim możliwości pełnej diagnostyki chorób nerek, w tym m. in. oznaczanie poziomu wolnych łańcuchów lekkich w nefropatii szpiczakowej, całościowa diagnostyka immunologiczna w chorobach autoimmunologicznych oraz biopsje nerek. Bardzo chcielibyśmy mieć na miejscu konsultującego urologa. Marzeniem byłoby wdrożenie całkowicie innowacyjnych terapii, np. dializa z zastosowaniem błon eliminujących łańcuchy lekkie w szpiczaku ...



## - Jak godzi Pan obowiązki lekarza, wykładowcy akademickiego i konsultanta?

- To dość duże wyzwanie. Staram się być aktywny na polu ogólnopolskim, uczestnicząc w wielu konferencjach i sympozjach jako wykładowca, prowadząc Oddział i Klinikę. Piszę obecnie wspólnie z kolegami ze Szpitala kilka projektów badawczych, które chcielibyśmy wprowadzić w życie. W ubiegłym roku opublikowałem - już jako olsztynianin - kilka artykułów i rozdziałów w książkach. Sporo też recenzuję: doktoratów, publikacji oryginalnych dla czasopism krajowych i zagranicznych. Ostatnio włączyłem się do prac nad programem strategicznym dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Mam nadzieję, że dobrze udaje mi się dotąd łączyć wszystkie te zadania. A dojdzie do nich niebawem organizacja XX Jubileuszowej Konferencji Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego w roku 2012 (wydarzenie porównywalne co najmniej z Mistrzostwami Europy w piłce nożnej...). Po spotkaniu Zarządu Głównego 24 marca ruszamy z przygotowaniem. Chciałbym, aby ta Konferencja była organizowana nie tylko przez nasz Oddział, ale przez całe środowisko nefrologiczne regionu. W październiku natomiast po raz pierwszy do Szpitala i tym samym do naszych Klinik oprócz pielęgniarek zawitają także studenci kierunku lekarskiego.

## - Dziękuję za rozmowę.

core

# Strategia? A cóż to takiego?!

Na dwudniowym, wyjazdowym szkoleniu, 30-osobowa grupa pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie pracowała nad programem strategii.

Strategia - jakie to straszne słowo. Niektórzy mówili „a właściwie co ja tu robię, przecież ja powinienem leczyć, a nie zajmować się jakimiś dziwnymi sprawami”, inni mówili- „przecież to jakaś czarna magia”. Byli też zapaleńcy, którzy twierdzili, że te szkolenia są fantastycznym pomysłem. I kto ma rację? Myślę, że najbliższe miesiące pokażą.

## Parę słów historii

Koncepcja strategii wywodzi się ze starożytności. Wyraz ten pochodzi z greckiego *strategos*, co oznacza sztukę dowodzenia. Grecy dowódcy wojskowi byli bardzo skuteczni, dowodzili armią, zdobywali i utrzymywali terytorium, bronili miasta przed inwazją, niszczyli nieprzyjaciół. Każdy z tych celów wymagał innego wykorzystania zasobów. Dlatego też, strategię wojenną można zdefiniować jako układ konkretnych działań podejmowanych wobec wroga. Grecy dobrze wiedzieli, że strategia to coś więcej niż tylko prowadzenie bitew. Skuteczni wodzowie musieli ustalać odpowiednie linie zaopatrzenia, decydować, kiedy walczyć, a kiedy nie, kierować relacjami panującymi między armią, a obywatelami, politykami i dyplomatami. Rysujący się obraz skutecznego dowódcy to taki, który nie tylko planował ale i działał. Zatem już u starożytnych Greków koncepcja strategii zawierała **elementy planowania** oraz czynnik podejmowania decyzji, czyli **działania**. Łącznie te dwa czynniki stanowią podstawę „generalnego” planu strategicznego(2). Czy to nie jest genialne? Przecież to gotowy plan strategiczny, spróbujemy przenieść to na własny grunt i zastosować w warunkach pokoju. Pruski generał Karl von Clausewitz uważał, że strategia dotyczy stworzenia planu wojny, określenia poszczególnej kampanii wojennych

oraz indywidualnych przedsięwzięć w ich ramach. Stopniowo, w różnych innych dziedzinach życia, a szczególnie w polityce i gospodarce adoptowano ten termin, nie nadając mu już tak jednoznacznej treści. Praktyka i nauki o organizacji i zarządzaniu przyjęły ten termin, jak wiele innych, po II wojnie światowej, początkowo w ramach nurtu badań operacyjnych. W latach pięćdziesiątych ubiegłego stulecia w Stanach Zjednoczonych w ramach nurtu

**Strategia to szeroki program wytyczania i osiągania celów organizacji, reakcja organizacji w czasie na oddziaływanie jej otoczenia(1).**

Long Range Planing zaczęto stosować pojęcie planowania strategicznego, a w okresie szoku naftowego lat 1973-1974 wykreowano termin zarządzania strategicznego.

## Strategia jako narzędzie zarządzania

Definiowanie strategii ma często charakter ogólny, bardzo formalny, bez próby oddania specyfiki problemu. W tych określeniach dominuje ujęcie strategii w formie klasycznej treści planu, tzn. w formie celów, metod (sposobów) i środków. Inni autorzy próbują znaleźć jakiś merytoryczny wyróżnik. Jest nim często pozycja w otoczeniu, interakcja lub nawet walka z otoczeniem. K. Obłój, analizując różne koncepcje strategii organizacyjnej doszedł do wniosku, że choć można byłoby doprowadzić do ujednoczenia różnych stanowisk w imię poprawności metodologicznej, odbyłoby się to kosztem oryginalności teoretycznej i użyteczności praktycznej. Twierdzi, że nie ma żadnej „najlepszej”, czy też „prawdziwej”, „słusznej” koncepcji

strategii. Są natomiast różne podejścia i różne koncepcje. Można je pogrupować w cztery główne ujęcia (3):

- \* Traktowanie strategii jako tworzenie i egzekucja planu działania- podejście najbardziej popularne,
- \* Strategia jako pozycja organizacji względem otoczenia,
- \* Strategia jako względnie trwałe wzorce działania organizacji, jako zbiór pewnych trwałych reguł, sposobów reakcji, wspierany kulturą organizacji,
- \* Strategia jako podkreślenie znaczenia procesu samoidentyfikacji organizacji, odkrywania i kształtowania jej tożsamości, własnego „ja”.

J. A. F. Stoner i inni definiują strategię jako dążenie do odpowiedniego usytuowania organizacji w jej otoczeniu.

**Strategia** jest jednym z podstawowych instrumentów zarządzania. To właśnie dobrej strategii wiele firm w gospodarce rynkowej zawdzięcza swój sukces, a co najmniej równie wiele niepowodzeń można wyjaśnić strategicznymi błędami w zarządzaniu(3).

## Proces zarządzania strategicznego

Zarządzanie strategiczne umożliwia menedżerom systematyczne pojmowanie otoczenia, w których ich organizacja funkcjonuje, a następnie pomaga w podejmowaniu działań.

Zarządzanie strategiczne to proces zarządzania, obejmujący opracowanie planów strategicznych, a następnie działania na podstawie tych planów. Menedżerowie w organizacjach korzystają z dwóch rodzajów planów. Plany strategiczne służą do osiągania ogólnych celów organizacji, zaś plany operacyjne określają sposób wdrażania planów strategicznych do codziennej działalności. Plany strategiczne



Szkolenie - budowanie strategii





i operacyjne są powiązane z misją organizacji, czyli ogólnym celem uzasadniającym jej istnienie. Określenie misji jest oparte na przesłankach planu, czyli na podstawowych założeniach dotyczących miejsca danej organizacji w otoczeniu. Plany strategiczne i operacyjne różnią się pod względem horyzontów czasowych, zakresu oraz stopnia szczegółowości.

### Plan strategiczny w szpitalu?

Co nazywamy planem strategicznym? Czy jest to ważne dla organizacji? Czy bez tego organizacja może efektywnie funkcjonować? Dyrektor - Pani Irena Kierzkowska, aby sprostać wymogom czasu i dynamicznie zmieniającemu się otoczeniu szpitala, podjęła decyzję o budowaniu strategii dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie na najbliższe pięć lat. Zarząd Szpitala wytypował grupę osób, która podjęła się tego wyzwania. Są to pielęgniarki, lekarze, pracownicy szeroko pojętej administracji. Grupa osób wybrana do tworzenia strategii szpitala pracuje od 16 lutego 2010 r. Projekt rozpoczęto ogólnym szkoleniem w szpitalu, w którym wzięli udział członkowie dyrekcji oraz kierownicy wszystkich komórek organizacyjnych szpitala. Następnie 30-osobowa grupa przez kolejne dwa dni zgłębiała tajniki strategii. Początki były trudne. Definicje, liczby, analizy, to wszystko przerażało! Na początku! Po porcji teorii jaką otrzymaliśmy od naszego trenera Pana Marcina Kautscha wszyscy odetchnęli, bo okazało się że „nie taki diabeł straszny...”. Grupę podzielono na kilka zespołów, a każdy z nich otrzymał zadanie, nad którym wszyscy dzielnie pracują. Nie było i nie jest łatwo. Każdy z członków zespołu wykonuje swoją codzienną pracę, a na tę związaną z budowaniem strategii musi zaplanować czas tak, by nie kolidowało to z naszymi codziennymi obowiązkami w szpitalu. Niektóre zespoły spotykają się codziennie. Z wypiękami na twarzy zbierają informacje do opracowania wytyczonych zadań, dyskutują, spierają się, ale to wszystko jest potrzebne, bo najważniejszy jest efekt. Jeszcze w marcu ponownie się spotkamy z naszym trenerem - Marcinem Kautschem. Jestem ciekawa jak nas oceni? Jak oceni nasze dokonania? I czy znowu zachęci uczestników szkolenia do dalszych zmagania ze strategią? Jak wypadliśmy opowiem w następnym numerze *Pulsu Szpitala*.

**dr n. ekon. w zakresie nauk  
o zarządzaniu  
Elżbieta Majchrzak-Kłockocka**

### Literatura:

1. Stoner J.A.F., Frejman R.E., Gilbert D.R., Kierowanie, PWN, wyd. II zmienione, Warszawa 1997.
2. Zarządzanie strategiczne. Koncepcje i metody, pod red. Rafała Krupskiego, wyd. Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego, Wrocław 1998.
3. Oblój K., Koncepcje strategii organizacyjnej, Przegląd Organizacji, 1988 nr 11.

### Podział zadań na zespoły

<b>Otoczenie dalsze</b>	Analiza demograficzna.	<b>BB</b> 1. Kornelia Kotwicka 2. Jacek Zwiernik 3. Wiesława Bednarek 4. Jolanta Szelkowska 5. Jacek Kozicki
	Analiza epidemiologiczna.	
	Analiza gospodarcza.	
	Analiza 5 sił Portera.	
	Analiza PEST.	
<b>Otoczenie bliższe</b>	Analiza rynku, analiza konkurencji.	<b>AA</b> 1. Alicja Biernacka 2. Marta Rusin 3. Marcin Sułkiewicz 4. Marlena Szelağ 5. Alicja Kołtus
	Analiza udziałowców.	
<b>Działalność kliniczna</b>	Wielkość i struktura zatrudnienia oraz liczba udzielanych świadczeń medycznych w podziale na komórki organizacyjne. Portfel usług.	<b>EE/FF</b> 1. Tomasz Stompór 2. Iwona Podlińska 3. Beata Terlikowska 4. Maria Kowalska 5. Tomasz Bujnowski 6. Maria Wiśniewska 7. Ewa Głęboka 8. Gabriela Rudzińska 9. Tomasz Waśniewski
<b>Warunki infrastruktury</b>	Infrastruktura szpitalna i aparatura medyczna w podziale na komórki działalności medycznej.	<b>CC</b> 1. Danuta Jurkowska 2. Mateusz Tyłło 3. Jowita Dubel 4. Leszek Buzun 5. Marek Zawisza
<b>Jakość</b>	System jakości, zakażenia szpitalne, analiza satysfakcji pacjentów, działania marketingowe.	<b>GW</b> 1. Elżbieta Majchrzak-Kłockocka 2. Hanna Taraszkiewicz
<b>Działalność pomocnicza</b>	Działalność pomocnicza i struktury organizacyjne zakładu (organizacja i koszty).	<b>DD</b> 1. Dariusz Onichimowski 2. Joanna Wiktorska-Dąbkowska 3. Jacek Nowak 4. Karina Rzymowska 5. Anna Trzaska
<b>Finanse</b>	Analiza finansowa: zakład jako całość oraz w podziale na komórki. Przychody, koszty.	

