



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

Kwartalnik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 30/4 październik • listopad • grudzień 2010



**Pionierska
transplantacja nerki**

Droży czytelnicy

Za nami kolejny rok. A był to rok pełen ważnych wydarzeń. Przeprowadziliśmy pierwszy w historii naszego regionu zabieg przeszczepienia nerek. Do utworzenia ośrodka transplantacyjnego szpital przygotowywał się ponad rok, ale było warto, całe przedsięwzięcie zakończyło się sukcesem. Nie jest to jednak koniec tegorocznych dokonań, zmodernizowaliśmy Oddział Otolaryngologiczny, unowocześniliśmy archiwum szpitalne i wprowadziliśmy kilka nowych procedur medycznych. Dużym osiągnięciem jest umiejętność pozyskiwania przez szpital środków z Unii Europejskiej, która dofinansowuje wiele naszych inwestycji. Najważniejszą jest budowa bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni oraz rozbudowa systemu usług elektronicznych dla obywateli, poprzez usprawnienie i standaryzację elektronicznego procesu monitorowania stanu zdrowia pacjentów szpitala.

Puls Szpitala obchodzi swoje małe święto, przygotowaliśmy dla Państwa 30 wydanie biuletynu, jest to nasz „perłowy” jubileusz, dlatego korzystając z tej niepowtarzalnej okazji przedstawiamy zespół pracujący nad Pulsem.

Koniecznie proszę przeczytać artykuły przedstawiające Oddział Kardiologiczny. Po przeczytaniu wywiadu z dr. Jerzym Górnym ordynatorem oddziału, dowiedzą się Państwo komu warto „oddać” swoje serce.

Zapraszam do lektury.

Kornelia Kotwicka
redaktor naczelny

Spis treści

- 3 Życzenia świąteczne
 - 3 Święta tuż, tuż...
- 4 To był trudny rok, ale pełen sukcesów
 - 5 Na Radzie Społecznej
- 6 Pionierska transplantacja nerki
 - 6 Dar nowego życia
- 8 Konferencja prasowa w szpitalu
 - 8 Goście z Kaliningradu
- 9 Budujemy blok operacyjny
 - 10 Serce w dobrych rękach
- 12 Era serca
 - 13 Obowiązki konsultanta
- 14 Perłowy Puls
 - 16 Laserowa korekcja wzroku
- 18 Rehabilitacja neuropsychologiczna
 - 19 Z wizytą u psychologa
- 19 Zastryk wiedzy
 - 20 „Szwajcarska” precyzja
- 20 Elektroniczna obsługa pacjentów w szpitalu wojewódzkim
 - 21 Recepta na tony dokumentacji
- 21 Szpital przyjazny kombatanom
 - 22 Nowa kadra kierownicza
- 23 Kontrola zarządcza w szpitalu
 - 24 Wodospady Wiktorii
- 26 Pożar i ewakuacja na Chirurgii
 - 27 Krzyżówka



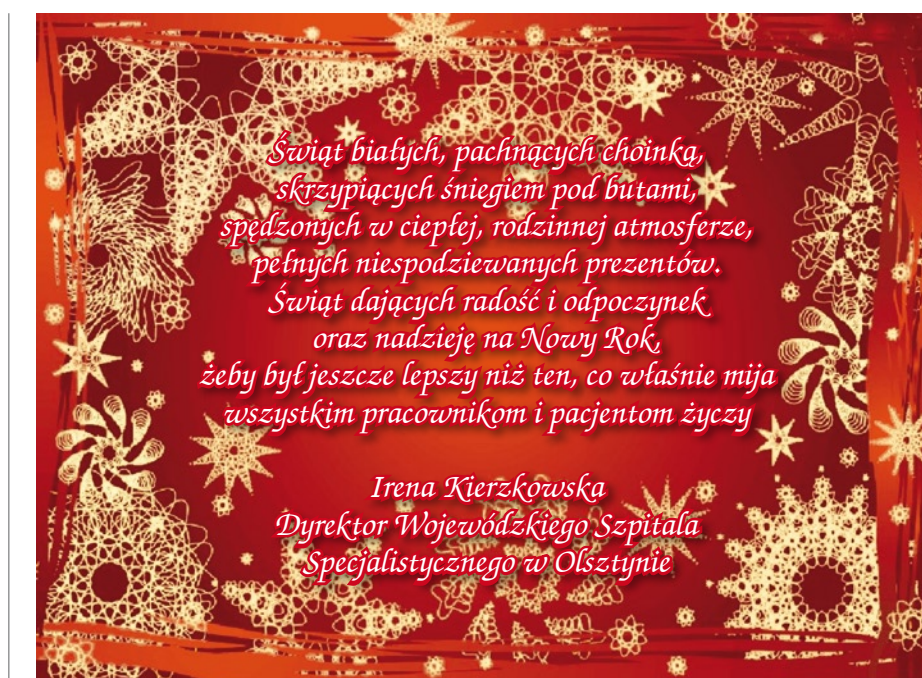
Święta tuż, tuż...

