

# PULS SZPITALA

WOJEWÓDZKI  
SZPITAL  
SPECJALISTYCZNY  
W OLSZTYNIE

ISSN 1644-8162

NR 28/2 kwiecień maj czerwiec 2010



**...tak  
świętowaliśmy!**



# Drodzy Czytelnicy

Rok 2010 jest wyjątkowy dla naszego szpitala. Już od 40 lat Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie dba o życie i zdrowie mieszkańców Warmii i Mazur. Choć przez te lata wiele się zmieniło, pewne rzeczy pozostają niezmiennie – nadal inwestujemy w nowoczesny sprzęt i zatrudniamy najlepszych specjalistów. Dzisiaj leczymy rocznie ponad 21 tys. pacjentów i udzielamy ponad 84 tys. porad. Aby zapewnić bezpieczeństwo i najwyższą jakość leczenia naszym pacjentom modernizujemy oddziały oraz budujemy nowy blok operacyjny i centralną sterylizatornię. Dzięki funduszom pozyskiwanym z Unii Europejskiej możemy przeprowadzać wiele inwestycji i poszerzać zakres świadczonych usług. Na spotkaniu integracyjnym zorganizowanym z okazji 40-lecia szpitala wszyscy pracownicy mogli świętować sukcesy, które właśnie dzięki nim szpital osiąga.

Dzisiejszy *Puls* podzielony jest na dwie części. Pierwsza część przedstawia wydarzenia aktualne. Możemy w niej przeczytać o nowatorskich zabiegach przeprowadzonych w oddziałach: Ginekologiczno-Położniczym i Ginekologii Onkologicznej oraz Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Następnym ciekawym artykułem, przygotowanym przez prof. Tomasza Stompora, opisującym jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej nefrologii jest *Diagnostyka kłębuszkowych chorób nerek*. Niesamowitym uzupełnieniem artykułu są zdjęcia wykonane przez prof. Mariana Sulika. A wszystkim, którzy śledzą budowę oraz rozwój strategii szpitala polecam relację dr. n. ekon. Elżbiety Majchrzak-Kłokockiej z przebiegu prac grupy roboczej ds. budowania strategii.

Druga część *Pulsu* to wspomnienia naszych pracowników. Przez wiele ty-

godni zbieraliśmy archiwalne zdjęcia, z których część Państwu prezentujemy. Wielu z nas z łezką w oku będzie wspominać „dawne czasy”. Pracowników z krótkim stażem zapraszam do zapoznania się z historią naszego szpitala przedstawioną w artykułach: *Z kart historii* oraz *Nasz szpital krok po kroku*. Dobrą zabawę gwarantuje galeria zdjęć *Gdzie są ludzie z tamtych lat...* Wielu z bohaterów zdjęć nadal pracuje w naszym szpitalu. Czy uda się ich Państwu rozpoznać? Zachęcam również do sprawdzenia swojej wiedzy o szpitalu rozwiązując Quiz szpitalny. Większość odpowiedzi na pytania odnajdziecie Państwo na łamach *Pulsu*, jednak czasem trzeba będzie wykazać się wiedzą, którą posiadają tylko osoby znające szpital od zawsze. Zapraszam do lektury.

**Kornelia Kotwicka**  
Redaktor Naczelna

## Spis treści

Kolejny krok w rozwoju ginekologii onkologicznej na Warmii i Mazurach ..	3
Diagnostyka kłębuszkowych chorób nerek	
– problem wielospecjalistyczny .....	4
Nowatorski zabieg kręgosłupa .....	6
Sukcesy naszej nefrologii .....	6
Do szpitala w trybie planowym .....	7
Polski Program Akredytacji Szpitali .....	8
Wirusowe zapalenie wątroby HBV i HCV .....	9
„Zdrowie jest najpierwszym darem...” .....	10
Najmłodszy pacjent pod fachową opieką .....	11
Budowanie strategii szpitala – dalszy ciąg relacji z prac zespołu .....	12
40 lat minęło... .....	13
Fotogaleria – 40 - lecie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie .....	14



**Wydawca**  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
w Olsztynie

**Redaktor naczelna**  
Kornelia Kotwicka

**Koncepcja graficzna**  
Barbara Szymczuk

**Zespół redakcyjny**  
Alicja Biernacka  
Magdalena Kantorczyk  
Barbara Szymczuk

### Stała współpraca

Alicja Markiewicz  
Hanna Taraszkiewicz  
Jerzy Badowski

### Zdjęcia udostępnili

Pracownicy WSS w Olsztynie

### Adres redakcji

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18  
Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji  
tel. 89 538 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. 89 715 34 58  
e-mail: skrajnowski@interia.pl

### Nakład

1200 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo  
do skrótów i zmiany tytułów.



# Kolejny krok w rozwoju ginekologii onkologicznej na Warmii i Mazurach

**Rak jajnika jest wielkim problemem współczesnej onkologii. Statystyki światowe ostatnich lat wykazują stały wzrost zachorowalności na ten nowotwór. Może on występować w każdym wieku, nawet we wczesnym okresie dzieciństwa.**

W ciągu ostatnich dwudziestu lat, mimo wprowadzania coraz nowszych schematów leczenia, odsetek wyleczeń nie przekraczał 40% chorych. Tak słabe wyniki leczenia wynikają przede wszystkim z braku wczesnych objawów choroby i związanego z tym bardzo późnego rozpoznawania – aż 75% chorych zgłasza się do leczenia w najwyższych - III i IV stopniach zaawansowania procesu nowotworowego. Współczynnik zapaadalności na raka jajnika w Polsce wynosi około 12 przypadków na 100 000 kobiet, zaś współczynnik umieralności 7 na 100 000. Przeżycie chorej zależy od wielu czynników, lecz najważniejszymi



**Wprowadzony cewnik do jamy otrzewnowej**

są: stopień zaawansowania raka, jego typ histologiczny, wiek chorej, zakresu przeprowadzonej operacji i następnego leczenia.

Leczenie raka jajnika jest procesem wieloetapowym obejmującym zabieg operacyjny z uzupełniającą chemioterapią. Wykonywana w przypadku raka jajnika operacja jest bardzo rozległa – obejmuje zazwyczaj usunięcie całego narządu rodniczego, sieci większej, węzłów chłonnych miednicznych i okołoaortalnych, wyrostka robaczkowego, pobraniu licznych wymazów i wycinków z otrzewnej całej jamy brzusznej. W zdecydowanej większości przypadków chore na raka jajnika po zabiegu operacyjnym, wymagają leczenia uzupełniającego – chemioterapii.

Chemioterapia jest młodą dziedziną onkologii. Jej początek datuje się na lata 40-te XX wieku. Już w latach

60-tych ubiegłego stulecia rozpoczęto dożylne podawanie cytostatyków w przypadkach raka jajnika, a schematy podawanych leków są wciąż modyfikowane w celu poprawy wyników leczenia tego nowotworu. Odsetek wyleczeń jednak wciąż jest niezadowolający.

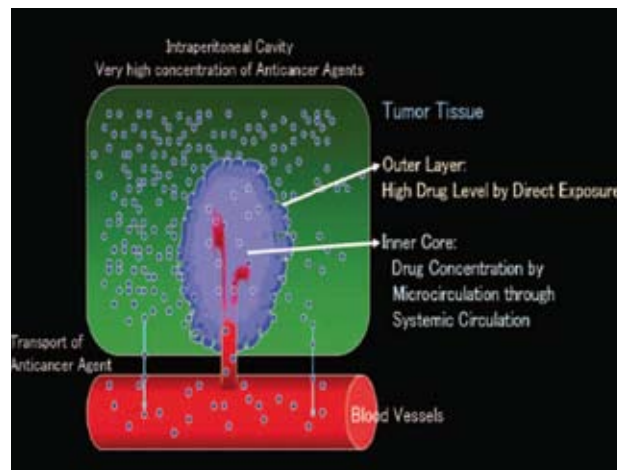
Rak jajnika jest nowotworem szerzącym się głównie w obrębie jamy brzusznej. Spostrzeżenie to stało się podstawą do opracowania schematów podawania cytostatyków bezpośrednio do jamy otrzewnowej, a nie jak dotąd do układu żylnego, co nazwane zostało chemioterapią dootrzewnową. Dzięki podaniu cytostatyku bezpośrednio do miejsca choroby uzyskuje się wyższe stężenia leku w komórkach nowotworowych w stosunku do konwencjonalnej metody dożylnego podawania leku. Wydłuża się również czas działania leku na tkankę nowotworową. Przeprowadzone prace naukowe dowiodły, że dootrzewnowe podawania



**Wprowadzenie cewnika Tenckhoffa**

cytostatyku w chemioterapii raka jajnika jest skutecznym sposobem leczenia, znacząco wydłuża przeżycia chorych w porównaniu do innych metod leczenia (6 – 16 miesięcy) i poprawia odsetki wyleczeń o ok. 10%.