Zajęcia prowadzi  
**dr Marcin Kautsch**  
Ekspert Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Adiunkt w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Instytutu Zdrowia Publicznego CMUJ. Zajmuje się m.in. zarządzaniem strategicznym, oceną zakładów opieki zdrowotnej oraz badaniami w zakresie zarządzania zdrowiem publicznym. Konsultant i trener, współautor programów badawczych, współautor książek.

Z cyklu **PREZENTACJE****Jedyny taki zakład w regionie**

**O badaniach, terapii i bezpiecznym promieniowaniu rozmawiamy z dr. Jerzym Badowskim, kierownikiem Zakładu Medycyny Nuklearnej.**

**- Czym jest medycyna nuklearna?**

- Jest to dziedzina medycyny, która wykorzystuje izotopy promieniotwórcze do diagnostyki i terapii. Już ponad 10 lat po tragedii w Hiroszynie i Nagasaki, w okresie największego zagrożenia świata wojną jądrową, w USA zastosowano izotop jodu-131 do diagnostyki chorób tarczycy i do terapii nadczynności tarczycy wywołanej przez guzek gorący gruczołu tarczowego. W latach 60-tych Rosalyn Yalow wprowadziła badania radioimmunologiczne (RIA), wykorzystując izotop jodu-125 do oznaczeń stężenia hormonów we krwi, co stanowiło przełom w endokrynologii i zostało nagrodzone Nagrodą Nobla. W Olsztynie medycyna nuklearna narodziła się w roku 1982 i zaczęła od badań RIA, a jej organizatorem był dr Eugeniusz Dzierżanowski, zmarły w roku 2002.

**- Na czym polega badanie scyntygraficzne?**

- Wykorzystujemy w nim promieniowanie gamma jodu-131 i odczynników znakowanych technetem 99m, podawanych doustnie, dożylnie lub do kanału rdzeniowego. Gamma kamera umożliwiła uwidocznienie na ekranie i papierowym wydruku prawidłowych i patologicznych obszarów gromadzenia radioizotopów, które lekarzowi, specjaliście medycyny nuklearnej pozwalają odpowiedzieć na pytania: z jaką chorobą mamy do czynienia, jaką dalszą diagnostykę proponujemy i czy chory kwalifikuje się do terapii radioizotopowej.

**- Jakie badania i terapie radioizotopowe są wykonywane w Zakładzie Medycyny Nuklearnej?**

- Przeprowadzamy cały zakres badań i terapii potrzebnych w naszym regionie. Są to głównie badania i terapie jodem-131 chorób tarczycy oraz badania scyntygraficzne kości u chorych na raka różnych narządów i paliatywne terapie radioizotopowe przy bólach kości wywołanych przez przerzuty nowotworowe. Poza tym wykonujemy badania scyntygraficzne nerek dyna-

miczne i statyczne, badania wątroby, serca, przytarczyc, płuc, mózgu, przewodu pokarmowego i badania limfocytygraficzne u chorych z rakiem sutka, czerniakiem i obrzękami podudzi. Terapie jodem-131 wykonujemy u chorych z nadczynnością tarczycy i wolem tarczycy guzowatym obojętnym, często olbrzymim, u których potrzeba kilku terapii dokonywanych co pół roku. Stale wzrasta liczba naszych pacjentów, między innymi dlatego, że coraz więcej chorych wybiera leczeniem radiojodem zamiast leczenia operacyjnego.

**- Co z bezpieczeństwem pacjentów i pracowników?**

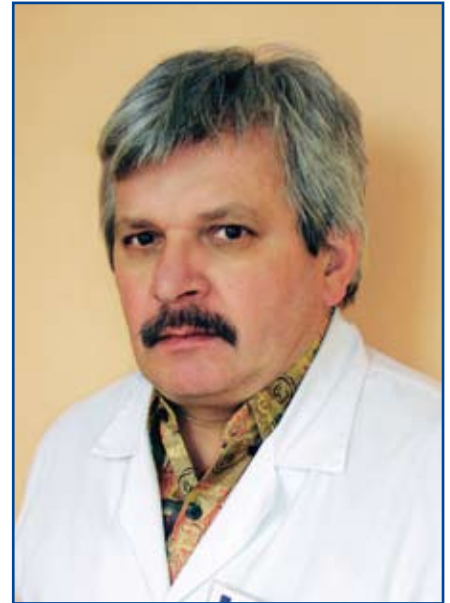
- Badania radioizotopowe przeprowadzane w naszym Zakładzie są bezpieczne dla pacjentów i pracowników. Wykonujemy je nawet u kilkudniowych dzieci z wodonerczem wykrytym w czasie ciąży. Terapie izotopowe nakazują 1-3 tygodniową ostrożność w kontaktowaniu się chorych z otoczeniem. Kadra pracująca w Zakładzie to profesjonaliści doskonale wykonujący dotychczasowe zadania i otwarci na wprowadzanie nowych.

**- Jakim sprzętem dysponuje Zakład?**

- Obecnie do badań scyntygraficznych wykorzystujemy dwie gammakamery – dużą, do badań całego ciała, dynamicznych, statycznych i tomograficznych oraz małą, do badań tarczycy i małych narządów u młodszych dzieci.

**- Jakie są plany rozwoju Zakładu?**

- Jesteśmy w trakcie zakupu nowej gammakamery dwugłowicowej, która umożliwi szybsze i nowocześniejsze wykonywanie badań, szczególnie u chorych z nowotworami. Środki finansowe zawdzięczamy samorządowi wojewódzkie-



mu, a jako jedyny w regionie Zakład Medycyny Nuklearnej wykorzystujemy je dla potrzeb naszego województwa i kilku sąsiednich powiatów. Ponadto do końca roku 2010 planujemy budowę przez prywatnego inwestora ośrodka pozytonowej tomografii emisyjnej (PET/CT) w sąsiedztwie Zakładu, połączonej z jego rozbudową. Liczymy na finansową pomoc Narodowego Funduszu Zdrowia w zaspokojeniu potrzeb naszych pacjentów, którzy zasługują na to, co mieszkańcy innych regionów Polski.

**- Dziękuję za rozmowę.**

core

Zakład Medycyny Nuklearnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie jest jedyną taką placówką w regionie. W Zakładzie wykonuje się wiele specjalistycznych badań i ciągle poszerza się zakres świadczonych usług. Jakość wykonywanych badań i przeprowadzanych terapii jest bardzo wysoka, potwierdzona przez kontrole zewnętrzne prowadzone w ramach międzynarodowego systemu kontroli RIQAS oraz kontrole wewnętrzne przeprowadzane na materiale uzyskiwanym z Ośrodka Dystrybucji Izotopów w Świerku. Lekarze pracujący w Zakładzie posiadają II stopień specjalizacji w zakresie medycyny nuklearnej. Zakład Medycyny Nuklearnej to jednostka, która wykonuje badania niezbędne do postawienia trafnej diagnozy przez lekarza. Dzięki najlepszej jakości wykonywanej pracy, rzetelnej analizie gwarantuje szybki i wiarygodny wynik.



# Historia Zakładu Medycyny Nuklearnej

Zakład Medycyny Nuklearnej przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie otrzymał zezwolenie na działalność wiosną 1983r., jako Pracownia Izotopowa kl. III.

Pracownia Izotopowa powstała z inicjatywy dr. Jana Forfy i prof. Elżbiety Bandurskiej-Stankiewicz. Jej organizatorem i kierownikiem był dr Eugeniusz Dzierżanowski. Miała ona przejąć część badań od Zakładu Medycyny Nuklearnej przy Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Nastawiona była początkowo na badania radioimmunologiczne tarczycy. Od 15 czerwca 1982r. istniała Pracownia Izotopowa w budowie, której byłem pierwszym pracownikiem.

Pierwszym gabinetem był obecny pokój pielęgniarki koordynującej, pomieszczenie tzw. „gorące” było w budowie. Zakład rozbudowywał się i powiększał w ciągu kilku następnych lat, a korytarz – łącznik, w którym istnieje zakład musieli wkrótce opuścić: dr L. Januszko ze swoim zespołem ludzi, p. Nasiadko, ksiądz kapelan Ryszard Szytmiller oraz psycholog. Pierwszymi odczytnikami izotopowymi, zamówionymi przez nas, były zestawy radioimmunologiczne, znakowane  $^{125}\text{I}$  oraz kapsułki diagnostyczne ( $^{131}\text{I}$ ), które podawaliśmy pacjentom na scyntygrafię w Białymstoku.

Nieco wcześniej (pod koniec 1983r.) zaczęliśmy wykonywać renografię izotopową. Zestaw renograficzny był wyposażony w prostą elektronikę i 2-3 sondy z ruchomymi kolimatorami, które przykładano pacjentowi do nerek i ewentualnie do pęcherza moczowego (renocystografia). Znacznikiem przy renografii był hipuran, a izotopem –  $^{131}\text{I}$ . Prawie od początku uruchomienia renografii swoją pracę z izotopami rozpoczął obecny kierownik zakładu – dr Jerzy Badowski. W tym okresie wykonywaliśmy też badanie scyntygraficzne wątroby różem bengalskim połączonym z  $^{131}\text{I}$ .

*Mediso.* Umożliwiło to na znaczne poszerzenie rodzaju i ilości badań scyntygraficznych. Mogliśmy wykonywać badania w trybie spect, dynamicznym i całego ciała. Scyntygrafię tarczycy na scyntygrafie liniowym wykonywaliśmy do 2005r.

Kolejnym przełomem było uzyskanie uprawnień Pracowni Izotopowej kl. II. Wprowadzono wtedy leczenie tarczycy jodem ( $^{131}\text{I}$ ) w systemie ambulatoryjnym, a nieco później paliatywne leczenie przerzutów nowotworowych do kości – strontem ( $^{89}\text{Sr}$ ) i samarem ( $^{153}\text{Sm}$ ).



Kadra Zakładu Medycyny Nuklearnej

W grudniu 2008r. jako pierwszy zakład w Polsce wykonaliśmy badania z użyciem mobilnego PET. W październiku tego roku uzyskaliśmy zezwolenie na stosowanie tritu  $^{90}\text{Y}$  w celu leczenia chłoniaków Zevalinem.

Osobno należy wspomnieć pewien poniedziałek, następujący po 26.04.1986r. Włączyłem, jak zwykle aparat z sondą scyntylicyjną w celu pomiaru tła pomieszczenia i nie bardzo wiedziałem o co chodzi: wskazania były o ok. trzykrotnie wyższe niż zwykle. Dopiero nieco później z radia dowiedziałem się o awarii w Czarnobylu. Był to okres, kiedy można było zebrać ciekawe materiały na ten temat. I skorzystałem z takiej okazji. Robiłem pomiary dozymetryczne w pracowni, ale i na zewnątrz, przy szpitalu. Pamiętam znaczne przekroczenie tła na trawnikach i łączkach. Robiliśmy też pomiary tarczycy ludziom przed i po Lugolu. Nie było znaczących różnic. Spowodowane to było, moim zdaniem, dość jednak późną reakcją rządzących. Akcją podawania płynu Lugola zarządzono ok. tygodnia po wybuchu w Czarnobylu.