Tradycje i dawne zwyczaje zawsze miały, albo oficjalny, albo ukryty wpływ na wszelkie uroczystości i nie inaczej jest w wypadku Bożego Narodzenia.

Pierwsza wzmianka o Bożym Narodzeniu pochodzi z 354 roku, a zamieszcza ją rzymski kalendarz. Data narodzin Jezusa Chrystusa budziła od początku wiele kontrowersji, a Nowy Testament nie podaje żadnych informacji na ten temat. W III wieku grupa teologów wskazała dzień 20 maja, inni proponowali 28 marca, albo 19 kwietnia. Więc skąd się wzięła data 25 grudnia? W Encyklopedii Brytanika zapisano: „Najprawdopodobniej chrześcijanie z pierwszych wieków chcieli, by ów dzień zbiegł się z rzymskim świętem ku czci „narodzin słońca niezwykłego”. Chrześcijanie ze słońcem utożsamiali Chrystusa, nazywając go „Słońcem Sprawiedliwości”. Wraz z nawróceniem się Cesarza Konstantyna, który dał swobodę wyznania chrześcijanom, nowi członkowie kościoła zalali swoimi zwyczajami i tradycjami stary obraz chrześcijaństwa. W rzeczywistości jedynym świętem, które nakazano obchodzić chrześcijanom, jest Wieczerza Pańska.

Zwyczaj ubierania choinek narodził się wśród ludów germańskich przeszło 300 lat temu. W dniach przesilania zimy i nocy zawieszano u sufitu gałązki jemioli, jodły, świerku, sosny jako symbol zwycięstwa życia nad śmiercią, dnia nad nocą, światła nad ciemnością. Kościół chętnie przejął ten zwyczaj, jako zapowiedź i znak Jezusa Chrystusa. Na drzewku zawieszamy światła, bo tak często Jezus mówił o sobie, że jest światłością świata.

Święty Mikołaj jest postacią mityczną, ale jednocześnie realną, która wywodzi się z opowieści o żyjącym w IV wieku biskupie Miry (Turcja) i doprawdy miał mało szans, żeby spotkać w swoim życiu renifera. Jako biskup miał na głowie tiarę biskupią, a na sobie szaty w stylu kościoła wschodniego, podpierał się



także pastorałem, który był oznaką piastowanej przez siebie władzy. I tak też go przedstawiano. W połowie XIII wieku, w niektórych krajach powstał zwyczaj obdarowywania się w dzień wspomnie-



nia tego świętego, czyli 6 grudnia. Dawano prezenty zwłaszcza dzieciom. W Polsce zwyczaj ten rozpowszechnił się dopiero w pierwszej połowie XVIII wieku. Podkładano dzieciom prezenty w nocy mówiąc, że to dar św. Mikołaja. W różnych krajach w tradycji ludowej łączono jednak postać świętego z miejscowymi legendami: w Skandynawii z Gnomami, w Rosji z Dziadem Mrozem, we Włoszech z Dobrą Czarodziejką i tak dalej.