17.05.2010 r. w Oddziale Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala



**Sposoby działania chemioterapii w leczeniu raka jajnika**

Specjalistycznego w Olsztynie wykonano udaną procedurę podawania dootrzewnowej chemioterapii u chorej na raka jajnika, dołączając tym samym do najlepszych ośrodków ginekologii onkologicznej w kraju i na świecie. Oddział jest czwartym ośrodkiem w Polsce stosującym tę trudną, unikalną, ale bardzo obiecującą dla chorych metodę leczenia. 57-letnia chora z rozpoznaniem rakiem jajnika została zoperowana 5 maja 2010 r. W trakcie zabiegu zespół ginekologów założył specjalny cewnik do jamy otrzewnowej, przez który po zagojeniu ran pooperacyjnych podano chemioterapię. Pacjentka przebyła ją bez żadnych powikłań i następnego dnia została wypisana do domu. Koordynatorami przeprowadzonego zabiegu byli: ginekolog onkolog z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie: dr n. med. Marek Stefanowicz i dr n. med. Tomasz Waśniewski oraz onkolog kliniczny: dr Magdalena Sikorska z Warmińsko-Mazurskiego Centrum Onkologii i dr Teresa Dobielińska-Eliszewska z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Doskonała współpraca między ośrodkami onkologicznymi w Olsztynie zaowocowała kolejnym krokiem w postępie ginekologii onkologicznej w naszym regionie.

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

# Diagnostyka kłębuszkowych chorób nerek – problem wielospecjalistyczny

Rozpoznawanie i leczenie kłębuszkowych chorób nerek (glomerulopatii) stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej nefrologii. Jest to heterogenna grupa chorób o bardzo złożonym podłożu patofizjologicznym, charakteryzująca się szerokim spektrum objawów klinicznych. W poniższym artykule przedstawiam najważniejsze aspekty patofizjologiczne, kliniczne, diagnostyczne i lecznicze kłębuszkowych chorób nerek.

## Patofizjologia i etiopatogeneza

Podstawową przyczyną rozwoju uszkodzenia kłębuszków nerkowych jest powstawanie kompleksów immunologicznych, które wskutek deponowania w strukturach kłębuszkowych uszkadzają je prowadząc do utraty szczelności półprzepuszczalnej bariery filtracyjnej i przesączenia do moczu nadmiaru białka (białkomoczu). Kompleksy immunologiczne mogą powstawać w organizmie w dowolnej lokalizacji (wszędzie tam, gdzie pojawiają się stymulujące syntezę przeciwciał antygeny), a następnie – unoszone z prądem krwi – „osadzają się” w kłębuszkach nerkowych, stymulując tam kaskadę procesów prowadzących w pierwszej fazie do aktywnego zapalenia; w przypadku braku leczenia lub jego nieskuteczności dochodzi w kolejnej fazie do bliznowacenia i w konsekwencji niewydolności nerek. W drugim mechanizmie dochodzi do formowania się kompleksów immunologicznych dopiero w kłębuszkach, w których wcześniej został zdeponowany krążący antygen (tzw. formowanie kompleksów *in situ*). Obu zjawiskom sprzyja fakt, że w ciągu minuty przez stosunkowo niewielkie narządy, jakimi są nerki przepływa aż 20% całkowitego rzutu serca – naturalny „filtr” ustroju jest zatem szczególnie predysponowany do „wychwytywania” antygenów i kompleksów antygen – przeciwciał. Trzeci mechanizm tworzenia kompleksów uszkadzających strukturę kłębuszkowe to powstawanie przeciwciał przeciwko antygenom „własnym” nerek – najbardziej klasyczną postacią tego rodzaju glomerulopatii jest tzw. choroba anty-GBM, w której jako obcy jest rozpoznawany zmodyfikowany kolagen typu IV błony podstawnej kłębuszka nerkowego (GBM – *glomeru-*

*lar basement membrane*). W tej chwili wiadomo jednak, że również w innych chorobach zidentyfikowano antygeny „własne” kłębuszka, które mogą być celem odpowiedzi immunologicznej – dotyczy to zwłaszcza nefropatii błoniastej.

Oprócz mechanizmów immunologicznych do uszkodzenia kłębuszków nerkowych prowadzić mogą m.in.: zaburzenia metaboliczne (z cukrzycą i otyłością na czele), nadciśnienie tętnicze, zespół hemolityczno – mocz-



komocz (rzędu 2 – 3 g/24 godziny) nie musi prowadzić do rozwoju innych objawów klinicznych i choroba pozostaje nie wykryta. Aby wysunąć jej podejrzenie niezbędne jest badanie ogólne moczu,

- \* zespół nercycowy (arbitralna wartość białkomoczu nercycowego to 3,5 g/24 godziny/1,73m<sup>2</sup> powierzchni ciała) – taki białkomocz wywołuje zazwyczaj obrzęki, charakterystyczne pienienie się moczu, czasem zmniejszenie objętości oddawanego moczu, objawy przewodnienia, a w badaniach laboratoryjnych – spadek stężenia niektórych białek osocza i hipercholesterolemię,

- \* krwinkomocz – jest zazwyczaj jednym z objawów glomerulopatii; w przypadku, gdy jest objawem izolowanym (jak dzieje się w najczęstszej pierwotnej chorobie nerek, tj. nefropatii IgA) – może pozostać długo nie rozpoznany (tak jak w przypadku subnercycowego białkomoczu niezbędne jest tu badanie moczu ogólnego),

- \* krwiomocz – rzadko jest objawem chorób kłębuszkowych, częściej występuje w przebiegu kamicy, wielotorbielowatego zwyrodnienia nerek lub nowotworów układu moczowego,

- \* zespół nefrytyczny (gwałtownie postępujące kłębuszkowe zapalenie nerek) – najgroźniejsza spośród wszystkich manifestacji; od pierwszych objawów do całkowitej utraty czynności nerek i potrzeby rozpoczęcia leczenia



Igła biopsyjna „wstrzelona” aparatem biopsyjnym w mięszu nerki  
Fot. Lek. med. Katarzyna Oniszczyk-Bączkiewicz (Prac.USG)

nicowy, stosowanie wielu leków czy patologia ciąży. Wzrasta także liczba genów, których mutacje lub polimorfizmy prowadzą do rozwoju glomerulopatii. Interesujące, że nie wszystkie choroby kłębuszków nerkowych o podłożu genetycznym objawiają się już w dzieciństwie.

## Objawy kliniczne kłębuszkowych chorób nerek

Najważniejsze manifestacje kliniczne kłębuszkowych chorób nerek to:

- \* białkomocz bezobjawowy (subnercycowy) – w postaci tej największym niebezpieczeństwem jest fakt, że biał-



dializami czasem wystarcza kilkanaście dni i przy braku leczenia lub jego nieskuteczności uszkodzenie nerek jest nieodwracalne.

Niemal zawsze w przebiegu kłębuszkowych chorób nerek rozwija się nadciśnienie tętnicze.

Warto także pamiętać, że nerki są bardzo często zajęte w przebiegu źle rokujących chorób o etiologii autoimmunologicznej, określanych mianem kolagenoz, chorób tkanki łącznej lub immunologicznych zapaleń małych naczyń (*small vessel vasculitis*). W chorobach tych (np. w toczeniu trzewnym układowym, plamicy *Henocha-Schoenleina* czy ziarniniakowatości *Wegenera*) zajęte są zazwyczaj także płuca, skóra, stawy i przewód pokarmowy. Stąd **wielu pacjentów z kłębuszkowymi chorobami nerek trafia najpierw do specjalistów diabetologów, pulmonologów, gastroenterologów, dermatologów, a nade wszystko – reumatologów.**

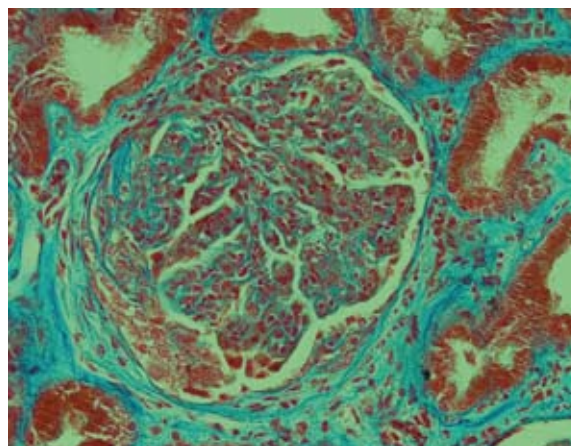
Z uwagi na niecharakterystyczny, czasem bezobjawowy i subkliniczny przebieg choroby oraz fakt, że jedynym „pewnym” rozpoznaniem jest biopsja niezwykle trudno jest uzyskać wiarygodne dane epidemiologiczne dotyczące pierwotnych i wtórnych kłębuszkowych chorób nerek. O wiele łatwiej jest określić częstość występowania poszczególnych typów choroby wśród pacjentów poddawanych biopsji nerki. Zdecydowanie najczęstszą glomerulopatią wtórną jest nefropatia cukrzycowa, natomiast pierwotną – nefropatia IgA. U dzieci zdecydowanie dominuje nefropatia zmian minimalnych, do której rozpoznania niezbędny jest mikroskop elektronowy; jest to także choroba mająca najczęściej podłoże genetyczne, oporna na terapię farmakologiczną. U młodych dorosłych często występuje pierwotna nefropatia błoniasta i ogniskowe segmentalne

stwardnienie kłębuszków nerkowych (u młodych kobiet – dodatkowo nefropatia toczniowa). U osób starszych często spotyka się nefropatię błoniastą na podłożu nowotworowym, a w wieku podeszłym – znów dominuje nefropatia zmian minimalnych. W każdym okresie życia wystąpić mogą natomiast choroby nerek przebiegające jako zespół nefrytyczny. Jak widać z powyższego zestawienia, podział na podstawowe postacie chorób nerek ma głównie charakter morfologiczny i jest oparty o badanie biopsyjne.