Początkowe próbki radioimmunologiczne były zliczane „na piechotę”, każda oddzielnie, w dwóch powtórzeniach, w ciągu jednej minuty, przez sondę scyntylicyjną. Na czas zliczania próbki RIA były zamykane w specjalnym „domku” osłonnym z ołowiu. Domek ten, ważący znacznie powyżej 100kg, służy nam do dzisiaj i jest używany jako bardzo dobra osłona na generator  $^{99}\text{Mo}/^{99m}\text{Tc}$ . Wiosną 1984r. został zakupiony scyntygraf liniowy produkcji węgierskiej.

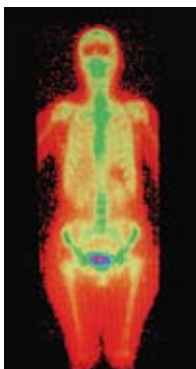
W 1987r. otrzymaliśmy zezwolenie na  $^{99m}\text{Tc}$ . Pozwoliło to nam na rozszerzenie zakresu badań scyntygraficznych. Dużym ułatwieniem w pracy było uruchomienie scyntygrafu liniowego marki *Philips*, który dostaliśmy w darze z Niemiec ok. 1988r. W porównaniu z węgierskim był bardziej czuły, szybszy, mniej awaryjny i łatwiejszy w obsłudze.

W kwietniu 1998r. została zakupiona pierwsza jednogłowicowa gamma-kamera, produkcji węgierskiej, firmy

**Marek Gadkowski**



Badanie scyntygraficzne



Wynik badania



Wyciąg radiochemiczny



Badanie tarczycy

## 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.*



# Zawsze chciałem być lekarzem

Rozmawiamy z dr. hab. n. med. Antonim Dutkiewiczem, wieloletnim ordynatorem oddziału chirurgicznego.

**- Panie docencie, jak to się stało, że zdecydował się Pan na zawód chirurga?**

- Zawsze chciałem być lekarzem i nie potrafię wytłumaczyć dlaczego tak było. Pochodzę z rodziny rolniczej, więc nie miałem tam przykładów takiej pracy. Moja mama powtarzała mi tylko, że praca chirurga jest bardzo ciężka i tu muszę przyznać, nie myliła się. Jednak gdybym dzisiaj miał na nowo podejmować decyzję o wyborze zawodu być może zdecydowałbym tak samo.

**- Gdzie zdobył Pan dyplom lekarza i jak wyglądały początki Pana pracy?**

- Studia rozpocząłem w Witebsku na Białorusi, a w 1957 r. przyjechaliśmy do Polski i swoją naukę kontynuowałem w Szczecinie. Moi rodzice mieszkali w Dobrym Mieście i może dlatego postanowiłem podjąć pracę w Olsztynie. Od 1962 r. rozpocząłem pracę w Szpitalu Wojewódzkim, najpierw przy ul. Mariańskiej, a od 1 grudnia 1970 r. przy ul. Żołnierskiej. Ordynatorem oddziału był dr Mieczysław Szałkiewicz. Był on dla mnie wzorem chirurga i dzięki niemu wiele się nauczyłem. Kiedy dr Szałkiewicz przeszedł na emeryturę kierownictwo nad oddziałem w 1990 r. powierzono mnie. Kontynuowałem pracę mojego poprzednika rozwijając coraz bardziej pracę oddziału.

**- Jak wówczas wyglądał oddział chirurgiczny i praca w tym oddziale?**

- Oddział chirurgiczny był pierwszym oddziałem chirurgii naczyniowej w naszym regionie (poza Elblągiem). Dzięki powstałemu działowi diagnostyki obrazowej i badaniom angiologicznym możliwa była praca chirurgów naczyniowych. Operacje naczyniowe zaczęły się od „ostrych” przypadków, takich jak zatętnienie, urazy tętnic, a później miały też miejsce zabiegi planowe związane z leczeniem przewlekłego niedokrwienia kończyn, czy

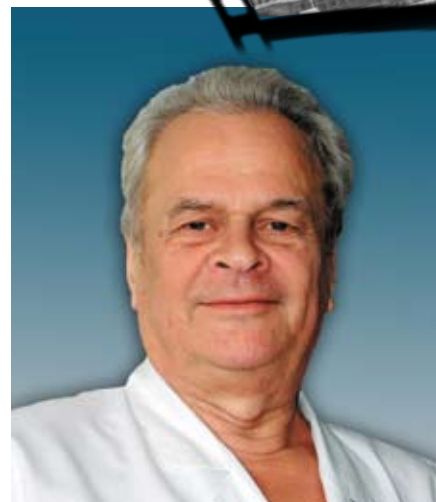
tętniaków aorty brzusznej, operacje tętnic szyjnych.

**- Jakie sukcesy zawodowe udało się Panu osiągnąć?**

- Na pewno sukcesem jest uzyskanie doktoratu. Tematem pracy, opartej na materiale chorych leczonych w naszym oddziale, było: „Odrębności lecznicze przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych w cukrzycy”. W 1988 r. uzyskałem, pod kierownictwem naukowym profesora Wojciecha Noszczyka w Warszawie, tytuł doktora habilitowanego. Tematem habilitacji była „Przydatność aparatu (gilotyny) Le Vena do udroźnienia dalszego odcinka tętnicy głównej i tętnic biodrowych”. Sukcesem było również to, że doczekałem w 2002 r. emerytury. W oddziale pracuje dobrze wykształcony zespół chirurgów, a następcą na stanowisku ordynatora jest mój uczeń. Dzisiaj pracuję w szpitalu w niepełnym wymiarze godzin. Nadal operuję i biorę czynny udział w pracy oddziału. W latach 1990 – 2001 byłem konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chirurgii ogólnej, a od 2002 r. konsultantem w dziedzinie chirurgii naczyniowej. Od 2008 r. nawiązałem współpracę z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim gdzie jako profesor UWM, prowadzę wykłady na Wydziale Nauk Medycznych. Jest to kolejne trudne wyzwanie w mojej karierze zawodowej. Pracując w zawodzie udało mi się wydać drukiem 64 prace naukowe w piśmiennictwie polskim. W latach 1997-2001 byłem zaangażowany w działania Towarzystwa Chirurgów Polskich, gdzie pełniłem funkcję Przewodniczącego Zarządu Oddziału Warmińsko-Mazurskiego Towarzystwa.

**- Jakie ciekawe przypadki medyczne szczególnie utkwiły Panu w pamięci?**

- Najbardziej zapadają w pamięci porażki, bo mimo, że staramy się zrobić wszystko co w naszej mocy, nie zawsze operacja kończy się sukcesem. Jednak



chirurg, który załamie się przy porażce, przestaje być chirurgiem. Porażki motywowały mnie do jeszcze lepszej pracy. Były też i ciekawe operacje np. pierwsza w tym oddziale operacja pękniętego tętniaka aorty brzusznej. Bywały takie sytuacje, że do tego typu operacji wyjeżdżałem poza granice Olsztyna, gdyż nie można było przewieźć pacjenta do naszego szpitala. Obecnie obserwuje się wzrost liczby tętniaków i wykonujemy wiele planowych zabiegów zapobiegających pęknięciu tętniaka. Na pewno bardzo ciekawym przypadkiem prawie 30 lat temu, było przysycie amputowanej gilotyną dłoni. Przywieziono pacjentkę, która uległa wypadkowi w fabryce sklejk. Zdarzyło mi się również zoperować chorego z raną kłutą serca. W pracy tej trzeba mieć dużą odporność na „wstrząsy”.

**- Jak w takim razie odreagowuje Pan stres, z którym mierza się Pan każdego dnia w pracy?**

- Od 30 lat mamy z żoną działkę ogrodniczą, gdzie w miarę możliwości staramy się spędzać miło czas. Lubię czytać różnego rodzaju książki, ale niestety czasu na to ciągle jest zbyt mało.

**- Dziękuję za rozmowę.**

**Barbara Szymczuk**



# Geneza olsztyńskiej chirurgii

**Historia Szpitala Wojewódzkiego w polskim Olsztynie trwa już ponad 60 lat. Oddział chirurgiczny w Szpitalu przy ul. Mariańskiej został otwarty 20 stycznia 1946 roku, a ordynatorem został dr med. Jan Janowicz - organizator chirurgii olsztyńskiej. Otwarcie nowego Szpitala Wojewódzkiego w 1970 roku było jedynie dalszym krokiem w możliwościach wprowadzania postępów w leczeniu chorych w Olsztynie.**

Chirurgia w nowym szpitalu była kontynuacją osiągnięć zapoczątkowanych przez ordynatorów oddziału chirurgicznego: dra Jana Janowicza, Antoniego Terajewicza, Mieczysława Pimpickiego i Mieczysława Szwałkiewicza. Dr Mieczysław Szwałkiewicz z przygotowanym do nowych zadań zespołem 1 grudnia 1970 roku przeniósł się do otwartego oddziału chirurgicznego w nowym szpitalu, aby kontynuować dzieło chirurgicznego leczenia chorych. W oddziale chirurgicznym wreszcie pozostała chirurgia ogólna po powstaniu oddziałów chirurgii ortopedyczno-urazowej i neurochirurgii. Natomiast dr M. Szwałkiewicz już dawno dostrzegł „nową” grupę chorych naczyniowych, którym należało zapewnić leczenie na miejscu, aby nie musieli jeździć do klinik oddalonych od Olsztyna w granicach powyżej 200 km. Jak widzimy, już od dawna była stosowana w praktyce zasada: „Pacjent przede wszystkim”.

Dr med. Mieczysław Szwałkiewicz i jego współpracownicy odbyli szkolenia w Klinikach Chirurgii Naczyniowej i w 1971 roku przeprowadzone zostały pierwsze planowe operacje tętnic, poprawiające ukrwienie kończyn w prze-

biegu miażdżycowej niedrożności tętnic, a liczba tych operacji rosła z roku na rok prawie lawinowo. Potrzeba zmuszała do wprowadzania nowych typów operacji naczyniowych: przetoki tętniczko-żyłne do hemodializ - 1978 r., operacje tętniaków aorty brzusznej w 1981 r., udrożnienie tętnic szyjnych w 1998 r. Rozwój chirurgii naczyniowej pozwolił na przemianowanie w 2003 roku oddziału na Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej.

W pracy oddziału chirurgicznego dr Mieczysław Szwałkiewicz oprócz „rzemiosła” chirurgicznego wprowadzał elementy naukowe, zarażając swoich współpracowników dociekliwością naukową oraz ucząc ich samodzielności. Zaowocowało to uzyskaniem tytułu naukowego doktora nauk medycznych przez siedem osób oraz przez jedną osobę tytułu doktora habilitowanego. Ośmiu jego współpracowników zostało ordynatorami. W Oddziale Chirurgicznym naszego szpitala były stosowane nowe metody lecznicze oraz nowopowstałe techniki chirurgiczne wprowadzane do medycyny - wymienię tu tylko



**Operacja przyszcicia amputowanej gilotyną dłoni**

technikę laparoskopową oraz żywienie pozajelitowe.

Wypełniając codzienne obowiązki przy łóżku chorego i na sali operacyjnej, pełniąc liczne dyżury, znajdowano czas na chwile odpoczynku, na szkolenia w ośrodkach akademickich, na zjazdy naukowe, wyjazdy zagraniczne i spotkania towarzyskie. Były odznaczenia, były unikalne operacje, czasem świętowano sukcesy oddziałowe i osobiste, przeżywano porażki, które pamiętano zazwyczaj najdłużej.

**dr hab. n. med.  
Antoni Dutkiewicz**

## III Zima Ortopedyczna

**W styczniu 2010 roku w Hotelu Anders w Starych Jabłonkach odbyła się konferencja naukowa poświęcona uszkodzeniom i schorzeniom nerwów obwodowych w obrębie kończyny górnej oraz powikłaniom w chirurgii kręgosłupa.**

Organizatorami konferencji byli: Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala Miejskiego w Elblągu oraz Stowarzyszenie Wspierania Ortopedii im. prof. Stefana Bołoczko. Honorowy patronat objęli: prof. Jan Haftak – nestor neurochirurgii polskiej oraz prof. Wojciech Marczyński, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego.