23 grudnia 1823 roku w nowojorskim dzienniku ukazał się poemat pt. „Relacja z wizyty św. Mikołaja”. W poemacie tym pierwszy raz pojawia się wizja Mikołaja, jako dużego wesołego Gnoma ze skandynawskich legend, z dużym brzuchem i białą brodą. Clement Clark Morowe dodał mu również sanie i zaprzęg reniferów, on też przysłał go nie 6 grudnia, ale właśnie na wigilię. Nowa postać zyskała swoje wyobrażenie dzięki znanemu rysownikowi amerykańskiemu Thomasowi Nastowi w latach 1860-1880, publikującemu w nowojorskim czasopiśmie „Har-per’s”. To on ubrał go również w czerwony strój, a siedzibę ustalił na biegun północny. W latach trzydziestych wymyślono również imiona jego reniferów i ustalono ich liczbę na siedem. W tym czasie również zaczęto przebierać pracowników sklepów za tę postać oraz dodano różne szczegóły, jak wlatywanie przez komin. Postać świętego na stałe wrosła w tradycję Bożego Narodzenia. Święto to spełniało ważną rolę integracyjną dla kościoła i dla rodziny. Choinka i wzajemne obdarowywanie się prezentami, a także akcje dobroczynne tworzyły atmosferę obrony wartości rodzinnych wobec trudnych problemów współczesnego ludzkiego świata.

Opracowała
Barbara Szymczuk



To był trudny rok, ale pełen sukcesów

*Rozmawiamy z Ireną Kierzkowską, dyrektorem
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.*

– Jakie ważne inwestycje udało się zakończyć w tym roku?

– Najważniejszą inwestycją była modernizacja oddziału otolaryngologicznego. Teraz mamy piękny oddział, fantastycznie wyposażony, bezpieczny, z monitoringiem pacjentów w sali pooperacyjnej. Była to ważna inwestycja i cieszę się, że została zakończona. W pierwszym kwartale zakończyliśmy również remont archiwum. Uporządkowaliśmy dokumentację, która była składana w trzech miejscach i podnieśliśmy bezpieczeństwo jej przechowywania. Wykonaliśmy również przyłącza wodociągowe do szpitala od ulicy Żołnierskiej. Poza tym inwestowaliśmy w dokumentację projektową modernizacji oddziału chirurgicznego, ginekologiczno-położniczego, noworodkowego. Jesteśmy w trakcie wykonywania dokumentacji projektowej adaptacji pomieszczeń po kuchni na potrzeby oddziału neurochirurgicznego i neurochirurgii na potrzeby oddziału ginekologicznego i ginekologii onkologicznej. Jednak największym wyzwaniem jest dokumentacja techniczna szpitala wykonywana na podstawie ekspertyzy przeciwpożarowej.

– O jaki sprzęt wzbogacił się w tym roku szpital?

– Zakład Medycyny Nuklearnej wzbogacił się o gammakamerę. Została ona sfinansowana przez Urząd Marszałkowski. Zakupy zrobiliśmy dość racjonalnie, dodatkowo wykupiliśmy dzierżawioną od paru lat małą gammakamerę oraz kupiliśmy głowicę OZIL na oddział okulistyczny. Poza tym zakupiliśmy z POLKARD-u nowy echokardiograf, a z dotacji PFRON-u doposażyliśmy oddział rehabilitacyjny. Wyposażyliśmy otolaryngologię w dwa nowoczesne, wielofunkcyjne unity laryngologiczne. A oddział neurochirurgiczny wzbogacił się o nowy zestaw do otwierania czaszki z wiertarką szybkoobrotową.

– Jakie są plany inwestycyjne na 2011 rok?

– Inwestycje w 2011 r. będą zależne od naszej sytuacji finansowej. Priorytetowo potraktujemy te inwestycje, na które otrzymamy dotacje, albo będziemy mieli możliwość refundacji poniesionych kosztów. Do takich inwestycji należy modernizacja oddziału chirurgicznego oraz SOR-u, które na pewno rozpoczniemy na początku roku, a będą one przeprowadzone w ramach projektu adaptacji szpitala do utworzenia centrum urazów wielonarządowych na bazie SOR-u. Priorytetowo również musimy potraktować adaptację ładowiska. Mamy w planach także modernizację 6 piętra, ale decyzja o przeprowadzeniu tej inwestycji będzie uzależniona od sytuacji finansowej szpitala, ponieważ ma być ona finansowana ze środków własnych szpitala.