### Diagnostyka kłębuszkowych chorób nerek

Diagnostyka choroby kłębuszków nerkowych powinna zmierzać przede wszystkim do ustalenia jej przyczyny. **Jest to zadanie niesłychanie trudne i wymagające dokonania ogromnej pracy, w której niezbędne jest zaangażowanie wielu specjalistów. Zgodnie z powyższymi stwierdzeniami na temat roli stymulacji antygenowej w tej grupie chorób niezbędne jest poszukiwanie źródeł takich antygenów. Niezbędne jest m.in. wykluczenie: ognisk zapalnych w najczęstszych lokalizacjach (zęby, gardło, zatoki, narząd rodny), zakażeń wirusami zapalenia wątroby typu B lub C, borelioza, gruźlica, zakażenie HIV), nowotworów (wiele glomerulopatii rozwija się wtórnie do chłoniaka, szpiczaka mnogiego lub w przebiegu raka, najczęściej sutka, jelita grubego lub oskrzela). Zawsze należy wykluczyć obecność cukrzycy.**

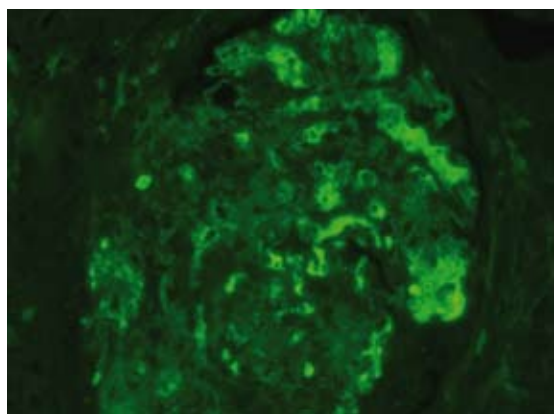
Postępowanie takie jest niezbędne nie tylko po to, aby znaleźć przyczynę zmian w kłębuszkach, ale także dlatego, że podstawowym sposobem leczenia pierwotnych glomerulopatii jest terapia immunosupresyjna. Jej zastosowanie przy czynnym ognisku zapalnym lub nowotworowym mogłoby skutkować odpowiednio, sepsą lub progresją nowotworu. U wielu pacjentów poszukujemy także autoprzeciwciał, najczęściej tych, które mogą świadczyć o obecności



**Półksiężyc włóknisto-komórkowy w kłębuszkowym zapaleniu nerek (Crescentic glomerulonephritis). Barwienie wg met. Azan. pow. 200 x. Fot. i opis: prof. dr hab. med. Marian Sulik (Dział Patomorfologii)**

tocznia trzewnego rumieniowatego. W sytuacjach, w których znajdujemy chorobę o podłożu infekcyjnym lub nowotworowym, zawsze leczymy tę chorobę, nie podejmując najczęściej diagnostyki biopsyjnej. Jeżeli nie znajdujemy przyczyny, chorobę nerek traktujemy jako „pierwotną”, co nie znaczy naturalnie, że jest nią w istocie – po prostu nie jesteśmy w stanie zidentyfikować wszystkich potencjalnych źródeł stymulacji układu immunologicznego i musimy przyjąć, że mamy do czynienia z chorobą „idiopatyczną”.

Zasadniczym problemem w rozpoznawaniu chorób kłębuszkowych jest niemal całkowity brak korelacji pomiędzy objawami klinicznymi i podłożem morfologicznym, dynamiką i zaawansowaniem zmian oraz rokowaniem. Innymi słowy, choroba przebiegająca pod postacią pozornie „niewinnego”, przypadkowo wykrytego, subnerczycowego białkomoczu może okazać się źle rokującą glomerulopatią o dużym ryzyku progresji do niewydolności nerek i wymagającą agresywnego leczenia, podczas, gdy ciężki zespół nerczycowy czasem bardzo łatwo i szybko poddaje się leczeniu, wchodząc w trwałą remisję. Dlatego nie można rozpoznać choroby kłębuszków nerkowych, określić jej rokowania i zaproponować leczenia bez analizy histopatologicznej bioptatu. Bioptat ocenia się w mikroskopie świetlnym przy zastosowaniu standardowego barwienia hematoksylina – eozyna oraz za pomocą szeregu technik immunohistochemicznych, a także w mikroskopie fluorescencyjnym; zastosowanie mikroskopu elektronowego jest niezbędne tylko w niektórych przypadkach. Analiza bioptatu obejmuje opis morfologiczny poszczególnych struktur kłębuszka nerkowego, cewek i śródmiąższu oraz



**Badanie immunofluorescencyjne (IFL). Złogi immunoglobulin IgM w ścianie naczyń włosowatych i w mezangium kłębuszka nerkowego. Pow. 200 x. Fot. i opis: prof. dr hab. med. Marian Sulik (Dział Patomorfologii)**



Dr hab. med. prof. UWM Tomasz Stompór i lek. med. Katarzyna Oniszczuk-Bączkiewicz podczas zabiegu

identyfikację szeregu humoralnych i komórkowych elementów składowych uczestniczących w rozwoju odpowiedzi immunologicznej. Pozwala to w pierwszym rzędzie określić rodzaj nefropatii (jedynym systematycznym podziałem glomerulopatii jest bowiem klasyfikacja histopatologiczna), a także ocenić aktywność, stopień zaawansowania i potencjalną odwracalność stwierdzanych zmian. Dopiero to upoważnia do określenia rokowania i zaplanowania terapii (a czasem – przy znacznym zaawansowaniu zmian nieodwracalnych – od jej odstąpienia, co wobec objawów ubocznych stosowanego leczenia immunosupresyjnego również ma duże znaczenie dla pacjenta).

dr hab. med. prof. UWM Tomasz Stompór



Biopsja nerki

## Nowatorski zabieg kręgosłupa

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie 25 czerwca 2010r. odbyła się pierwsza w województwie operacja odbarczenia struktur nerwowych i stabilizacji chorożo odcinka kręgosłupa poprzez przeszłone wprowadzenie implantów.

Operację stabilizacji kręgosłupa u 40-letniego pacjenta przeprowadzili dr n. med. Tomasz Niedźwiecki (specjalista w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu) wraz z lek. med. Przemysławem Kołakowskim.

Dotychczas zabiegi tego typu przeprowadzane były metodą „na otwarto”, polegającą na wykonaniu cięcia skórnoo o ok. 12-15 cm długości i wprowadzeniu implantów. Takiej operacji towarzyszyły: znaczne odpreparowanie tkanek – szczególnie mięśni (stabilizatorów kręgosłupa), dość duża śród- i pooperacyjna utrata krwi, silne dolegliwości bólowe w okolicy rany pooperacyjnej w pierwszym okresie po zabiegu, dłuższy pobyt w szpitalu i wolniejszy powrót do zdrowia.

Korzystając z nowoczesnych technik operacyjnych MIS (Minimally Invasive Surgery) można ograniczyć te niepożądane zjawiska. Efekt ten uzyskuje się poprzez przeszłone wprowadzanie implantów – zamiast jednego dużego cięcia wykonuje się cztery małe nacięcia po bokach i pod kontrolą monitora RTG (bez bezpośredniego uwidaczniania) wprowadza się implanty do kości, a wykorzystując system tubowych prowadnic można wykonać odbarczenie struktur nerwowych oraz międzytrzonową stabilizację.