W konferencji uczestniczyło 123 lekarzy ortopedów, neurochirurgów, radiologów i rehabilitantów z całej Polski, ale oczywiście najwięcej było z województwa warmińsko-mazurskiego i województw ościennych. Swoją obecnością zaszczyliło konferencję 9 profesorów ortopedii i neurochirurgii będących kierownikami klinik. Szczególnie ser-

decznie, poza honorowymi patronami, witani byli prof. Wojciech Maksymowicz – dziekan Wydziału Medycznego UWM i kierownik Katedry i Kliniki Neurochirurgii oraz prof. Daniel Zarzycki - kierownik Katedry i Kliniki Ortopedii UJ w Krakowie.

W części naukowej konferencji w IV sesjach zostało wygłoszonych 20 referatów, spośród których największym zainteresowaniem cieszył się wykład wprowadzający, wygłoszony przez prof. Andrzeja Nowakowskiego - kierownika Kliniki Chirurgii Kręgosłupa UM w Poznaniu pod tytułem: „Kręgosłup w sztuce”, w którym autor przedstawił uwidaczniane deformacje kręgosłupa w sztuce poczynając od okresu V wieku p.n.e., poprzez okres pierwszych chrześcijan, kulturę Majów, okres średniowiecza, oświecenia, aż do obecnego okresu, pokazując jednocze-

śnie metody ich leczenia w czasach starożytnych i obecnie. Każdy z wykładów wywoływał dyskusję wśród uczestników, która przerosła się w trakcie przerwy do kularów oraz na sale wystawowe.



Po raz pierwszy równolegle z Konferencją Lekarzy odbyła się Sesja Pielęgniarek Instrumentariuszek przygotowana przez instrumentariuszki Bloków Operacyjnych w Szpitalach Wojewódzkich w Olsztynie i Elblągu. Wygłoszone zostały 4 referaty przygotowane przez pielęgniarki z Olsztyna, Elbląga i Gdańska oraz warsztaty prowadzone przez przedstawicieli firm sprzętowych. Tak Konferencja Lekarzy jak i Sesja Pielęgniarska zostały przez uczestników wysoko ocenione i już spotkaliśmy się z zapytaniem o przyszłoroczne spotkanie.

**lek. med. Antoni Kołakowski**

# Grypa – fakty i mity

Rok 2009 upłynął nam głównie pod znakiem wielkiego kryzysu ekonomicznego i pandemii „świńskiej” grypy. Oba te zjawiska zapełniały szpalty gazet od Wall Street Journal po Fakty i wylewały się z ekranów telewizorów. Nic więc dziwnego, że można poczuć się zagrożonym i zdezorientowanym. Na ekonomii się nie znam, więc ten wątek pomiję. Na wirusach właściwie też nie, ale z racji wykonywanego zawodu i zainteresowań zebrałam pokaźną pulę artykułów i informacji z wiarygodnych, związanych z medycyną źródeł (informacja u autora) i spróbowałam poukładać je w całość, aby oddzielić prawdę i fikcję na temat grypy.

## Co to właściwie jest grypa?

Jest to zespół objawów klinicznych związanych z ostrym zakażeniem układu oddechowego wywołanym przez wirusa grypy (Influenza Virus).

Grypę łatwo pomylić z tzw. „chorobą przebiegniową” – czyli objawami zakażenia układu oddechowego wywołane przez szereg innych wirusów (np. RSV, Parainfluenza Virus itp.).

W efekcie zwykły katar, kichanie, ból gardła nazywamy często mylnie gripą. Nie zmienia to faktu, że ani jednej choroby, ani drugiej nie należy lekceważyć, ale też i nie demonizować.

Wirus grypy co roku (głównie na przełomie jesień/zima) nawiedza naszą szerokość geograficzną, wywołując tzw. gripę sezonową. Co kilkanaście – kilkadziesiąt lat obserwuje się masowe zachorowania na nową odmianę grypy – wywołane przez mocno zmieniony podtyp wirusa. Mówi się wtedy o pandemii.

Najbardziej znaną gripą pandemiczną jest tzw. „hiszpanka”, która w 1918 roku spowodowała śmierć 20-40 milionów ludzi. W latach 60-tych około 1 milion ofiar pochłonęła odmiana azjatycka grypy, a w latach 70-tych podobną liczbę zgonów wywołała grypa Hong Kong.

W czasach nam najbliższych zetknęliśmy się z „ptasią gripą” AH5N1, która, mimo dość wysokiego wskaźnika śmiertelności i obawom WHO, nie rozprzestrzeniła się po świecie.

Druga połowa 2009 roku upłynęła pod znakiem „świńskiej grypy” AH1N1v.

Można sobie zadać pytanie: dlaczego wśród całej masy wirusów wywołujących zakażenia dróg oddechowych, wirus grypy cieszy się tak złą sławą? Co powoduje, że w czasach rozwiniętej

medycyny co roku na gripę umiera kilka tysięcy ludzi, a co kilkadziesiąt lat kilka milionów? Siła wirusa grypy tkwi w jego zdolności do ciągłego zmieniania swej budowy, umiejętności kamuflowania się przed układem immunologicznym gospodarza.

Każdego roku szczepy wirusa „sezonówki” są izolowane od chorych i wykorzystywane do produkcji szczepionek, które będą użyte w następnym roku. Pomimo, że takie szczepionki są lekko „przeterminowane”, to uważane są za skuteczne, gdyż co prawda wirus sezonowy zmienia się co rok, ale tylko nieznacznie. Dzięki nim oraz kontaktom z osobami chorymi/nosicielami, układ odpornościowy „uczy się” agresora. Wirus pandemiczny natomiast zmienia się na tyle radykalnie, że układ odpornościowy nie rozpoznaje przybysza i nie jest w stanie go zatrzymać. Co więcej, reaguje bardzo histerycznie i rozpoczyna kaskadę reakcji niewspół-

mierną do zagrożenia. Im silniejszy organizm, tym mocniejsza reakcja. Stąd prawdopodobnie na gripę AH1N1v chorowały bardzo często osoby młode. Pamiętajmy jednak, że umierały głównie osoby z poważną chorobą podstawową, u których zakażenie wirusem grypy AH1N1v pogorszył istniejący już stan.

Z dotychczasowych danych wynika, że wirus pandemiczny był bardziej zakaźny od sezonowego, ale nie powodował większej śmiertelności. AH1N1v wyróżniał się także tym, że atakował osoby młode, a główną przyczyną komplikacji było wirusowe zapalenie płuc (objaw – krwioplucie), a nie jak w przypadku sezonówki, wtórne zakażenia bakteryjne.

W większości przypadków (80%) zachorowania na gripę pandemiczną AH1N1 mają przebieg łagodny lub średnio ciężki, choroba ustępuje samistnie po 5-7 dniach, a obraz kliniczny nie różni się od grypy sezonowej.

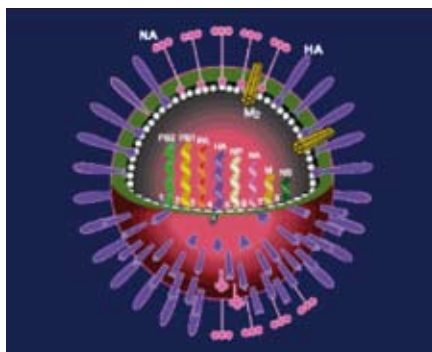
W Polsce dostępne są leki antygrypowe: oseltamiwir (Tamiflu) i zanamiwir (Relenza) aktywne wobec grypy typu A i B oraz amantadyna (Viregyt K) i rymanadyna (Rinantin) – aktywne tylko wobec grypy A.

Leczenie antywirusowe nie jest zalecane osobom, które mają niepowikłany lub łagodny przebieg i nie są w żadnej z powyżej wymienionych grup wysokiego ryzyka.

W przypadku lekkiego lub umiarkowanie ciężkiego przebiegu grypy zaleca się







**Wirus grypy**

zastosowanie tradycyjnych sposobów leczenia: odpoczynek w łóżku, dużo snu, picie dużej ilości płynów, izolacja chorego (szczególnie od osób z grupy zwiększonego ryzyka powikłań grypy). Leki przeciwgorączkowe i przeciwbólowe - paracetamol, niesteroidowe leki przeciwzapalne, a w razie potrzeby leki przeciwkaszlowe, leki kurczące naczynia błony śluzowej nosa lub roztwory soli do nosa.

Powszechnie stosowane leki, takie jak witamina C i rutozyd, są nieskuteczne. Także w przypadku leków homeopatycznych (np. Oscillococcinum) - korzystne działanie nie zostało potwierdzone.

**Czy i w jaki sposób można zabezpieczyć się przed zakażeniem?**

Nie ma co prawda 100% zabezpieczeń, ale można zastosować następujące zabiegi:

- \* szczepienia ochronne- jest to najskuteczniejsza metoda ochrony i nawet jeśli nie uchroni przez zakażeniem,

to prawdopodobnie zmniejszy ryzyko powikłań i złagodzi przebieg choroby. Na rynku polskim dostępne są szczepionki przeciwko grypie sezonowej – co rok aktualizowane, zbadane pod kątem skuteczności i ewentualnych objawów ubocznych. Pojawiły się szczepionki przeciwko grypie AH1N1v, ale wzbudzają dużo kontrowersji ze względu na pośpiech, w jakim je wytwarzano, brak dostatecznej ilości badań klinicznych oraz metodykę produkcji.

- \* higiena rąk - po raz pierwszy tak głośno zaczęto mówić o roli dłoni w przenoszeniu zakażenia, w mediach pojawiły się spoty tłumaczące, dlaczego można się zarazić wirusem, przenoszącym się przeciw drogą kropelkową, dotykając klamki, a potem ust.
- \* higiena kaszlu i toaleta nosa - chory powinien zasłaniać chusteczką jednorazową usta podczas kaszlu i kichania, a następnie wyrzucić ją do kosza i dokładnie umyć ręce; gdy nie ma chusteczki, usta należy zasłonić rękawem (kaszel „w rękaw”); do oczyszczenia nosa używać chusteczek jednorazowych, a po jednokrotnym użyciu wyrzucić chusteczkę do kosza i dokładnie umyć ręce. Te zasady powinny właściwie obowiązywać przy każdej infekcji dróg oddechowych objawiających się kaszlem i kichaniem.
- \* unikać kontaktu twarzą w twarz, tłumów, zgromadzeń.

- \* często dokładnie wietrzyć pomieszczenia, w których przebywają chorzy lub osoby potencjalnie zakażone.
- \* maseczkę zakrywającą usta i nos (np. chirurgiczną, dentystyczną lub inną specjalnego przeznaczenia medycznego) należy nosić cały czas w przypadku bliskiego kontaktu z chorym na grypę w pomieszczeniu (np. w domu, szpitalu lub przychodni). Powinien ją nosić także chory na grypę, aby zmniejszyć ryzyko zakażenia innych.