– Jaka jest obecna sytuacja finansowa szpitala?

– Obecnie sytuacja finansowa szpitala jest bardzo trudna i będzie trudna do czasu uzyskania pierwszych pieniędzy z Narodowego Funduszu Zdrowia. Prawdopodobnie pierwsze pieniądze otrzymamy decyzją wyroku sądowego za nadwykonania pod koniec pierwszego kwartału 2011 r. Po raz pierwszy szpital kredytuje 2 lata nieopłaconych nadwykonań przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Nierozliczony 2009 r. oraz nieopłacone nadwykonania rzędu 12 mln za 2010 rok bardzo obciążają budżet naszego szpitala. Sytuacja powinna się poprawić w drugim kwartale 2011 r.

– Jak dzisiaj układa się współpraca między Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim, a szpitalem?

– Myślę, że zupełnie poprawnie. Od kilku już lat gościśmy studentów z kierunku pielęgniarstwa i po raz pierwszy w tym roku gościśmy studentów z kierunku lekarskiego. Odbywają się u nas zajęcia z propedeutyki chorób wewnętrznych na bazie Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Nefrologii. Studenci mają zajęcia we wtorki. Przyzwyczajamy się do



widoku coraz większej liczby młodych ludzi oraz ich obecności podczas obchodów. Studenci są bardzo zaangażowani, zainteresowani pacjentami i wiem, że podoba im się w szpitalu. Jest to już nasza rzeczywistość.

– Od kilku miesięcy grupa ds. budowania strategii szpitala tworzy ten dokument. Dlaczego jest on ważny dla szpitala?

– Strategia jest dokumentem bardzo ważnym. Jest to podstawowe narzędzie do dobrego zarządzania szpitalem. Strategia określa podstawowe cele i priorytety rozwoju naszego szpitala oraz działania zmierzające do realizacji tych celów. Bardzo mnie cieszy ta praca i gratuluję wszystkim uczestnikom oraz dziękuję osobom zaangażowanym w budowanie strategii naszego szpitala. Obecnie finalizujemy pracę. Dokument będzie jeszcze konsultowany przez kadrę kierowniczą, związki zawodowe i radę pracowników, następnie zatwierdzony przez Radę Społeczną Szpitala. Bardzo mi zależy, żeby jak najwięcej pracowników zaangażowało się w to przedsięwzięcie, ponieważ oprócz budowy strategii, drugim, ważnym i trudnym zadaniem jest jej wdrożenie. Sukces osiągniemy dopiero wtedy, gdy wspólnie wdrożymy strategię. Wszyscy musimy zdać sobie sprawę i wzajemnie przekonać, że to co robimy jest najlepsze dla nas, dla naszych pacjentów i dla naszego szpitala. Musimy tworzyć jeden zespół i dla żadnego pracownika nie może być obojętne to, co robimy. Strategia diagnozuje nasze możliwości, zasoby oraz otoczenie, w którym się znajdujemy. Dostarcza informacji, które obszary są dobre, a które należy zmienić, poprawić, czy wzmoc-

nić, żeby lepiej działały. Jest podstawowym narzędziem w sprawnym zarządzaniu. Jeszcze raz chcę podkreślić, że możemy ją zrealizować tylko wspólnie ze wszystkimi pracownikami. Wszyscy powinniśmy być przekonani do naszych wytyczonych celów.

– Do szpitalnej historii przeszła noc z 26 na 27 listopada. Odbył się zabieg, na który wszyscy czekaliśmy...

– Z dużą satysfakcją chciałabym poinformować wszystkich pracowników, że w naszym szpitalu zostały wykonane pierwsze dwa przeszczepy nerek. Operacja zakończyła się sukcesem. Nasi pacjenci są w dobrej formie. Jest to kolejny etap rozwoju szpitala i realizacji strategii. Sprawdziliśmy się w pracy zespołowej i interdyscyplinarnej.