Ta nowatorska metoda pozwala na ograniczenie uszkodzeń w obrębie tkanek, zmniejszenie krwawienia, zmniejszenie dolegliwości bólowych po zabiegu i zmniejszenie używania le-



W trakcie zabiegu...

ków przeciwbólowych, skrócenie czasu pobytu w szpitalu oraz przyspieszenie powrotu do zdrowia.

lek. med. Przemysław Kołakowski

## Sukcesy naszej nefrologii

Podczas X Jubileuszowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, który miał miejsce w Bydgoszczy 26-28 maja, wyróżniono dwóch znakomitych lekarzy z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Wieloletni ordynator oddziału Nefrologicznego, dr n. med. Jan Forfa otrzymał dyplom „Zasłużonego dla polskiej nefrologii”. Tym prestiżowym wyróżnieniem uhonorowano tylko cztery osoby w kraju. Dr Forfa to inicjator i „budowniczy” pierwszej stacji dializ w województwie warmińsko-mazurskim, a także lekarz, którego wkład w rozwój lecznictwa naszego województwa jest niezmiernie cenny.

Następny ogromny sukces to wybór prof. Tomasza Stompóra, obecnego

ordynatora oddziału Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych, na członka Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Jest to niezmiernie ważna funkcja, bo właśnie Zarząd kształtuje politykę i kierunki działań Towarzystwa.

Obu Panom serdecznie gratulujemy. Jesteśmy dumni, że tacy specjaliści pracują w naszym szpitalu. Życzymy dalszych sukcesów.

red.





# Do szpitala w trybie planowym

Izba Przyjęć jest łącznikiem pacjenta ze szpitalem. Do niej zgłaszają się pacjenci kierowani przez lekarzy POZ i lekarzy specjalistów w celu kontynuacji leczenia, z poradni specjalistycznych i innych placówek medycznych.

W kwietniu 2010 roku Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie uruchomił Planową Izbę Przyjęć, która dotychczas połączona była ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym.



Zespół Izby Przyjęć

- Od roku trwała budowa pomieszczeń Planowej Izby Przyjęć – mówi lek. med. Marzena Kuliś, Ordynator SOR i IP Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. – Konieczność wyodrębnienia Izby Przyjęć związana była z wyróżnieniem pacjentów wymagających pilnych świadczeń medycznych w SOR od pacjentów, którzy mają uzgodniony termin przyjęcia do szpitala i nie wymagają diagnostyki i leczenia w ramach SOR. Zgodnie z wymogami ustaw i rozporządzeń nie powinny się krzyżować drogi przyjęć planowych z obszarem SOR.

Izba Przyjęć jest jednostką organizacyjną szpitala, pracuje od 7.00 do 14.25 w dni powszednie. Po godzinach pracy Izby Przyjęć jej funkcję przejmuje SOR. W strukturze są: wjazd, poczekalnia dla pacjentów i ich bliskich, pokój konsultacyjny oraz punkt rejestracji dysponujący trzema stanowiskami, przebieralnia, magazyn do przechowywania ubrań pacjentów, które depo-

nowane są w szpitalu. Wydzielony jest również obszar dla pacjentek oddziału ginekologii i położnictwa. Na co dzień w Izbie Przyjęć pracuje jedna rejestratorka i dwie pielęgniarki, zajmujące się zakładaniem historii choroby oraz personel pomocniczy, do zadań którego należy odbieranie rzeczy pacjentów, deponowanie ich w magazynie, a także odprowadzanie pacjentów do poszczególnych oddziałów szpitala.

Do zadań Izby Przyjęć należy w szczególności rejestracja osoby zgłaszającej się z jednoczesną kontrolą uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

Personel Izby Przyjęć otrzymuje plan przyjęć do szpitala na dany dzień. Zdara się, że lekarz dyżurny zbiera wywiady i przeprowadza badanie przed podjęciem decyzji o przyjęciu pacjenta do określonego oddziału szpitalnego.



Wydzielone pomieszczenie dla pacjentek oddziału ginekologii i położnictwa

- Dziennie do naszego szpitala przyjmowanych jest około 70 do 100 pacjentów – podkreśla lek. med. Marzena Kuliś. - Ponieważ zwykle pacjentom towarzyszą rodziny i bliscy to widzimy, jak wiele osób odwiedza SOR, gdy nie było podziału z Izbą Przyjęć. Rozdzielenie ruchu planowego i ostrego w wymierny sposób ułatwiło zarówno przyjęcie pacjenta do szpitala, jak i obserwację leczenia pacjentów SOR, zapewniając lepsze warunki obserwacji pacjentów w ciężkim stanie, a jednocześnie dając im konieczny komfort, ciszę i spokój.

Zadania tych dwóch placówek są inne. SOR służy do udzielania świadczeń medycznych pacjentom w stanie zagrożenia zdrowia i życia, wymagających pilnych świadczeń medycznych, natomiast izba przyjęć zajmuje się zakładaniem dokumentacji, procesem przyjęcia pacjenta do określonego od-

## Udając się do Szpitala, należy zabrać m.in.:

- \* skierowanie do szpitala,
- \* dowód tożsamości (np. dowód osobisty),
- \* ważne ubezpieczenie (np. aktualna legitymacja ubezpieczeniowa, druk ZUS RMUA, legitymacja rencisty/emeryta),
- \* dokumentację medyczną, karty informacyjne, wyniki badań,
- \* NIP pracodawcy lub własny (w przypadku prowadzenia własnej działalności gospodarczej)
- \* spis przyjmowanych leków,
- \* leki własne specjalistyczne.

działu szpitalnego. W sytuacjach szczególnych personel Szpitalnego Oddziału Ratunkowego prowadzi obserwację i leczenie pacjentów w stanie zagrożenia życia.

- Rozdzielenie SOR od Izby Przyjęć jest także dogodnie dla samych pacjentów z ustalonym terminem przyjęcia do szpitala, ponieważ nie muszą oczekiwać na załatwienie formalności w momencie, kiedy personel SOR jest zajęty udzielaniem pomocy medycznej np. pacjentom przywiezionym z wypadku komunikacyjnego – podkreśla Marzena Kuliś. - Dla wielu osób widok



Dane pacjentów są wprowadzane do systemu

pacjentów z ranami, urazami, zainfektowanymi, w ciężkim stanie może być przeżyciem traumatycznym, stąd pokierowanie ich do izby przyjęć planowych oszczędza im nieprzyjemnych widoków i doznań.

Magdalena Kantorczyk

## Personel Izby Przyjęć:

lek. med. - Marzena Kuliś, ordynator SOR, sprawuje merytoryczny nadzór nad pracą Izby Przyjęć, rejestratorka - Grażyna Zatyka, pielęgniarki - Małgorzata Pochodaj i Joanna Kozłowska, pracownik magazynu rzeczy pacjentów - Krystyna Kosturek.

# Polski Program Akredytacji Szpitali

Program funkcjonuje w Polsce od 1998 roku i prowadzony jest przez Ośrodek Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ) w Krakowie na podstawie wzorów instytucji akredytujących na świecie.

Program został opracowany przy pomocy światowych i polskich ekspertów. Polski program akredytacji CMJ należy do European Accreditation Network, koordynowanej przez Europejskie Towarzystwo Jakości w Opiece Zdrowotnej zrzeszającej programy akredytacyjne w Europie.

Akredytacja jest remedium na problemy placówek opieki medycznej w naszym kraju. Wyznacza nowoczesne, jednakowe dla wszystkich standardy działania oraz zapewnia jednokowe dla wszystkich zasady oceny funkcjonowania placówek opieki medycznej. Akredytacja wyzwala aktywność pracowników, ujawnia ich zdolności organizacyjne, pozytywnie zmienia kulturę organizacyjną niezwykle konserwatywnych placówek opieki medycznej. Wdrożenie zasad akredytacji ułatwia pracę, poprawia jakość pracy i opieki nad pacjentami i co najważniejsze przyczynia się do poprawy bezpieczeństwa pracy i bezpieczeństwa opieki.

## Zasady Systemu Akredytacji w Polsce:

1. Dobrowolność – zgłoszenie woli ubiegania się o status szpitala akredytowanego oraz poddanie się przeglądowi, prowadzonemu przez zespół specjalnie wykwalifikowanych wizytatorów to suwerenna decyzja Zarządu szpitala.
2. Ocena w oparciu o znane, opublikowane multidyscyplinarne standardy – które spełniają określone kryteria, są istotne i mające wpływ na jakość opieki, zrozumiałe, mierzalne i edukacyjne kształtujące praktykę.
3. Przegląd równieńczy – wizytatorzy prowadzący ocenę wywodzą się ze środowiska medycznego (lekarze, pielęgniarki, dyrektorzy), którzy mają wiedzę i stały kontakt ze środowiskiem szpitalnym. W trakcie przeglądu wizytatorzy prowadzą nie tylko ocenę, ale także wymianę doświadczeń nakierowaną na potrzeby edukacyjne danej jednostki.
4. Cykliczność oceny – akredytacja nie jest przedsięwzięciem jednorazowym, poprawa zakłada ciągle doskonalenie, stąd model akredytacji oparty jest na regularnie planowanych i cyklicznie przeprowadzanych przeglądach.
5. Samoocena – jest bardzo istotnym elementem w fazie przygotowawczej szpitala i przeprowadzana jest przez wewnętrzny Zespół ds. Jakości. Zespół dokonuje przeglądu szpitala pod kątem spełnienia stan-

dardów akredytacyjnych, określa obszary poprawy i przygotowuje wniosek zgłoszeniowy do Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

6. Zgodność z procedurą akredytacyjną – ocena szpitala jest dokonywana zgodnie z ustaloną i jawną procedurą, która określa tryb zgłoszenia, zasady, przygotowania do przeglądu, przebieg wizytacji, kryteria oceny, metody ustalania decyzji.
7. Jawność i równość zasad oceny i podejmowania decyzji – wszystkie szpitale uczestniczące w procesie akredytacji są objęte jednolitym systemem oceny i podejmowania decyzji. Opublikowane, znane i transparentne zasady podlegają rygorystycznej realizacji, gwarantując rzetelność oceny i wiarygodność decyzji.