**Podsumowanie**

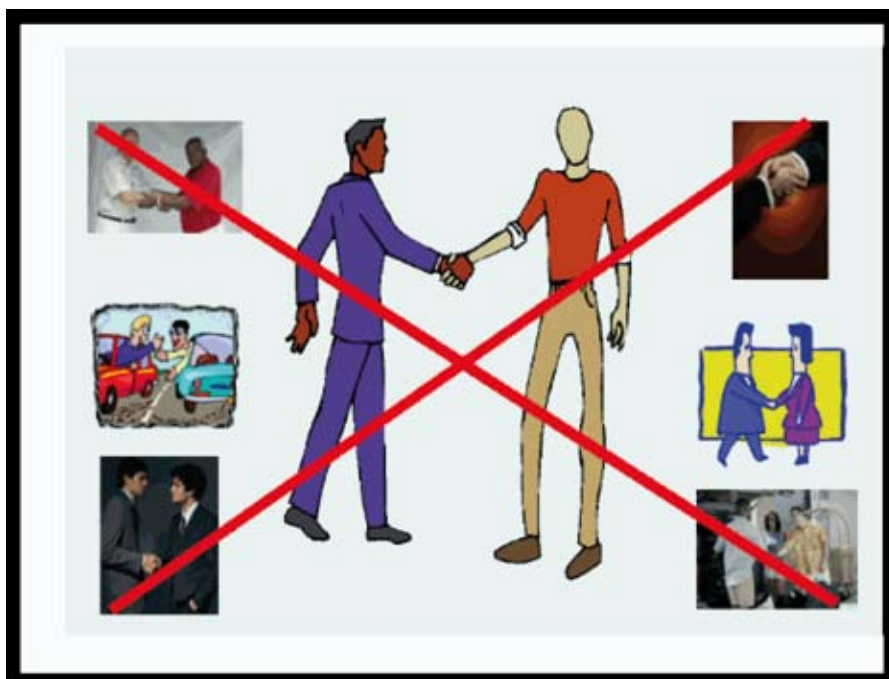
Wirus grypy, bez względu na nazwę i otoczkę medialną jest patogenem, z którym każdy z nas może się zetknąć i prawdopodobnie styka się co roku. Nie każda osoba z kontaktem ulegnie zakażeniu. Jeżeli jednak zachowujemy – nie zawsze przebieg choroby będzie ciężki (często kończy się katarem lub 1-2 dniową niedyspozycją). W zdecydowanej większości przypadków typowej grypy (łamanie w kościach, gorączka, uczucie rozbicia itp.) wystarczy zastosować sprawdzone domowe sposoby, o których była mowa powyżej. Ale należy pamiętać, że wirus, który obszedł się z nami łagodnie – u innej osoby może wywołać zakażenie ciężkie w przebiegu i skutkach. Dlatego tak ważne jest unikanie kontaktu ze zdrowymi ludźmi, gdy nie musimy się z nimi spotykać. Lepiej przeleżeć pod kocykiem 2 dni i nie pozwolić rozwinąć się infekcji, niż kichając i kaszłąc, na miękkich nogach iść do pracy, szkoły i rozchorować się całkowicie zarażając przy okazji innych.

Grypa była, jest i będzie. Trzeba liczyć się z tym, że za chwilę pojawi się nowa odmiana wirusa (już mówi się o grypie koziej) i że media będą zalewały nas informacjami o zagrożeniach, zgonach i tragicznych wizjach. Nie należy wpadać w panikę. Stosując się do powyższych zaleceń i zachowując zdrowy rozsądek, możemy w dużej mierze uchronić siebie i bliskich przed zakażeniem.

Żeby się nie bać – trzeba poznać wroga, w czym, mam nadzieję, trochę pomogłam.

Ze szczerymi życzeniami zdrowia.

**Anna Onyszk**

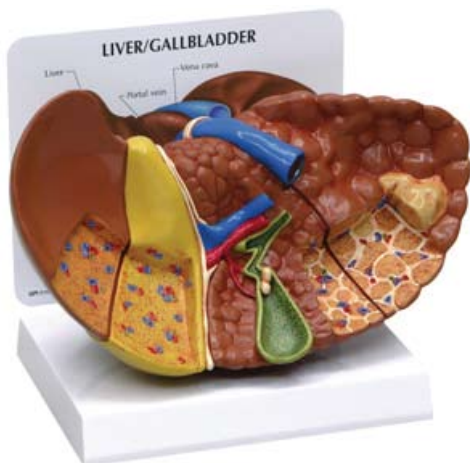


# Ostre zapalenie wątroby typu A

Wątroba jest narządem mięsowym o masie ok. 1500-1700 g u mężczyzn i o ok. 200 g mniejszym u kobiet. Przepływająca krew może zwiększyć masę wątroby o ok. 500-800 g.

Wątroba podzielona jest na 4 płaty anatomiczne: prawy, lewy, czworoboczny, ogoniasty.

W większości jest pokryta błoną surowiczą, pod którą znajduje się błona włóknista (tzw. torebka wątroby). Wątroba jest unaczyniona przez: żyłę wrotną (70%) i tętnicę wątrobową (30%). Unaczynienie dzieli ją na 8 segmentów (tzw. podział czynnościowy, który nie odpowiada podziałowi anatomicznemu). 95% masy wątroby stanowią żyjące ok. 1 roku komórki wątrobowe (hepatocyty). Komórki te ulegają apoptozie, ale obdarzone są dużymi zdolnościami do regeneracji.



Powierzchnie boczne hepatocytów przylegają do siebie tworząc jednorzędowe beleczki, oplecione siecią naczyń, do których przylega bok komórki, zwany biegunem naczyniowym. Wewnątrz beleczek, między komórkami wątroby biegną włosowate kanalikule żółciowe. Łączą się z sąsiednimi uchodząc do początkowych przewodników żółciowych (kanały Heringa). Te z kolei uchodzą do większych przewodników żółciowych międzyzrądkowych w przestrzeniach wrotnych, uchodzących z kolei do przewodów żółciowych o coraz większej średnicy. Tradycyjną jednostką morfologiczną wątroby jest zrzalik wątrobowy. W jego centralnej części znajduje się żyła środkowa, do której promieniście biegną beleczki wątrobowe. Obwód wytaczają przestrzenie wrotne (bramno-żółciowe), biegną tu żyły i tętnice międzyzrądkowe, naczynia limfatyczne oraz przewody żółciowe. Pojedyncza warstwa hepatocytów, tworzących ograniczenie przestrzeni wrotnych, to blaszka graniczna. Krew

z naczyń międzyzrądkowych (odgałęzienia żyły wrotnej oraz tętnicy wątrobowej) dopływa do naczyń zatokowych i spływa do żył środkowych zrądków, które z kolei tworzą żyły podzrądkowe przechodzące w żyły wątrobowe.

Wątroba jest narządem uczestniczącym w metabolizmie:

- \* węglowodanów
  - magazynowanie (glikogeneza)
  - wytwarzanie (glukoneogeneza)
  - uwalnianie (glikogenoliza)
- \* gospodarce tłuszczowej
  - przekształcanie węglowodanów i białek w tłuszcze
  - synteza lipoprotein (LDL i HDL)
  - synteza fosfolipidów
  - synteza cholesterolu
  - hydroliza lipidów do kwasów tłuszczowych z ich  $\beta$  oksydacją (i tworzeniem ciał ketonowych), wytwarzanie Acetylo-CoA (z zamianą na kwas acetooctowy).

Cholesterol jest wykorzystywany do wytwarzania kwasów żółciowych.

- \* przemiana białek
  - wytwarza m.in. białka osocza (albuminy, protrombina, fibrynogen, czynniki krzepnięcia VII, IX, X)
  - aminokwasy
  - pochodne aminokwasów (glutamina, tauryna)
  - transaminacja
  - ketokwasy, amoniak
- \* gromadzi witaminy A, D, B<sub>12</sub>, żelazo związane z ferrytyną
- \* detoksykacja
  - związków endogennych (m.in. hormonów)

Wątroba uczestniczy w przemianie i wydalaniu końcowego produktu przemiany hemu-bilirubiny. Wytwarzana w wątrobie żółć umożliwia trawienie tłuszczu. W wątrobie zachodzą także procesy immunologiczne:

- \* aktywność fagocytarna (degradacja i prezentacja antygenów),
- \* procesy antygenowo swoiste i nieswoiste.

Niejednokrotnie, w czasie zbierania wywiadu chorobowego od pacjenta, na pytanie na co pan/pani chorował/ła słyszymy w odpowiedzi: Miałam/em żółtaczkę! Hm... No właśnie, jak to jest?

Zażółcenie powłok skórnych, tak powszechnie zwane żółtaczką jest objawem chorób wątroby i dróg żółciowych, trzustki, ale także niektórych niedokrwistości, powikłań przewlekłych chorób nerek. W powszechnym mniemaniu określenie to jednak kojarzy się z przebiegiem ostrego zapalenia wątroby (WZW).

Przyczyną są wirusy:

- \* pierwotne hepatotropowe: A, B, C, D, E
- \* wtórnie hepatotropowe: EBV, CMV, HSV-1, -2, różyczki, ospy wietrznej, ECHO, odry, żółtej gorączki, adenowirusy.

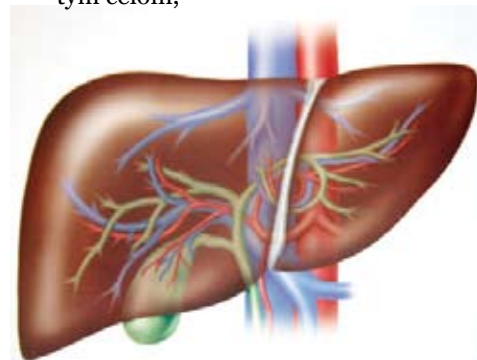
Zapalenie wątroby w tym przypadku jest jednym z objawów zakażenia uogólnionego o określonym przebiegu klinicznym.

## Ostre zapalenie wątroby typu A (WZW A)

Czynnikiem wywołującym jest wirus RNA z rodziny Picornaviridae. Jedyne rezerwuarem są ludzie. Wirus jest wydalany z kałem. Zakażenie następuje drogą pokarmową (stąd określenie „choroba brudnych rąk”), możliwe jest także zakażenie przez skażoną igłę wśród narkomanów (w fazie ostrej wirerii), kontakty seksualne (szczególnie związki homoseksualne). Wirus występuje na całym świecie, endemicznie w rejonie basenu Morza Śródziemnego, krajach Europy Wschodniej, Rosji, krajach o niskim standardzie higieny.

Czynnikami ryzyka są:

- \* pobyt w rejonie endemicznym,
- \* kontakt bliski z chorym,
- \* spożywanie owoców morza (zwłaszcza skorupiaków i surowych ostryg),
- \* prace przy usuwaniu odpadów komunalnych, płynnych nieczystości i konserwacja urządzeń służących tym celom,





- \* spożycie skażonej wody i pokarmu,
- \* homoseksualne kontakty seksualne.

Okres wylegania wynosi 15-30 dni. Wirus jest wydalany z kałem przez 1-2 tyg. przed wystąpieniem objawów klinicznych i ok. 1 tyg. po ich wystąpieniu (okres zakaźności). Wiremia występuje w okresie wylegania choroby i do 30 dni fazy ostrej.

Przebieg choroby może być:

- \* bezobjawowy,
- \* subkliniczny oraz objawowy, w postaci:
  - beżółtaczkowej,
  - żółtaczkowej,
  - cholestatycznej.

Objawami ostrego WZW A mogą być: ogólne osłabienie, męczliwość, nudności, wymioty, bóle brzucha, mięśni i stawów. W postaci cholestatycznej pojawia się świąd skóry. Może występować, w różnym stopniu, zażółcenie powłok skórnych i białek (postać żółtaczkowa), zauważamy wówczas ściemnienie moczu i rozjaśnienie stolca. Objawom zwiastunowym może towarzyszyć nieznaczne powiększenie wątroby.

Badanie laboratoryjne:

- \* ↑ aktywności ALAT i ASPAT (zwykle ALAT>ASPAT),

- \* ↑ bilirubiny w postaci żółtaczkowej,
- \* ↑ ALP i GGTP w postaci cholestatycznej.

Badania serologiczne:

- \* anty HAV w klasie IgM (stopniowo zanikają),
- \* anty HAV w klasie IgG (pozostają do końca życia).

Przebieg choroby: objawy ostre ustępują po kilku dniach. Choroba trwa średnio 6 tyg. do ok. 3 m-cy. Nie wywołuje przewlekłego zapalenia wątroby.

Leczenie: nie ma leczenia przyczynowego.

Stosujemy:

- \* leczenie niefarmakologiczne:
  - odpoczynek,
  - dieta (70% węglowodany, 10-20% tłuszczów, 10% białek, zakaz spożywania alkoholu),
  - unikanie czynników toksycznych (np. leki metabolizowane w wątrobie wywołują cholestazę),
- \* leczenie farmakologiczne: nie ma swoistego leczenia przeciwwirusowego. Można stosować leki wspomagające (preparaty sylimaryny itp.).