– Z jaką największą trudnością zmierzyła się Pani przed utworzeniem oddziału transplantologicznego?

– Mieliliśmy duże problemy z uzyskaniem akredytacji w Ministerstwie Zdrowia, przypomnę, że pierwsza zgoda była warunkowa. Były też problemy ze znalezieniem kadry. Ogromnie pomocny na każdym etapie organizowania ośrodka był profesor Wojciech Rowiński. Bez pana profesora nie byłabym w stanie

zmierzyć się z tym przedsięwzięciem. Po zatrudnieniu doktora Andrzeja Kobrynia mogliśmy przystąpić do kolejnego etapu organizacyjnego. Oczywiście bez zaangażowania naszych chirurgów, nefrologów i anestezjologów: Dariusza Onichimowskiego, Piotra Malinowskiego, Iwony Podlińskiej, Tomasza Stompory, niemożliwe byłoby sfinalizowanie tego przedsięwzięcia. Na szczęście mamy w szpitalu wiele osób zaangażowanych i bardzo dobrze przygotowanych merytorycznie. To jest ten najcenniejszy potencjał, którym dysponuje nasz szpital.

– W Szpitalu już niedługo będzie można wykonywać badania PET. Jakie korzyści dla szpitala oraz dla pacjenta wynikają z wprowadzenia tej usługi?

– Dobra i szybka diagnostyka jest podstawą sukcesu. Skraca pobyt pacjenta w szpitalu, jest narzędziem dla lekarza, który może odpowiednio zaplanować leczenie. PET uzupełnia naszą dobrą bazę diagnostyczną o rozpoznanie choroby nowotworowej na poziomie pojedynczej komórki. Jest to pozytonowa emisyjna tomografia komputerowa, która łączy dwie techniki obrazowania: technikę scyntygrafii i technikę tomografii komputerowej. Jako jedyni w naszym regionie posiadamy fantastyczny Zakład Medycyny Nuklearnej z bardzo dobrze wykwalifikowaną kadrą. PET jest przykładem part-

nerstwa publiczno-prywatnego, dzięki któremu z badań będą mogli korzystać wszyscy pacjenci z Warmii i Mazur, nie tylko hospitalizowani w naszym szpitalu. Nie będą oni musieli jeździć na badania do Warszawy, czy Bydgoszczy.

– Dużo się mówi o prywatyzacji szpitali, czy może ona dotyczyć również naszego szpitala?

– Oczywiście, że tak. Wiem, że prywatyzacja szpitali jest rozważana w pakiecie proponowanych ustaw. Planowana regulacja przewiduje m.in., że samorząd, który nie przekształci zadłużonego SP ZOZ-u będzie musiał pokryć jego dług w ciągu 3 miesięcy od zatwierdzenia sprawozdania finansowego. W przypadku nie wywiązania się z tego obowiązku w ciągu 12 miesięcy będzie musiał zmienić formę organizacyjną SP ZOZ-u w spółkę kapitałową. Ta ustawa zmusi nas do prowadzenia bardzo rozważnej polityki placowej ze związkami zawodowymi oraz rozważnych negocjacji umów cywilno-prawnych z lekarzami i rozważnego realizowania kontraktu z NFZ. Prywatyzacja jest trudnym tematem dla naszego szpitala z wielu powodów: z racji trudnych inwestycji, które przeprowadzamy z dotacji unijnych, z racji bardzo trudnych przypadków hospitalizowanych w naszym szpitalu, które nie zawsze są opłacalne, monopolistycznego systemu finansowania i wielu innych niedoskonałości systemu.

– Na jakim etapie jest budowa nowego bloku operacyjnego oraz centralnej sterylizatorni?

– Mamy przygotowany teren pod budowę oraz położone kable średniego, niskiego napięcia i sieci wodociągowe. W tej chwili wbudowywane są studnie fundamentowe pod budowę konstrukcji budynku. Budowa pełną parą ruszy wiosną.

– Z jakich tegorocznych dokonań jest Pani najbardziej dumna?