## Decyzje akredytacyjne w latach 1998 – 2010

W 1998 roku szpitale, które przystąpiły do procesu 27% z nich nie uzyskało akredytacji, a już w 2007 roku tylko 1 decyzja na 26 wydanych była decyzją odmowną. Oznacza to, że w programie uczestniczą szpitale o bardziej dojrzałych systemach poprawy jakości, które po raz kolejny poddają się przeglądowi akredytacyjnym. Aktualnie 88 na ponad 700 szpitali w Polsce posiada status szpitala akredytowanego.

Od 1 lipca 2009r. szpitale przechodzą proces akredytacji według znowelizowanych standardów. Zaktualizowane standardy to 15 działów z dużymi modyfikacjami i wymaganiami.

Bardzo duży nacisk położono na następujące zagadnienia:

- \* indywidualną odpowiedzialność za pacjenta od chwili rozpoczęcia pobytu w szpitalu, po jego zakończeniu z zachowaniem ciągłości opieki w szczególności przekazywania między oddziałami lub do innych zewnętrznych świadczeniodawców,
- \* informowanie pacjentów o przysługujących prawach i obowiązkach,
- \* ustalanie planu opieki obejmującego działania diagnostyczne, terapeutyczne i pielęgnacyjne,
- \* pracę zespołową w świadczeniu opieki nad pacjentem,
- \* plany rutynowego postępowania, opracowane dla wybranych jednostek chorobowych, procedur diagnostycznych lub leczniczych w oparciu o wytyczne postępowania klinicznego w każdym oddziale,
- \* szkolenia pracowników w standardzie BLS w resuscytacji krążeniowo-



– oddechowej dla całego personelu medycznego, a dla pozostałego znajomość zasad resuscytacji krążeniowo – oddechowej na podstawowym poziomie z uwzględnieniem aktualnych wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji,

- \* profilaktykę zakażeń szpitalnych z uwzględnieniem dokonywania analiz danych oraz podejmowania działań naprawczych,
- \* przedoperacyjną ocenę stanu pacjenta, zaplanowanie rodzaju zabiegu, znieczulenia i opieki pooperacyjnej z proponowanym planem leczenia i postępowaniem okołoperacyjnym,
- \* przeprowadzanie analiz z przebiegu i skutków wykonywanych znieczuleń i zabiegów operacyjnych, w tym reoperacji,
- \* dokumentowanie działań niepożądanych leków i preparatów krwiopochodnych,
- \* wprowadzenie mechanizmów kontroli pracy laboratorium,
- \* ochronę radiologiczną pacjentów i personelu,
- \* dokonywanie analiz przyczyn zgonów pacjentów w tym zgonów okołoperacyjnych,
- \* dokonywanie analiz powtórnych hospitalizacji,
- \* wdrożenie i monitorowanie standardu profilaktyki choroby zatorowo – zakrzepowej,
- \* istniejące mechanizmy rozwiązywania zagadnień etycznych,
- \* zabezpieczenie dokumentacji medycznej w wersji papierowej i elektronicznej,
- \* uchybienia budowlane i plan ich likwidacji,
- \* przeprowadzanie ćwiczebnej ewakuacji pacjentów na wypadek zdarzeń nadzwyczajnych.

**Alicja Markiewicz**  
Zastępca Dyrektora  
ds. Pielęgniarstwa



# Wirusowe zapalenie wątroby HBV i HCV

Wirusy zapalenia wątroby B i C występują powszechnie na całym świecie. Wyróżnia się obszary o niskiej częstości nosicielstwa i wysokiej (Afryka tropikalna, południowo-wschodnia Azja, Chiny). Naturalnym rezerwuarem wirusa są nosiciele i chorzy.

Drogi przenoszenia obydwu wirusów są wspólne. Zakażenie następuje drogą krwionośną (kontakt ze skażoną krwią i płynami ustrojowymi zawierającymi domieszkę skażonej krwi):

- \* jatrogenie (sprzęt i narzędzia medyczne),
- \* drogą płciową,
- \* okołoporodowo.

Zakażeniu możemy ulec w zakładach fryzjerskich, studiach tatuażu, zakładania kolczyków, zakładach kosmetycznych, gdyż używane są niesterylizowane narzędzia i nie są przestrzegane zasady higieny i bezpieczeństwa wykonywanych zabiegów.

Szczególną grupą ryzyka są chorzy na hemofilię, dializowani z powodu niewydolności nerek, dawcy krwi (wielokrotni), narkomani stosujący narkotyki dożylnie, mężczyźni homoseksualiści, więźniowie, osoby z obniżoną odpornością.

## UWAGA!

**Ukąszenie przez owada (komar, kleszcz, owady błonkoskrzydłe, itp.) nie noszą ryzyka zachorowania na WZW B i C.**

## OKRES WYLEGANIA I ZAKAŹNOŚCI:

- \* WZW B – wynosi 28-160 dni (średnio 70-80 dni)
- \* WZW C – okres wylegania wynosi 15-160 dni (średnio 50 dni).

## OBRAZ KLINICZNY I PRZEBIEG:

- \* ostry (żółtaczkowy, cholestatyczny)
- \* przewlekły
- \* podostry
- \* nadostry (piorunujący).

Przebieg ostry jest związany z silną odpowiedzią immunologiczną, zbyt słaba

jąca) jest tłumaczony jako nadmierna reakcja immunologiczna, której efektem jest eliminacja

w krótkim czasie hepatocytów, uniemożliwiającym ich regenerację.

Powikłania typu: guzkowe zapalenie tętnic, kłębuszkowe zapalenie nerek, krio-globulinemia, rumień guzowaty, związane są z powstawaniem kompleksów immunologicznych.

Wirusowe zapalenie wątroby może prowadzić także do rozwoju: marskości wątroby, raka wątrobowokomórkowego.

Zażłoczenie powłok skórnych zwykle może wystąpić w fazie ostrej. Niektórzy pacjenci skarżą się na objawy rzekomo grypowe, bóle stawowe i mięśniowe, które występują po pojawieniu się żółtaczk.

Podstawowym objawem klinicznym może być powiększenie wątroby, powodujące pobolewania w okolicy prawego podżebrza.

W zdecydowanej większości przypadków przebieg zakażenia jest łagodny, bez powikłań, bez objawów klinicznych.

Często do rozpoznania WZW prowadzą badania wykonywane w trakcie badań kandydatów na dawców krwi, szpiku, badań pracowniczych.

Pacjent z rozpoznaniem zapaleniem wątroby:

- \* ostrym – wymaga hospitalizacji w oddziale zakaźnym,
- \* przewlekłym – opieki w poradni WZW.

W trakcie obserwacji w poradni WZW monitorujemy:

- \* morfologię,
- \* ALAT, ASPAT,
- \* GGTP,
- \* fosfatazę alkaliczną,
- \* bilirubinę,
- \* AFP,
- \* układ krzepnięcia,
- \* proteinogram.

W niektórych przypadkach wykonujemy USG jamy brzusznej.

Zakres badań jest „dopasowany” do stanu klinicznego pacjenta, objawów, chorób współistniejących planowanego postępowania terapeutycznego.

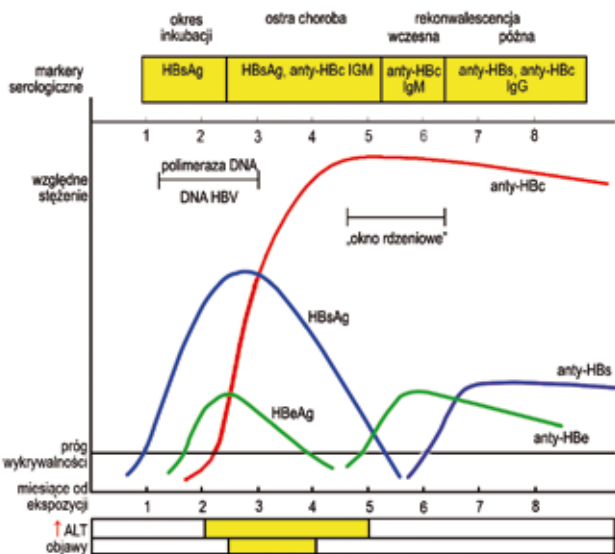
Przy WZW B oznaczamy: HBsAg, HBeAg, AntyHBe.