Zapobieganie:

- \* nieswoiste: przestrzeganie zasad higieny
- \* swoiste:



- szczepienia anty HAV (skuteczność 94-100%): u dorosłych 2 dawki 1 ml domięśniowo w odstępie 6-12 m-cy, u dzieci dawka 0,5 ml,
- szczepionki skojarzone anty HAV i anty HBV stosuje się w 3 dawkach (0-1-6 m-cy),
- immunoprofilaktyka bierna – po ekspozycji u osób podatnych na zakażenie podajemy naturalną immunoglobulinę ludzką 0,02-0,03 mg/kg masy ciała, domięśniowo (do 5 ml w jedno miejsce). Stosujemy takie leczenie 6-14 dni po styczności z chorym. Podanie immunoglobuliny zmniejsza ryzyko zachorowania o >85%.

cdn.

**lek. med. Marzena Kuliś**

## Bez barier

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie od 2005 r. realizuje inwestycje likwidujące bariery architektoniczne oraz pozwalające na wymianę i uzupełnienie sprzętu medycznego, umożliwiającego zastosowanie najnowocześniejszych metod rehabilitacji.**

Szpital jako realizator programu Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) pn. „Program wyrównywania różnic między regionami II” w 2010 r. realizuje projekty w ramach obszaru A i B.

W ramach obszaru A Szpital realizuje projekt „Zrób z nami pierwszy krok – doposażenie WSS w Olsztynie w sprzęt rehabilitacyjny niezbędny do rehabilitacji osób niepełnosprawnych”. Inwestycja dotyczy zakupu sprzętu, służącego do rehabilitacji osób niepełnosprawnych na kwotę 134 459,97 zł,

kwota dofinansowania z PFRON 40 337,99 zł.

Zakup nowego sprzętu przeznaczonego na oddział rehabilitacyjny w znacznym stopniu poprawi jakość i dostęp do usług rehabilitacyjnych świadczonych osobom niepełnosprawnym. Sprzęt, który znajduje się w projekcie pozwoli na osiągnięcie czterech wytycznych Wiktora Dega, warunkujących prawidłową i efektywną rehabilitację. Zachowane zostaną: wczesność, ciągłość, powszechność i kompleksowość w rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Ponadto nowe urządzenia pozwolą na zachowanie ciągłości w rehabilitacji, często z powodu braku odpowiedniej ilości sprzętu, pacjenci niepełnosprawni muszą czekać, aż urządzenie rehabilitacyjne zostanie udostępnione, do sprzętu tworzą się kolejki, co jest powodem przedłużenia okresu rehabilitacji i zmniejszenia efektywności rehabilitacji.

W ramach obszaru B Szpital realizuje projekt „Szpital bez barier – dostosowanie pomieszczeń WSS w Olsztynie do potrzeb osób niepełnosprawnych”. Inwestycja dotyczy likwidacji barier ar-

chitektonicznych: dostosowanie chodnika do potrzeb osób niepełnosprawnych łączącego budynek izby przyjęć planowych i rejestrację szpitalną z ul. Żołnierską, dostosowanie łazienki dla potrzeb osób niepełnosprawnych w budynku izby przyjęć planowych oraz w Oddziale Otolaryngologicznym i Laryngologii Onkologicznej, wymiana posadzki oraz wykładzin na antypoślizgowe, montaż uchwyty i poręczy dla osób niepełnosprawnych w Oddziale. Całkowita wartość projektu 233 576,66 zł, kwota dofinansowania 70 072,96 zł.

Realizacja projektu sprawi, iż Szpital będzie otwarty i przyjazny osobom niepełnosprawnym, a osoby niepełnosprawne przebywające na terenie Szpitala będą czuły się bezpiecznie.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie przy realizacji projektów będzie kierował się zasadą, że w przypadku osób niepełnosprawnych należy pamiętać o tym, aby coś co ma służyć i pomagać, nie stanowiło utrudnienia.

**Alicja Biernacka**

# Zmiany w „mieszkaniówce”

Od lutego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie obowiązuje nowy Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Wbrew obawom wielu osób, do nowego regulaminu zostały wprowadzone korzystniejsze dla pracowników zmiany. Większe kwoty przyznawania pożyczek, dłuższe terminy spłaty, zmniejszone ich roczne oprocentowanie – to główne poprawki w ZFŚS.

W kwietniu 2009 r. dyrekcja Szpitala wprowadziła regulacje płacowe i w związku z tym należało również wprowadzić zmiany w zasadach działalności socjalnej. Na początku 2010 roku rozpoczęły się prace nad przygotowaniem nowego regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Nad poprawkami pracowała cała komisja, wraz z Panią Elżbietą Wrzecionkowską, która czuwała nad prawidłowością prawną nowego regulaminu. Ostatecznie został on zatwierdzony i podpisany przez wszystkie związki zawodowe działające w WSS w Olsztynie, a także Dyrektora WSS w Olsztynie i wszedł w życie 9 lutego 2010 r.

W związku z tym, że zainteresowanie wprowadzonymi poprawkami do regulaminu, jak i samymi świadczeniami ZFŚS jest ogromne, postanowiliśmy jeszcze raz dokładnie przybliżyć Państwu cele, na jakie mogą być wypłacone świadczenia, zasady ich przyznawania, a także o jakie kwoty można się starać.

Każdy etatowy pracownik ma prawo do korzystania z dofinansowania, które przysługuje nam z utworzonego w naszym szpitalu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych. Pieniądze te wypłacane są na różne cele, np. na dofinansowanie do letniego wypoczynku pracowników, czy na zapomogi losowe i inne cele socjalne.

## Kto korzysta?

Uprawnionymi do korzystania z funduszu są:

- \* pracownicy aktualnie zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy przy umowie zawartej na czas nieokreślony,
- \* pracownicy zatrudnieni w niepełnym wymiarze czasu pracy, jeżeli jest to ich podstawowe zatrudnienie, wysokość świadczenia ustala się

proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy pracownika,

- \* emeryci, renciści – byli pracownicy Szpitala, dla których był on ostatnim miejscem zatrudnienia,
- \* pracownicy przebywający na urloпах wychowawczych,
- \* członkowie rodzin pracownika zmarłego w czasie zatrudnienia, którzy byli na jego utrzymaniu.

Z uprawnień wyłącza się pracowników na urlopie bezpłatnym.

## Dofinansowanie do wypoczynku dzieci

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

Dofinansowanie przysługuje raz w roku, a jego wysokość ustala się na podstawie dochodu brutto przypadającego na jednego członka w rodzinie (dochód udokumentowany zaświadczeniem o zatrudnieniu i dochodzie współmałżonka średnią z ostatnich trzech miesięcy). Jeżeli na jednego członka w rodzinie przypada 800 zł brutto, przysługuje 55% dofinansowania. W sytuacji, kiedy przypada od 801 zł do 1800 zł brutto przysługuje nam 45% dofinansowania. Nie można ubiegać się o dofinansowanie, jeśli dochód na jednego członka w rodzinie przekracza 1800 zł brutto.

Maksymalna wysokość rachunku, do której przysługuje dofinansowanie ustala się na kwotę 1300 zł.

## „Mieszkaniówka”

Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych zapewnia nam również pożyczki zwrotne na cele mieszkaniowe w wysokości 4 000 zł i 8 000 zł dla wszystkich pracowników, również emerytów i rencistów – byłych pracowników Szpitala. Oprocentowanie takiej pożyczki wynosi 3% w stosunku rocznym. Jej przyznanie uzależnione jest od kilku rzeczy:

- \* przede wszystkim pożyczkę musi poręczyć nam 2 aktualnie zatrudnionych na umowę o pracę pracowników Szpitala,

\* wniosek o pożyczkę może być złożony po okresie jednego miesiąca od spłaty ostatniej raty poprzedniej pożyczki,

\* udzielenie pożyczki mieszkaniowej jest możliwe w przypadku, gdy wynagrodzenie jest wolne od potrąceń, które uniemożliwiają udzielenie kolejnej pożyczki i jej spłatę.

Czas spłaty pożyczki ustala się na okres nie dłuższy niż 4 lata. – *W losowych przypadkach Komisja Socjalna może zawiesić spłatę pożyczki do dwóch miesięcy, przedłużyć okres spłaty pożyczki maksymalnie do 5 lat lub ją umorzyć* – mówi Teresa Gryniewicz, przewodnicząca Zakładowej Komisji Socjalnej. – *Spłata pożyczki następuje w miesięcznych ratach i rozpoczyna się w przeciągu następujących dwóch miesięcy od daty przyznania. Wnioski zawsze rozpatrywane są w kolejności wpływu, po potwierdzeniu przez Dział Księgowości o spłacie poprzedniego zadłużenia.*

Z chwilą rozwiązania umowy o pracę pracownik musi rozliczyć się z pożyczki, w wyjątkowych sytuacjach ustalić z dyrektorem szpitala dalszą formę spłaty. W przypadku śmierci pożyczkobiorcy, gdy rodzina nie jest w stanie spłacić pozostałego zadłużenia, niespłacona część pożyczki może ulec umorzeniu na wniosek poręczycieli.

## Bezzwrotna pomoc finansowa

Osoby w trudnej sytuacji materialnej mogą uzyskać bezzwrotną zapomogę lub inne świadczenia, po złożeniu odpowiednio umotywowanego wniosku. Warunek uzyskania takiej pomocy jest jeden. Łączny dochód w gospodarstwie domowym nie może wynosić więcej niż 500 zł brutto na jednego członka w rodzinie. Wysokość pomocy ustala się w wysokości 300 zł brutto na pracownika oraz 200 zł brutto na każde dziecko w wieku do 20 lat (uczące się). – *Pracownik może ubiegać się również o zapomogę losową w wysokości nie więcej niż 1000 zł raz w roku, w przypadku zdarzeń losowych, takich jak: zniszczenie domu spowodowane pożarem, huraganem, powodzią, ciężkie przewlekłe choroby pracownika lub członka rodziny, a także inne, które Komisja Socjalna uzna za zasadne* – dodaje Teresa Gryniewicz.





## Wczasy pod gruszą

Każda osoba po przepracowaniu, co najmniej 12 miesięcy w Szpitalu, raz w roku może ubiegać się o dofinansowanie indywidualnych wczasów pracowniczych. Warunkiem przyznania świadczenia jest złożenie wniosku z załączoną kartą urlopową na okres 14 dni kalendarzowych. Ile wynosi „gruszka”? Pracownik zarabiający do 2000 zł brutto otrzyma 800 zł brutto, zarabiający od 2001 zł do 4000 zł brutto otrzymają 700 zł brutto dofinansowania, zarabiający od 4001 zł do 5000 zł otrzymają 600 zł, natomiast tym, którzy zarabiają powyżej 5000 zł brutto, zostanie przyznana kwota 500 zł brutto. – *Co bardzo ważne, środki zakładowego funduszu świadczeń socjalnych niewykorzystane w danym roku kalendarzowym nie przepadają, przechodzą na rok następny* – mówi Teresa Grynkiewicz.