– Z transplantologii, ponieważ poradziliśmy sobie z tematem bardzo trudnym oraz sprawdziliśmy się organizacyjnie. Cieszą mnie również nowatorskie zabiegi i badania przeprowadzane w szpitalu: biopsja nerki, scyntygrafia serca, zabiegi kręgosłupa oraz inwestycje: PET, modernizacja otolaryngologii, zakup gammakamery i każdy zakup, który powoduje, że nasz szpital rozwija się i realizuje swoją misję.

– Dziękuję za rozmowę.

core

Na Radzie Społecznej

W Sali Konferencyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie 18 października 2010 r. odbyło się posiedzenie Rady Społecznej Szpitala.

W posiedzeniu uczestniczyli członkowie Rady Społecznej, dyrekcja Szpitala oraz związki zawodowe.

Na spotkaniu członkowie Rady pozytywnie opiniowali:

1. Zmiany w Statucie Szpitala polegające na:
 - utworzenie oddziałów: transplantologicznego, udarowego, rehabilitacji neurologicznej;
 - zmiany nazwy oddziałów: z oddziału neurologicznego z pododdziałem udarowym na oddział neurologiczny oraz z oddziału kardiologicznego z OIOK na oddział kardiologiczny.
2. Zmiany w Regulaminie Porządkowym Szpitala:
 - utworzenie poradni transplantacji nerek;

- zmiana podległości sekcji aparatury medycznej - z pionu kierownika działu technicznego do pionu z-cy dyrektora ds. eksploatacyjno – technicznych.
3. Przyjęcie darowizny przez Szpital od Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy w postaci respiratora oscylacyjnego wraz z dodatkowym wyposażeniem na kwotę 98 657,50 zł do Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka.
 3. Korektę planu inwestycyjnego na rok 2010.
 4. Zakup aparatury medycznej i sprzętu przez Szpital.
 5. Korektę planu finansowego na rok 2010.

Alicja Biernacka

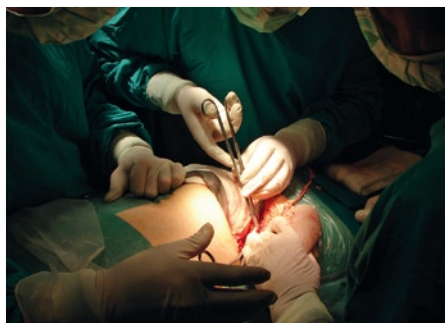
Pionierska transplantacja nerki

W nocy z 26 na 27 listopada 2010 r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie przeprowadzono pierwszy w regionie przeszczep nerek.

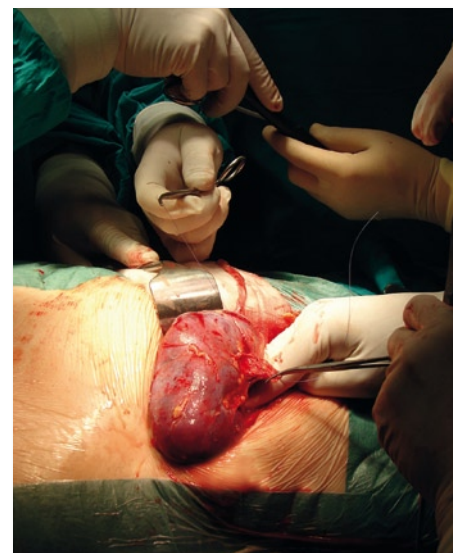
Operacja zaczęła się tuż przed północą 26 listopada. Jako pierwsza operowana była pacjentka z Zamościa, następnie pacjent z Torunia. Każdy z zabiegów trwał ok. 3 godzin. Transplantacja zakończyła się sukcesem, obyło się bez komplikacji, a pacjenci czują się dobrze.

Dwa zabiegi przeszczepiania nerki przeprowadził zespół pod kierunkiem prof. Wojciecha Rowińskiego w składzie: dr Andrzej Kobryń – główny operator, dr Piotr Malinowski – lekarz asystujący, dr Rafał Dryzner – lekarz asystujący, dr Lidia Glinka – lekarz anestezjolog, Anna Stępień – pielęgniarka anestezyjologiczna, Bernadeta Mierzicka – pielęgniarka instrumentariuszka.