Wzorce serologiczne zakażenia HBV i ich interpretacja		
HBsAg (+)		
HBsAg	Anty-HBc IgM	Interpretacja
+	+	Ostre WZW typu B, okres wczesny
+	-	Nosiciel HBsAg, duża zakaźność
-	+	Ostre WZW typu B, okres późny
-	-	Nosiciel HBsAg, mała zakaźność
HBsAg (-) anty-HBc IgM (+)		
ant-HBc	Anty-HBs	Interpretacja
+	+	Przebyte WZW typu B, odporność
+	-	Przebyte WZW typu B bez anty-HBs lub nosiciel Hbs (małe miano antygenu)
-	+	Osoba zaszczepiona przeciwko WZW typu B

Wzorce nietypowe, rzadko spotykane:

- HBsAg (-), anty-HBc IgM (+) ostre WZW typu B, okres późny (5% przypadków)
- HBsAg (+), anty-HBs (+) wynik fałszywie dodatni?, HbsAg: jeden wywołał nosicielstwo, a drugi uległ eliminacji (np. HBsAg/ ad, anty-HBs/ay)
- HBsAg (+), anty-HBe (+) wynik fałszywie dodatni?, Formowanie kompleksów, HBeAg i anty-HBe wskazują różne deteminanty

Wynik dodatni (+) Wynik ujemny (-)



odpowiedź powoduje rozwój przewlekłego zapalenia wątroby. Przebieg nadostry (na szczęście rzadko występu-

AntyHBs jako marker skuteczności szczepienia przeciw WZW B (u osób po szczepieniu) - nie jest badaniem rutynowo zlecanym w poradni WZW. Przy kwalifikacji do leczenia przeciwwirusowego oznaczamy:

- \* DNA HBV (jakościowo i ilościowo),
- \* badanie histopatologiczne biopsjaty wątroby mówiące nam o zaawansowaniu procesu zapalnego i włóknienia (nie zawsze możemy je wykonać).

Przy zapaleniu wątroby HCV oznaczamy:

- \* RNA HCV (jakościowe z oznaczeniem typu wirusa i ilościowe),
- \* Badanie histopatologiczne biopsjaty wątroby (jw.).

## LECZENIE

- \* nieswoiste:
  - profilaktyczne szczepienia przeciw WZW B,
  - higieniczny tryb życia, abstynencja,
  - leki hepatoprotekcyjne – preparaty sylimaryny, ornityny,
- \* immunoprofilaktyka bierna – immunoglobulina antyHBV (HBIG),
- \* leki przeciwwirusowe: interferon (IFN- $\alpha$ , interferon pegylowany) w WZW C z ribawiryną, monoterapią w WZW B,
- \* nukleozydowe i nukleotydydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy (lamiwudyna, adefowir, entekawir, tenofovir) w WZW typu B.

Najważniejszym celem terapii przeciwwirusowej jest wyeliminowanie wirusa, niestety udaje się to osiągnąć w 40-50% przypadków.

# „Zdrowie jest najpierwszym darem...”



## Podziękowanie

Panu Ordynatorowi dr. n. med. Piotrowi Żelaznemu, lekarzowi operującemu oraz całemu zespołowi lekarzy i pielęgniarek - Oddziału Kardiologii i Kardiologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie – składam serdeczne podziękowania i szczerze słowa wdzięczności za troskliwą opiekę oraz udanie przeprowadzoną – poważną o wysokim stopniu ryzyka – operację serca. Profesjonalizm i życzliwość Pana Ordynatora jak i całego personelu były dla mnie impulsem do dobrego samopoczucia psychicznego i fizycznego w trudnym dla mnie okresie życia.

### Wdzięczny pacjent Paweł Jurewicz



## Podziękowanie

Od 2 do 22 września 2009 r. byłem pacjentem na oddziale neurologicznym. Był to mój pierwszy pobyt w szpitalu w Polsce. Przebieg leczenia odbywał się planowo i bez zakłóceń. Opieka ze strony lekarzy (prowadzący Jacek Zwiernik) była bardzo fachowa i życzliwa. Pielęgniarki ze wszystkich zmian okazywały dużą troskę oraz cierpliwość w stosunku do pacjentów. Pozytywnie reagowały na prośby i potrzeby ze strony chorych dla poprawy ich zdrowia i lepszego samopoczucia. Panie, które podawały posiłki oraz sprzątały sale również wykazywały zaangażowanie w wykonywaniu swoich obowiązków. Wszyscy pracownicy byli mili i uprzejmi. Stan wyposażenia oddziału oraz stałe doskonalenie pomieszczeń świadczą o dobrym zarządzaniem placówką. Ogólna ocena funkcjonowania placówki w moim odczuciu jest wysoka. Wasze hasło „Pacjent przede wszystkim” realizujecie konsekwentnie. Gratuluje i dziękuje.

Andrzej Brzywca, lat 57

## Pani Dyrektor

Za Pani pośrednictwem chciałybym złożyć wyrazy mojej ogromnej wdzięczności, szacunku i podziękowania dla Pana Ordynatora, Lekarzy oraz całego Zespołu Pielęgniarskiego – Oddziału Nefrologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie za wyjątkowo troskliwą opiekę nad moją mamą – Ireną Dudaniec. Moje ogromne wyrazy podziękowania chciałybym skierować do Pani Doktor Agnieszki Iłowskiej, a także Pani Doktor Anny Pawłowskiej. Ponadto, chcę wyjątkowo podziękować Pani Pielęgniarkę Oddziałowej i jej całemu Personelowi Pielęgniarskiemu za tak przyjazny i życzliwy stosunek do pacjenta i jego rodziny. Tu, na tym Oddziale panuje ciepła i życzliwa atmosfera. Wszystkie Panie Pielęgniarki mimo ogromu pracy bardzo chętnie i przyjaźnie współpracują z pacjentem i jego rodziną.

### Wdzięczna za opiekę nad moją mamą – córka Krystyna Ratajczyk



## Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie

Na ręce szanownej Pani Dyrektor pragnę serdecznie podziękować za troskliwą opiekę jaką doznałam dn. 07.03 na 08.03 na oddziale izby przyjęć, gdzie trafiłam z napadowym migotaniem przedsionków serca oraz bardzo wysokim ciśnieniem. To Bóg sprawiła, że trafiłam pod opiekę Pana Doktora Rakesha Jalali. Zajął się mną z pełnym zaangażowaniem i troskliwością za co jestem doktorowi i personelowi bardzo wdzięczna. Życzylabym Pani Dyrektor, sobie i wszystkim chorym takich lekarzy. Raz jeszcze serdecznie dziękuje.

Z poważaniem  
Czesława Gabryel

## Dyrekcja Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie

My, niżej podpisani Joanna i Remigiusz Nowakowski, chcielibyśmy wyrazić wdzięczność całemu personelowi Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie. Zarówno położne z traktatu porodowego, jak i te zajmujące się noworodkami oraz świeżo upieczonymi mamusiami, włożyły mnóstwo starań bym czuła się w Państwa szpitalu bezpiecznie i komfortowo. Położne zawsze służyły radą i pomocą, a uśmiech nie zniknął z ich twarzy. Za szczególną troskę o mnie i moją córeczkę, chciałabym wyróżnić Panie: Elę Wójtowicz, Elę Sokołowską, Alinę Ćwiek oraz młodzież, krótko obciętych, szczupłą położną w okularach, zajmującą się noworodkami, którego nazwiska niestety nie znam.

Jeszcze raz dziękujemy za opiekę.

### Joanna Nowakowska, Remigiusz Nowakowski – rodzice Majki, ur. 16.02.2009 r.



## Podziękowania

Syn nasz, Paweł, jest młodym człowiekiem, który przeszedł trzy operacje serca. Dwa zabiegi miały miejsce w Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, wykonał je prof. Jacek Moll, trzeci zabieg przeprowadził na Oddziale Kardiologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie Ordynator tego oddziału dr. n. med. Piotr Żelazny. Każda z operacji była trudna, ale obarczona największym ryzykiem to ta przeprowadzona przez dr. Piotra Żelaznego, ponieważ odbyła się siedem tygodni po poprzedniej i była trzecią operacją na otwartym sercu. Dr Żelazny zaangażował całe swoje doświadczenie i umiejętności oraz wiedzę i uratował życie naszemu synowi. Tą drogą składamy wielkie podziękowania Panu Ordynatorowi Oddziału Kardiologii dr. Piotrowi Żelaznemu oraz całemu personelowi lekarzom i pielęgniarkom, którzy profesjonalnie zajmują się pacjentami i dbają o ich szybki powrót do zdrowia. To szczęście gdy dla człowieka bije ludzkie serce.