Dostęp do pomocy socjalnej muszą mieć w pierwszej kolejności i w największym rozmiarze osoby, które w porównaniu z innymi pracownikami mają trudniejszą sytuację życiową, rodzinną i materialną. – *Nowością w regulaminie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych jest wprowadzenie zapisu, że pracownikowi w związku z finansowaniem działalności socjalnej przysługuje w roku kalendarzowym pomoc rzeczowa do kwoty 380 zł lub pomoc rzeczowa i gotówkowa do kwoty 380 zł, albo gotówka do 380 zł i wartość tej pomocy jest wolna od podatku* – mówi Ewa Wilińska, członek ZFŚS. – *Już pod koniec 2009 roku Szpital zrezygnował z zakupu bonów dla pracowników, aby nie płacić od tego podatku w wysokości 18 % i wszyscy pracownicy otrzymali pomoc rzeczową właśnie w kwocie 380 zł.*

mag

# „Myszki” w szpitalu

**W ramach kształtowania relacji partnerskich od 2004 r. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie współpracuje ze Studenckim Naukowym Kołem Fotograficznym „Myszki”, działającym przy Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie. Owocem współpracy jest utworzenie Galerii Fotograficznej w holu szpitala.**

Od stycznia 2010 roku w holu głównym pojawiły się nowe prace. Na przepięknych, barwnych zdjęciach króluje malownicza Hiszpania, których autorką jest Katarzyna Leszczyńska. Do Hiszpanii wyruszyła zaraz po studiach i swoje wrażenia uwieczniła na fotografiach. – *Postanowiłam poświęcić kilka miesięcy swojego życia na coś, co wzbogaciłoby mnie na gruncie innym niż zawodowy - podróżowanie i poznawanie innej kultury, nowego języka, praca na rzecz środowiska naturalnego. Dlaczego akurat Hiszpania? Bo to fascynujący kraj, z wyrazistą kulturą, przepięknymi krajobrazami, ognistym językiem i temperamentem osób go używających* – mówi Pani Kasia.

Co najbardziej zachwyca „oko” artystki? Krajobrazy, ich różnorodność oraz kontrasty. Dlatego na zdjęciach możemy podziwiać przepięknie zielone wybrzeża deszczowej Galicji, płaskie i całkiem wyschnięte latem tereny Tierra de Campos w prowincji Palencia (Kastylija-León), spektakularne góry Picos de Europa, zapierający dech w piersiach kanion Hoces del Rio Duraton z kołującymi nad nim sępami (prowincja Segovia). – *Zafascynowała mnie również architektura: pałac i ogrody mauretańskiej twierdzy Al-*

*hambra, ogrom przepięknych katedr i kościołów, a także fiestas, czyli hucznie obchodzone hiszpańskie święta, gdzie wszyscy razem bawią się na ulicach - od małego brzdąca, po przedstawicieli starszego pokolenia* – dodaje Pani Kasia.

Druga część wystawy poświęcona jest makrofotografii, której autorami są Marek Masłowski i Mariusz Błaszczak, licealiści. – *Fascynujemy się makrofotografią, dlatego że jest to konkretna i odmienna dziedzina fotografii, pokazuje to, czego nie możemy dostrzec gołym okiem* – mówi Marek Masłowski. – *Przed wszystkim wzbudzają w nas podziw niesamowite detale, szczegóły, które udaje się uchwycić na zdjęciach, a także wspaniała gra kolorów i światło.*

Wierzymy, że nasza Galeria złamała stereotyp o zimnym i bezosobowym Szpitalu, a także zaspakają pierwszą podstawową potrzebę studenckich twórców – potrzebę pokazania się szerszej publiczności. Mamy nadzieję, że Galeria Fotograficzna pozwoli ludziom na chwilę zapomnienia o chorobach, być może będzie również kształtowała wrażliwość artystyczną i estetyczną odbiorców.

mag

### Skład komisji ZFŚS:

#### Teresa Grynkiewicz

– przewodnicząca komisji, ZZP

#### Katarzyna Czerniawska

– za-ca przewodniczącej komisji, NSZZ „Solidarność”

#### Eugenia Jac

– członek komisji, OZZPiP

#### Elżbieta Wikłacz

– członek komisji, OZZPiP

#### Alicja Najdzion

– członek komisji, OZZPiP

#### Małgorzata Jasutowicz

– członek komisji, NSZZ „Solidarność”

#### Ewa Wilińska

– członek i przedstawiciel Działu Służby Pracowniczej



# Wspomogliśmy WOŚP!

**XVIII Finał Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy odbył się 10 stycznia 2010 r. i po raz drugi poświęcony był onkologii dziecięcej.**

W Polsce jest kilkanaście centrów onkologii dziecięcej z doskonałą kadrą, jednak nie są one dostatecznie wyposażone w najnowocześniejszy sprzęt potrzebny do diagnostyki i leczenia małych pacjentów. Ambicją Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy było stworzenie kilkudziesięciu dodatkowych miejsc w Polsce (po kilka w każdym województwie), gdzie rodzice - skierowani przez pediatrę - będą mogli spotkać się ze specjalistą i wykonać badanie w ramach wczesnej diagnostyki. I na ten cel zbierane były pieniądze w czasie XVII Finału, który był ogromnym sukcesem (zebrano ok. 40 mln zł). Okazało się jednak, że zebrana kwota jest niewystarczająca i WOŚP nie jest w stanie zrealizować w pełni swoich planów. Dlatego w tym roku po raz drugi orkiestra zagrała dla onkologii dziecięcej.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie po raz kolejny przyłączył się do akcji 18 Finału WOŚP. W niedzielę, 10 stycznia 2010 roku mieszkańcy naszego regionu już od godziny 8.00 mogli skorzystać z darmowych badań, konsultacji, porad, a także masażu leczniczych. W holu głównym Szpitala zlokalizowane zostało stoisko z chlebkiem w kształcie serca. Każdy, kto przyłączył się do akcji WOŚP i wrzucił swój „grosz” do puszek, otrzymał podarunek w postaci „świętecznego” wypieku. Stoisko obsługiwały 3 wolontariuszki Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. W Szpitalu wrzucano pieniądze w sumie do 5 puszek.

## Bezpłatne konsultacje bez skierowania

Przez 4 godziny swoją wiedzą i doświadczeniem służyło pacjentom dwóch specjalistów: dr hab. n. med. Tomasz Stompór, prof. UWM, ordynator oddziału nefrologicznego, hipertensjologii i chorób wewnętrznych WSS w Olsztynie oraz dr n. med. Jerzy Górny, ordynator oddziału kardiologicznego WSS w Olsztynie.

Już podczas wcześniejszej rejestracji telefonicznej pacjentów, którzy chcieli dostać się do naszych specjalistów w ramach WOŚP widać było, jak wielkie jest zainteresowanie akcją. Po 15 mi-

nutach od uruchomienia linii telefonicznej nie było wolnych miejsc na badania. Aby zaspokoić potrzeby tak dużej liczby osób, zarówno prof. Tomasz Stompór, jak i dr Jerzy Górny zaproponowali, aby wydłużyć godziny przyjmowania. - *Uważam, że wszyscy powinni włączać się do takich akcji charytatywnych, to jest forma solidarności z potrzebującymi* – mówi Jerzy Górny. - *Wiem, że mało jest lekarzy kardiologów w naszym województwie,*



*wiem, jakie są do nas kolejki, dlatego wzięcie udziału w WOŚP było nie tylko formą wsparcia akcji Jurka Owsiaaka, ale również dania szansy pacjentom potrzebującym pomocy.*

## Masaże lecznicze

Trzech znakomitych masażystów: Krzysztof, Małgorzata i Wojciech Fogt wykonało 120 zabiegów masażu leczniczego.

- *Cztery lata temu brałam udział w WOŚP i wówczas sama zebrałam do puszeki 1000 zł – mówi Małgosia Fogt, technik masażysta. – Bardzo mi się spodobało, że mogłam włączyć się do tej akcji, dlatego zaproponowałam naszym masażystom, abyśmy wzięli udział w XVIII finale. Zarówno Krzysiek, jak i Wojtek chórem mi przyklasnęli. W końcu trzeba pomagać dzieciom, szczególnie tym chorym, które i tak już dużo wycierpiały w swoim życiu.*

Pacjenci przyjeżdżali z odległych miejscowości (Bartoszyce, Augustów, Ostróda, Nidzica), aby poddać się temu

zabiegowi leczniczemu. Mimo, że akcja skończyła się w Szpitalu o godz. 13.00, to pan Krzysztof Fogt został o wiele dłużej. - *Nie miałem serca odmówić wykonania zabiegu pozostałym osobom, które przyszły i mimo, iż nie były umówione, to miały nadzieję na masaż z powodu złego samopoczucia* – mówi Krzysztof Fogt. - *Poza tym zależało nam również na zebraniu jak największej sumy dla orkiestry. Każdy pacjent po wykonanym masażu wrzucał pieniądze do puszek. Pacjenci byli bardzo zadowoleni z naszych usług i od razu zapisywali się na kolejne zabiegi, refundowane już przez NFZ. Zachwalali nas, że nigdzie tak dobrze nie zostali wymasowani, dawno tak dobrze się nie czuli, niektórzy dzwonili do nas jeszcze następnego dnia z podziękowaniami, inni przychodzili w tym celu osobiście.*

Dodatkowo, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie wspomógł WOŚP, oferując do licytacji w Radiu Olsztyn 10 godzinnych zabiegów profesjonalnego masażu akupresurowo- limfatycznego Jerzego Czernego, wykonywanego przez Krzysztofa i Małgorzatę Fogt, o wartości 1000 zł.

## Darmowa cytologia, badania laboratoryjne

Ponad 20 pacjentek skorzystało również z darmowych badań cytologicznych, wykonanych przez panią Monikę Kaliszuk, położną oddziałową oddziału ginekologiczno- położniczego i ginekologii onkologicznej WSS w Olsztynie.

W Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej WSS w Olsztynie mieszkańcy Olsztyna i okolic mogli również wykonać darmowe badania laboratoryjne – zmierzyć poziom glukozy i cholesterolu we krwi. Z badań skorzystało 50 pacjentów.

Pacjenci, którzy tego dnia leżeli w szpitalu, a także osoby odwiedzające mogli obejrzeć specjalnie przygotowane Jasełka, wystawione w sali konferencyjnej szpitala, w wykonaniu dzieci z Koła Misyjnego, działającego przy Szkole Podstawowej nr 34 w Olsztynie.

**Magdalena Kantorczyk**







# Kawiarenka Rodzinna „Mama Cafe”

**Życie mamy nie jest łatwe – z pewnością nie raz przekonały się o tym panie bez skutku szukające lokalu przyjaznego mamie i dziecku. Nareszcie i w Olsztynie jest miejsce, w którym mamy i przyszłe mamy, znajdują dogodne warunki. Do tej kawiarenki można wejść z wózkiem dziecięcym. Kawiarnia dysponuje toaletami wyposażonymi w przewijaki, a także podstawką pod nóżki dla dziecka korzystającego z toalety. Poza tym podczas spotkań przy kawce nasze pociechy czują się szczęśliwe, bo przebywają z innymi dziećmi w specjalnym pokoju zabaw.**



Karolina Wilkowska - właścicielka „Mama Cafe”

Pomysłodawcą i właścicielką tego lokalu jest pani Karolina Wilkowska, mama 5,5 - letniej Laury, która sama wie z jakimi problemami zmagają się mamy. W Kawiarni Rodzinnej „Mama Cafe”, bo tak nazywa się lokal, wszystko jest przyjazne dzieciom i ich rodzicom. Poza niewielką kawiarenką jest tu przytulna salka, pełna bajecznych kolorów. Dzieci mają do dyspozycji wiele zabawek: klocków, samochodzików i mini zjeżdżalnię do baseniku z piłeczkami. W najbliższym czasie pojawi się telewizor, w którym będą wyświetlane najróżniejsze bajki. Mamy, które karmią piersią swoje dzieci, znajdują dla siebie intymny kącik, za parawanem. -*Postanowiłam coś takiego stworzyć podczas wyjazdu do Darłowa - zdradza pomysł powstania kawiarni pani Karolina Wilkowska. - Tam właśnie spotkałam się z takim rozwiązaniem, gdzie kawiarenka posiadała wydzielony kącik dla dzieci. Od tamtej pory pomysł dojrzał w mojej głowie. Zbierałam na ten temat informacje i wiem, że takich lokali w całej Polsce jest około 10, a cieszą się dużym zainteresowaniem. Mam nadzieję, że i nasze mamy, i nie tylko mamy, docenią możliwość skorzystania z tej oferty. Zapraszam wszystkich, którym miła*