W okresie ostatnich 50 lat, a zwłaszcza na przełomie XX i XXI wieku, przeszczepianie narządów stało się powszechnie dostępną i na razie jedyną w pełni skuteczną metodą leczenia schyłkowej niewydolności narządu niemal na całym świecie. Niezwykle dynamiczny rozwój transplantologii stał się możliwy dzięki ogromnemu postępowi w medycynie. Klasyczne, dotychczas stosowane metody leczenia są zupełnie nieskuteczne w sytuacjach, gdy nieuchronny postęp choroby doprowadza do całkowitego zniszczenia narządu. Rozwijają się wówczas przewlekła, schyłkowa niewydolność zniszczonego przez proces



chorobowy narządu, która doprowadza do powolnej lecz nieuchronnej śmierci pacjenta. Tymczasem, chociaż zniszczonego przez chorobę narządu nie można



wprawdzie wyleczyć, można go jednak zastąpić narządem zdrowym pobranym od osoby żyjącej lub zmarłej.

core

Dar nowego życia

Dwoje zupełnie obcych dla siebie ludzi, ona z Zamościa, on z Torunia. Połączyło ich jedno w tym zupełnie obcym miejscu z dala od rodzin i domów – przeszczep nerki od dawcy, który podarował im szansę na nowe, lepsze życie.

Lekarze z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie jako pierwsi w regionie przeprowadzili transplantację tych nerek. Zabieg wykonał zespół pod kierownictwem prof. Wojciecha Rowińskiego.

Pacjentami byli 49-letnia kobieta z okolic Zamościa i 56-letni mieszkaniec Torunia. Pierwsza operacja zaczęła się tuż

przed północą, w piątek 26 listopada. Najpierw przeszczepiono nerkę kobiecie, następnie mężczyźnie. Każdy z zabiegów trwał po ok. 3 godziny. Obyło się bez komplikacji. Od razu po przeszczepie, pacjentów ulokowano w wydzielonej części oddziału intensywnej terapii, aby zapewnić im spokój i odizolować od kontaktów z innymi pacjentami, by tym samym uchronić ich od ewentualnych

„Należy zaszcześcić w sercach ludzi, zwłaszcza młodych, szczerze i głębokie przekonanie, że świat potrzebuje braterskiej miłości, której wyrazem może być darowanie narządów”.

Jan Paweł II

zakażeń. Z racji wykonanych zabiegów, a także podawanych leków byli bowiem bardziej narażeni na działanie drobnoustrojów.

Kilka dni po operacji, kiedy ich stan się ustabilizował odwiedziliśmy naszych pierwszych pacjentów po przeszczepie. Co robili i jak dowiedzieli się, że czeka na nich upragniona nerka, która może

zmienić ich życie nie do poznania? To było pierwsze pytanie, które cisnęło się na usta. Pierwsza zaczęła opowiadać Pani Bożena z Zamościa. – W piątek rano poszłam do biblioteki po książki. O 10.00 zadzwoniła do mnie moja pani doktor nefrolog ze szpitala wojewódzkiego w Zamościu. W jej głosie słyszałam podekscytowanie i radość, kiedy mówiła: Pani Bożenko! Jest dla pani nerka, czy się pani zgadza? Odległość nie miała dla mnie znaczenia, kiedy dowiedziałam się, że nerka czeka na mnie aż w Olsztynie. Wszyscy cieszyliśmy się, że w końcu zostałam wytypowana do zabiegu. Z biblioteki wręcz pobiegłam do domu, karetka już na mnie czekała. Chwyciłam w rękę zakurzoną torbę, która od dawna stała w kącie spakowana, na wypadek właśnie takiego telefonu i pojechałam karetką na 3-godzinną dializę. Rodzina ze łzami w oczach mnie żegnała. W tych łzach jednocześnie był strach o mój los, z drugiej strony wielka radość i nadzieja na lepsze i dłuższe życie. Do Olsztyna jechaliśmy 5 godzin na sygnale.