Pełni szacunku i wdzięczności  
rodzice  
Wanda i Józef Jurewiczowie



**Szanowni Państwo,**

Z całego serca pragniemy podziękować wszystkim Lekarzom, Pielęgniarkom i Pielęgniarkom Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie za ratowanie życia i opiekę nad Tadeuszem Pawlakiem, który był pacjentem Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej od 30 marca do 10 maja 2010 roku.

Dziękujemy także za udzielanie dokładnych informacji i pełną współczucia i życzliwą postawę.

Z wyrazami szacunku  
żona i córki:

**Marianna Pawlak**

**Aneta Pawlak**

**Małgorzata Stolarczyk**



**Ordynator Oddziału Nefrologicznego dr hab. n. med. Pan Tomasz Stompór**

Szanowny Panie Ordynatorze, chce na Pana ręce złożyć najszersze wyrazy wdzięczności za trud i wspaniałą opiekę nad moją mamą Ireną Dudaniec. Ta serdeczność i ciepło okazywane mojej mamie a także i mnie /jej córce/ pozwala wierzyć, że jeszcze będzie dobrze. Szczególnie chcę podziękować Pani Doktor Bognie Kwelli za jej ogromną cierpliwość, serdeczność i wielkie serce okazywane pacjentowi. Ponadto serdecznie dziękuje też Pielęgniarkę Oddziałowej Pani Elżbiecie Kacperskiej, a za jej pośrednictwem całemu Personelowi Pielęgniarskiemu za ich cierpliwość i okazywane zrozumienie.

Z wyrazami szacunku w imieniu  
pacjentki – Ireny Dudaniec  
Córka – Krystyna Ratajczyk

**Oddział Ginekologiczno-Położniczy i Ginekologii Onkologicznej oraz Oddział Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie**

Chcielibyśmy złożyć na Państwa ręce wyrazy głębokiej wdzięczności za pomoc, wsparcie oraz profesjonalną opiekę, którą otrzymaliśmy podczas pobytu na Państwa oddziale w dniach 14-18 kwietnia 2009 roku.

Życzliwość, z którą się spotkaliśmy, była dla nas szczególnie ważna, gdyż mieszkając w Gdańsku, nie byliśmy przygotowani na poród w Olsztynie, zwłaszcza szesnaście dni przed planowanym terminem rozwiązania. W tej nieoczekiwanej i stresującej dla nas sytuacji dziękujemy za wyrozumiałość, otwartość oraz fachowość personelu szpitala sprawiły, iż przyjsście na świat naszej córeczki w tym właśnie miejscu, pozostanie dla nas na zawsze wzruszającym i miłym wspomnieniem.

Nie sposób wymienić wszystkich, którzy w tych szczególnych dla nas dniach służyli nam swoją wiedzą i pomocą. Pamiętamy jedynie kilka nazwisk, które chcielibyśmy wspomnieć: lekarz Marek Gowkielewicz, położne Agata Ziemek i Elżbieta Świrska.

Z serdecznymi podziękowaniami,  
Maria i Szymon Racewiczowie  
z Emilką



**Szanowny Pan Dr Piotr Siwik  
Ordynator Oddziału Rehabilitacyjnego**

Na ręce Pana Doktora składamy podziękowanie Panu i całemu Zespołowi Medycznemu Oddziału: lekarzom: dr Agnieszce Osowskiej i dr Izabeli Rusak; pielęgniarkom: Katarzynie Wilczewskiej, Izabeli Ciesielskiej, Krystynie Danisewicz, Irenie Dudkowskiej, Beacie Jankowskiej, Jolancie Nyt, Oldze Piotrowskiej, Dorocie Sierańskiej, Annie Wiśniewskiej; rehabilitantom: Agnieszce Adamowicz, Beacie Tananis, Agnieszce Machel, Agnieszce Przyłęckiej, Mirosławowi Gozdanowi, Piotrowi Giranowskiemu za leczenie naszych ciał i dusz, za ciepło, wsparcie, serdeczność, cierpliwość i troskliwość, uwagę, za wiarę w pokonanie przez nas najtrudniejszych chwil.

Dzięki Waszym wspaniałym kompetencjom poznaliśmy ogromne, ludzkie możliwości a okazane serce pozwala nam z optymizmem wrócić do codzienności. Za Wasze serca oddajemy Wam nasze. Postanowiliśmy zgłosić Oddział do wyróżnienia w akcji Leczyć Po Ludzku.

**Pacjenci Oddziału Rehabilitacyjnego**

## Najmłodszy pacjent pod fachową opieką

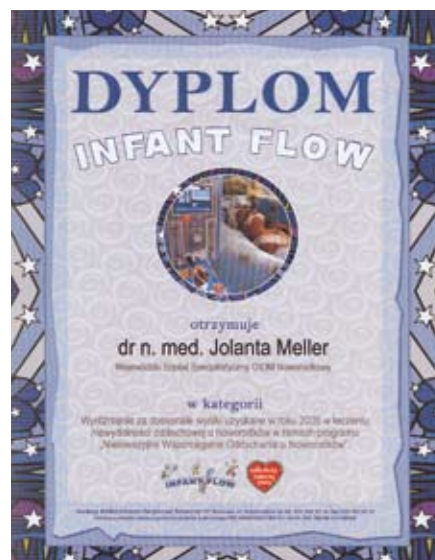
**Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka otrzymał wyróżnienie „za doskonałe wyniki uzyskane w 2009 r. w leczeniu niewydolności oddechowej u noworodków”.**

Uroczyste wręczenie nagrody miało miejsce na konferencji w Wiśle, w obecności Jurka Owsiaika. Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy patronuje programowi „Nieinwazyjne Wspomaganie Oddychania u Noworodków”, stąd obecność jej przedstawicieli była bardzo istotna.

Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka od kilku lat stosuje u noworodków metody tzw. łagodnej wentylacji, które ograniczają

urazy związane z intubacją i sztuczną wentylacją. Korzyści wynikające ze stosowania stałego dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych, takie jak: regularny rytm oddechowy, utrzymanie czynnościowej pojemności zalegającej, stopniowe rozprężenie pęcherzyków płucnych powodują coraz szersze stosowanie tej techniki wspomagania oddechowego zwłaszcza u dzieci przedwcześnie urodzonych.

red.



# Budowanie strategii szpitala - dalszy ciąg relacji z prac zespołu

## Czy wiesz, że to możliwe...?

Wracam do Państwa po 3-miesięcznej nieobecności. Wiele się wydarzyło. Grupa robocza ds. budowania strategii szpitala spotykała się kilkakrotnie. Były to jednodniowe warsztaty, bardzo intensywne, na których każda z grup przedstawiała wyniki przeprowadzonych analiz. Z niepokojem czekaliśmy na ocenę prac, przez naszego trenera. Okazało się, że to nie jest takie proste. Były wzloty i upadki, dobre i złe okresy, ale najważniejsze, że pewien etap prac związanych z budowaniem strategii szpitala mamy zamknięty, który jak się wkrótce okazało był niezbędnym do dalszych działań. Nasz trener Marcin Kautsh przeprowadził nas przez tajniki analizy strategicznej szpitala – pozeanalizowaliśmy go na jakiś czas. Było trochę żal tych wspólnie spędzonych godzin, pohukiwania na nas, przywracania nas do porządku, wytykania błędów i tych liścików: jest dobrze ale....co chciałeś/łaś przez to powiedzieć?

Pewnie niejednen z Was zapyta, co to jest ta analiza strategiczna? Otoczenie dalsze, otoczenie bliższe, segmentacja otoczenia, analiza konkurencji. To wszystko hasła, ale już nie dla nas!!! Obecnie, analizę strategiczną należy rozumieć bardzo szeroko, nie tylko jako zbiór metod i etapów postępowania, lecz przede wszystkim jako sposób działania właściwy ludziom i organizacjom myślącym strategicznie. Myśleć strategicznie to znaczy (Gierszewska, Romanowska 2009, s.12):

- \* dążyć do poznania sytuacji, badania szans, wyboru celów i zasad wykorzystania zasobów, wybiegając myślą wiele lat naprzód,
- \* stosować zespół technik oraz metod analizy i syntezy umożliwiających realizację tych dążeń oraz groma-

dzić do tego niezbędne informacje, \*

- \* charakteryzować się wolą ustawicznej zmiany obszarów oraz sposobów działania przedsiębiorstwa zgodnie ze zmianą wizji tego przedsiębiorstwa/szpitala i stanu jego otoczenia.