*jest obecność dzieci. Mogą to być tatusio- wie, babcie i dziadko- wie, mamy w ciąży i opiekunowie dzieci. Ważne na pewno jest to, że w całym lokalu obowiązuje zakaz palenia, a środowisko sprzyja również dzieciom, które mają skłonność do alergii. Toaleta jest dostosowana dla osób niepełnosprawnych. W realizacji tego pomysłu pomogła mi Akademia Małego Biznesu w ramach działania 6.2., o której poinformowano*

*mnie w Urzędzie Pracy. Dostrzegłam w tym szansę dla siebie. Mój projekt został przyjęty w sierpniu 2009 r., a od grudnia zaczęłam pierwsze zakupy. Otworzyłam kawiarenkę 2 lutego tego roku. We wszystkim wspierali mnie mąż i rodzina zarówno pracą, jak i duchowo.*

Pan Jacek Wilkowski, mąż pani Karoliny wspomina. - *Gdy zobaczyłem lokal pierwszy raz budził on grozę. Wszystko było w bardzo złym stanie i wymagało kapitalnego remontu. Karolina jednak pełna entuzjazmu mówiła: tu tylko wyburzymy ścianę, tu tylko usuniemy kraty, tu tylko przeniesiemy ujęcie wody. Cóż pozostało, brać się TYLKO do roboty. Każdy etap pracy bardzo nas jednak cieszył, tym bardziej, że powolutku wszystko nabierało kształtu. Na pewno jeszcze będziemy wszystko doskonalić w miarę pojawiających się potrzeb. Wiele osób, które zaglądały do nas wyraziło swoją pozytywną opinię co do pomysłu takiej kawiarenki, jak i jej wyglądu. Ludziom podoba się również i to, że część zabawowa jest nieco oddalona od kawiarenki, co daje możliwość spokojniejszego spędzenia czasu osobom w niej przebywających, ale jest*

*również możliwość pójścia z kawą czy herbatą do salki dzieci.*

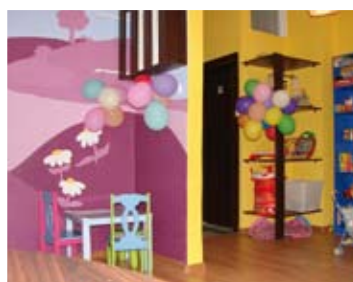
Dla dzieci 0-2 letnich oraz 2-5 letnich są specjalne krzeselka do karmienia. - *Dzieci nie chcą stąd wychodzić – mówi pani Karolina, niezwykle miła i uroczo uśmiechnięta właścicielka. Naprzeciwko kawiarenki jest osiedlowy plac zabaw dla dzieci. Między innymi dlatego wejście do „Mama Cafe” jest właśnie z tej strony, a nie od ulicy. Menu dostosowane jest dla każdego. Znajdziemy tu wiele gatunków kaw, nawet kawę bezkofeinową, ponadto cały wachlarz herbat: czarną, zieloną, białą i owocową. Jest także kakao z dużą pianką i czekolada. Można kupić pyszne ciasta i deserki dla dzieci, herbatniki, chrupki czy jajka niespodzianki. Są soki i napoje.*

Pani Karolina ma szersze plany związane z wykorzystaniem pomieszczeń lokalu. Można tu będzie organizować urodziny, komunie, baby schowers (przyjęcia dla mam spodziewających się dziecka). - *Myszę o prowadzeniu spotkań tematycznych o muzyce i plastyce i wywiadów z ciekawymi ludźmi – mówi pani Karolina. Wszystko zależy będzie od potrzeb i pomysłów osób, które zechcą skorzystać z tej formy wypoczynku. Salka zabaw jest nieodpłatna, ale oczywiście dotyczy to osób, które zamówią w kawiarence gorący napój.*

Kawiarenka czynna jest od poniedziałku do piątku w godz. 10:00 - 18:00, a w soboty od 14:00 - 19:00 i niedziele w godz. 11:30 - 18:00. Znajduje się ona na osiedlu Pieczewo przy ul. Gębika 2 lok. 40 (po dawnej aptece), wejście od strony osiedlowego placu zabaw.

**Barbara Szymczuk**

Wylosowana osoba, która rozwiąże krzyżówkę z „Pulsu Szpitala” otrzyma od pani Karoliny zaproszenie do Kawiarenki Rodzinnej „Mama Cafe”.





# Na Radzie Społecznej

W dniach 14 grudnia 2009 oraz 11 stycznia 2010 r. w sali konferencyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie odbyły się posiedzenia Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

W posiedzeniach uczestniczyli członkowie Rady Społecznej, dyrekcja Szpitala oraz związki zawodowe. Na spotkaniu 14 grudnia członkowie Rady pozytywnie opiniowali:

- \* Korektę planu finansowego na 2009 rok.
  - \* Korektę planu inwestycyjnego na rok 2009.
  - \* Wydzierżawienie na okres 10 lat części nieruchomości gruntowej zabudowanej, położonej w Olsztynie przy ul. Żołnierskiej 18, obręb ewidencyjny Nr 75, dz. nr 67.
  - \* Zmiany w Statucie Szpitala - w § 3 Statutu WSS w Olsztynie dodany został pkt. 4 o brzmieniu: „Szpital realizuje zadania z zakresu spraw obronnych i OC wg oddzielnych przepisów”.
  - \* Zmiany w Regulaminie Porządkowym Szpitala - zmiana nazwy pracowni badań naczyniowych na pracownię rentgenodiagnostyki zabiegowej.
  - \* Zmiany w Regulaminie Rady Społecznej przy WSS w Olsztynie - w § 4 Regulaminu Rady Społecznej dodany został pkt. 7 o brzmieniu: „W sytuacjach o charakterze wyjątkowym uchwały Rady Społecznej mogą być podejmowane w drodze głosowania bez posiedzenia Rady Społecznej...”.
  - \* Zakup aparatury medycznej i sprzętu współfinansowanego z Ministerstwa Zdrowia.
  - \* Zakup aparatury medycznej i sprzętu ze środków własnych Szpitala.
  - \* Przyjęcie darowizny przez WSS w Olsztynie – darowizna gotówkowa w wysokości 25 000 zł przekazana przez Michelin Polska S.A. Oddziałowi Ginekologiczno-Położniczemu i Ginekologii Onkologicznej.
- Na spotkaniu 11 stycznia członkowie Rady pozytywnie opiniowali:
- \* Plan finansowy na 2010 r.
  - \* Plan inwestycyjny na 2010 r.

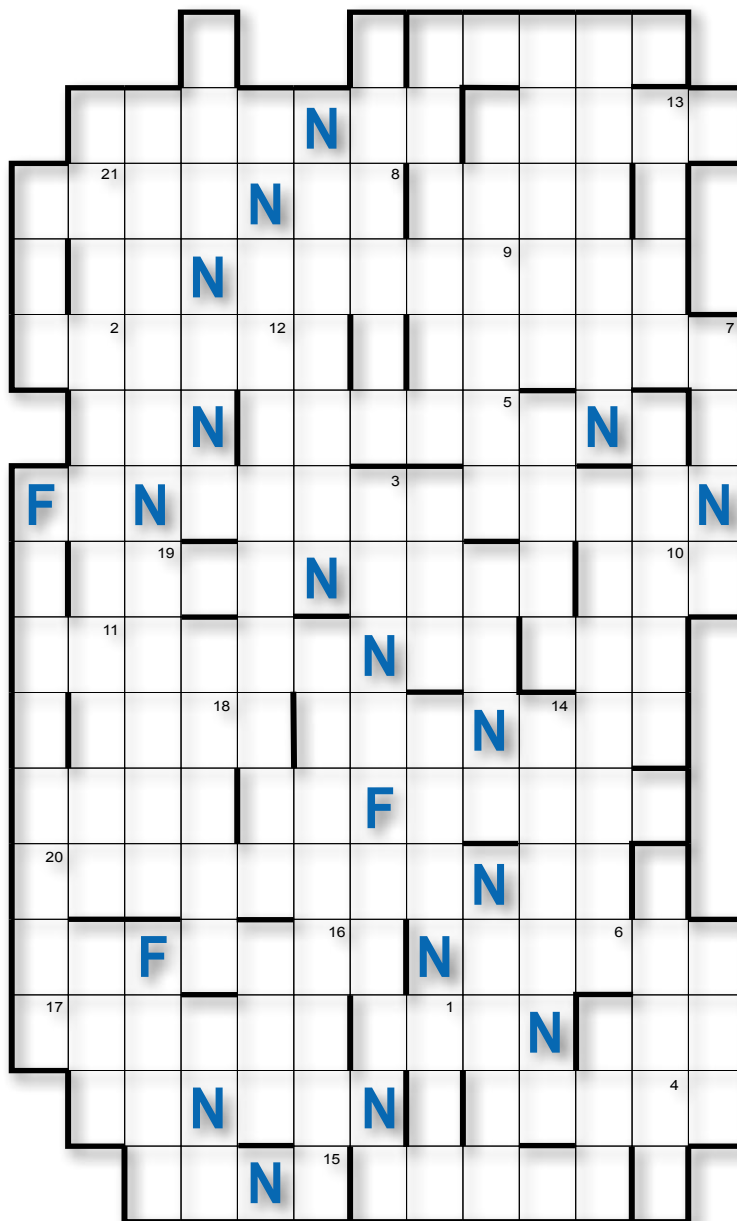
Alicja Biernacka

# Krzyżówka

## Jolka 27

Objaśnienia 61 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery F i N. Na ponumerowanych polach ukryto 21 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim przysłowie polskie. Hasło w zaklejonej kopercie prosimy zostawić w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy.

Nagrodę - książkę oraz koszulkę otrzymują: **Renata Rybak i Hanna Kościńska**. Gratulujemy. Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



- Albert, noblista za badania biologii komórki (1974) • wielki las • Wyspa Wielkanocna • Aida lub Halka • nasz biskup senior • błona surowicza jamy brzusznej • z chwałą • uczestniczki redyku • płynie w Skopie • ignorant • mąż • kamień, delficki środek Ziemi • izraelski kaem • na jego rzecz benefis • główny port Jemenu • butapirazol • stała opłata • wzgórze nad Damaskiem • poker lub domino • kiwi • pd. ramię delty Renu • akwariowa żyworódka • na krechę po stoku • uratowany z Sodomy • ironicznie o referacie • roślina na opium • taniec z Moulin Rouge • dymi nad Katanią • uroczysty strój męski • góry z Corno Grande • imię dyrektora, który szefował nam najdłużej • Wschód • ozdoba na paznokcie • Jan Maria, mąż Nelly • pierwotny tytuł opery „Fidelio” • zapalenie stawów • dzienny przychód • udomowienie • wąż z „Księgi dżungli” • blaszany Grassa • krzepi • filozof z Królewca • słam dunk z NBA • wyspa z Borgholmem • bohater w masce • gangrena • lód na rzece • miasto z zakładami Zeissa • Iwan następca Beringa • system zbiórki ścieków • narząd oddechowy • krakowscy zduni • uchodzi w Lizbonie • twórczyni abakanów • średniowieczna rękojmia • tętnica główna • budynek z ustępem • mieszkanie • wyżyna z Ankarą • masa do pieczętowania • Auguste, lekarz Napoleona III

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru Pulsu Szpitala:  
"Znać dobrze po mowie, co się dzieje w głowie"



*(...) Witaj, witaj, kwiatku biały,  
Główkę jasną zwróc do słońka,  
Już bociany przyleciały,  
W niebie słyhać śpiew skowronka.*

*Stare wierzby nachyliły  
miękkie baze ponad kwiatkiem:  
Gdzie jest wiosna? Powiedz, miły,  
Czyś nie widział jej przypadkiem?  
Lecz on, widać, milczeć wolał.*

*O czym myślał - któż to zgadnie?  
Spojrzał w niebo, spojrzał w pola,  
Szepnął cicho: Jak tu ładnie...*

Władysław Broniewski „Pierwiosnek”

*B. Szymczuk.*