Zgodnie z definicją G.S.Yip **otoczenie dalsze** to ten obszar otoczenia, którego zmiany wpływają na działanie firmy, ale na które firma nie ma wpływu. Typowym przykładem są zmiany polityczne (zmiany elit rządzących), regulacje prawne, trendy demograficzne i trendy w skali globalnej. Przez **otoczenie bliższe** należy rozumieć otoczenie, które ma wpływ na firmę, na które firma może mieć również wpływ: może je zmieniać i kształtować (Obłój 2007,s.208). Typowymi elementami takiego otoczenia są odbiorcy, konkurenci i dostawcy lub lokalna społeczność.

Rozróżnienie otoczenia dalszego i bliższego jest bardzo ważne z kilku powodów. W otoczeniu bliższym toczy się walka konkurencyjna i dlatego to jemu zazwyczaj dyrektorzy szpitali powinni poświęcić najwięcej uwagi i czasu. Informacje uzyskane przez zarządzających z konkurencyjnych szpitali będą dosyć podobne, typowe sposoby analizy są bowiem takie same, co najwyżej inna może być interpretacja danych.

W przypadku analizy otoczenia dalszego nie ma jednoznacznego kanonu analizy. W zależności od tego, jakie trendy i zjawiska menedżerowie uznają za ważne i jak je zinterpretują, zarysują się znacznie bardziej podstawowe różnice w ocenie szans i zagrożeń przez różne firmy (Obłój 2007,s.208).

Tak jak już wspominałam, zakończyliśmy pewien etap i poszliśmy da-

lej. Przede mną było trudne zadanie, podjęłam się poprowadzenia grupy przez dalszą część drogi, która okazała się niełatwą. Teraz zobaczyliśmy ile jeszcze przed nami, a ulgi nie było.



Dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokocka koordynowała zajęcia

I złudzeń też nie!!! Plan, czas, termin, tempo, no i profesjonalizm w każdym calu. Nawet nie zdajecie sobie Państwo sprawy ile wiedzy, pomysłów i chęci działania drzemie w każdym z nas. Nikt nie patrzył na zegarek, nie mówił że ma dosyć. Przeszliśmy do procesu formułowania strategii organizacji za pomocą analizy SWOT. Jest to kompleksowa metoda służąca do badania otoczenia organizacji i analizy jej wnętrza. Nazwa SWOT jest akronimem angielskich słów **Strengths** (mocne strony organizacji), **Weaknesses** (słabe strony organizacji), **Opportunities** (szanse w otoczeniu), **Threats** (zagrożenia w otoczeniu). Analiza SWOT polega na zidentyfikowaniu czterech grup czynników (Gierszewska, Romanowska 2009, s.190):

- \* zewnętrznych pozytywnych-**szans**,
- \* zewnętrznych negatywnych-**zagrożeń**,
- \* wewnętrznych pozytywnych-**mocnych stron**,
- \* wewnętrznych negatywnych-**słabych stron**

opisaniu ich wpływu na rozwój organizacji, a także możliwości organizacji osłabiania lub wzmocnienia siły ich oddziaływania. Zderzenie szans i zagrożeń z mocnymi i słabymi stronami szpitala



Grupa robocza ds. budowania strategii szpitala





### Podczas szkolenia

pozwala na określenie jego pozycji strategicznej, może być też źródłem pomysłów strategii.

Po wielu dyskusjach udało się określić te czynniki. Praca w kilkusobowych grupach pozwoliła określić również cele strategiczne i operacyjne szpitala. Wyniki wspólnej pracy wprowadzono w ramy dokumentu, nad którym dzielnie pracowały Panie Alicja Biernacka oraz Kornelia Kotwicka. Było to niezbędne aby można było kontynuować prace nad strategią. Wielokrotnie wracaliśmy do już określonych czynników analizy SWOT, celów strategicznych i operacyjnych by powtórnie je przedyskutować, ale też określić działania do poszczególnych celów operacyjnych. W spotkaniu, które odbyło się 23 czerwca uczestniczyła Pani Irena Kierzkowska-dyrektor szpitala, która odniosła się do wielu nurtujących nas pytań. To spotkanie pokazało, że należy spotkać się z grupą lekarzy-ordynatorów oraz członkami dyrekcji, którzy mogliby odpowiedzieć na wiele, nurtujących nas pytań. Naszą wielomiesięczną pracę przedstawimy na spotkaniu z kierownikami komórek organizacyjnych szpitala oraz członkami dyrekcji. Jeszcze na tym etapie będzie można odnieść się do zaproponowanego dokumentu.

Chyba zasłużyliśmy na wakacje i chwilę wytchnienia, ale to nie koniec naszej wspólnej pracy, przed nami najważniejszy etap: zatwierdzenia strategii przez zarząd szpitala oraz zapoznanie z nią pracowników szpitala.

Dalszy ciąg nastąpi... po wakacjach.

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

### Literatura:

1. Yip G.S. 2004. Strategia globalna, PWE, Warszawa.
2. Gierszewska G., Romanowska M. 2009. Analiza strategiczna przedsiębiorstwa. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne. Warszawa.
3. Obłój K. 2007. Strategia organizacji, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne. Warszawa.

# 40 lat minęło....

Już 40 lat Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie służy pomocą mieszkańcom Olsztyna i województwa. Przez wszystkie te lata umacniał swoją pozycję, zmieniając się zewnętrznie, wprowadzając nowoczesne techniki medyczne i zatrudniając wysokowykwalifikowaną kadrę. Zdobywał zaufanie pacjentów dbając o zdrowie mieszkańców Warmii i Mazur.



**Irena Kierzkowska  
dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego**

Z okazji 40-lecia działalności szpitala, 19 czerwca 2010r. w „Trzeźnowej Dolinie”, odbyło się spotkanie integracyjne pracowników szpitala. W pierwszej części uczestnicy jubileuszu bawili się przy muzy-

ce, uczestniczyli w wielu konkursach (strzelanie z łuku, rzut wałkiem, przeciąganie liny, siatkówka, strzelanie z wiatrówką) i uzupełniali siły potrawami z grilla. Podczas drugiej części zaprezentowano zdjęcia historyczne szpitala, a pani dyrektor Irena Kierzkowska podziękowała wszystkim pracownikom za trudną i odpowiedzialną pracę. W szczególności uhonorowała tych, którzy pracują w szpitalu bez przerwy od 40 lat. Okolicznościowe statuetki i dyplomy otrzymali:

- \* prof. dr hab. n. med. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz – ordynator Oddziału Diabetologicznego i Endokrynologicznego
- \* Stefan Barabas - z-ca dyr. ds. eksploatacyjno-technicznych
- \* Krystyna Gruszczyńska - technik Działu Diagnostyki Obrazowej
- \* dr n. med. Mieczysława Gryglicka – Oddział Noworodkowy
- \* Teresa Gryniewicz - pielęgniarka oddziałowa Oddział Kardiologiczny
- \* Bernadetta Jąźwińska - technik Działu Diagnostyki Obrazowej
- \* Danuta Kierska - kierownik Zespołu Bloku Operacyjnego
- \* Irena Kruszevska - technik Działu Diagnostyki Obrazowej



**Elżbieta Butkiewicz**



**Barbara Bonisławska**

- \* dr n. med. Władysław Opacki – Oddział Ginekologiczny
- \* dr n. med. Tomasz Przybyszewski – Oddział Chirurgiczny
- \* lek. med. Tomasz Sankowski – Oddział Kardiologiczny
- \* Jolanta Trytek - kierownik Zespołu Techników Działu Patomorfologii



### Historyczna prezentacja oddziałów

- \* Halina Walczyk- pielęgniarka położna Oddział Ginekologiczny
- \* Janina Wojtulewicz-Senderska – pielęgniarka, Dział Diagnostyki Obrazowej
- \* Marta Zeltzer - kierownik techników Działu Diagnostyki Obrazowej



### Jubilaci

Podczas spotkania zostały wyróżnione również dwie pielęgniarki: Elżbieta Butkiewicz i Barbara Bonisławska, które otrzymały honorowe odznaki „Zasłużony dla Spółdzielczości Pracy”, przyznawane przez Krajowy Związek Lustracyjny w Warszawie. Obie panie są pielęgniarkami o wysokich kwalifikacjach zawodowych, a ich wybitna praca została zauważona.

Po uroczystym wręczeniu statuetek i odznaczeń głos zabrali zaproszeni goście. Wiesława Jolanta Włodarczyk-Szczepańska przewodnicząca Rady Społecznej oraz Ryszard Wasiński dyrektor Departamentu Zdrowia, którzy składali życzenia pracownikom naszego szpitala. Wieczoru dopełnił jubileuszowy tort ozdobiony archiwalnymi zdjęciami.

core







# 40 LAT

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie  
1970 - 2010