– Ja w piątek byłem w pracy, kiedy zadzwoniła do mnie oddziałowa ze stacji dializ i zapytała mnie po prostu, czy jestem przygotowany – opowiada pan Bogdan z Torunia. – Nie wiedziałem o co chodzi, więc zapytałem: ale siostrona co? Odpowiedziała mi: na wyjazd. Ale gdzie, o co chodzi, jestem w tej chwili w pracy. To była krótka odpowiedź: na przeszczep nerki panie Bogdanie, proszę przyjechać teraz na dializę. Wzruszyłem się bardzo. Szef zwolnił mnie bez problemu, zresztą wszyscy w zakładzie wiedzieli, że jestem na liście oczekujących na przeszczep nerki. Od razu z pracy pojechałam na 4-godzinną dializę, a tam czekała już na mnie karetka. Na chwilę jeszcze zajechałem do domu po rzeczy, pożegnałem się z rodziną i ruszyliśmy do Olsztyna. Podróż zabrała nam 4 godziny, w samym Olsztynie kierowca karetki miał problemy ze znalezieniem drogi do szpitala, więc zapytaliśmy o nią policję. Gdy dowiedzieli się, że jedziemy na przeszczep, zaoferowali się, że nas odeskortują na sygnale pod sam SOR. Na miejscu przywitał mnie pan dr Kobryń, przedstawił się i nagle wszystko nabrało tempa. Na SOR spotkałem panią Bożenę, która jako pierwsza pojechała na operację. Czy czułem strach przed przeszczepem? Z jednej strony tak, byłem wystraszony, ale w takiej sytuacji nie wybiera się czasu, ani miejsca zabiegu, bo to jedyna okazja, żeby się przeszczepić. Wiedziałem, że byłem jako trzeci wytypowany

do tego przeszczepu, a szpital miał tylko dwie nerki. Jedna osoba zrezygnowała ze względu na zły stan zdrowia i tym sposobem dostałem nerkę. Mój wyjazd gorzej przeżywała rodzina, ale mówiłem im: Wam ten stan zdrowia nie dokucza, a mnie wszystko boli i przeszkadza w normalnym funkcjonowaniu. Pomimo strachu, chcieli żebym jechał, żegnali mnie ze łzami w oczach, szczególnie żona, ale i z radością i nadzieją.



Pacjenci po przeszczepie

Problemy ze zdrowiem u Pani Bożeny zaczęły się 27 lat temu, podczas pierwszej ciąży, kiedy nagle źle wyszły wyniki badań. Lekarz postawił diagnozę: zapalenie miedniczek moczowych. Wtedy jeszcze pani Bożena nie wiedziała, co zapoczątkuje ta choroba. Lekarze ostrzegali, że każda następna ciąża będzie bardziej obciążać nerki. Mimo to, pani Bożena zdecydowała się na kolejną ciążę, w trakcie której miała bardzo bolesny atak nerkowy. Jednak prawdziwe problemy zaczęły się dopiero po porodzie. W szpitalu w Lublinie, na oddziale kardiologicznym, do którego trafiła z powodu wysokiego ciśnienia krwi okazało się, że ma bardzo chore nerki. W szpitalu w Gdańsku pani Bożena usłyszała, że ma dziurawy moczowód i nastąpiła marskość prawej nerki, a lewa była już zamierająca. Wówczas dokonano jedynie przeszczepu moczowodów. – Przez następne 15 lat miałam dializy, mimo wszystko mogłam normalnie pracować – opowiada pani Bożena. – Niestety stan zdrowia się pogarszał, praca stała się dla mnie zbyt ciężka i musiałam przejść na rentę. Co miesiąc jeździłam na kontrolę do lekarza i miałam coraz gorsze wyniki badań. Dokładnie 5 lat temu, pod koniec listopada, kiedy leżałam w szpitalu, a lekarze wykonali znacznie większą liczbę badań niż normalnie, powiedziano mi, że muszę mieć zrobiony przeszczep nerki. Wtedy trafiłam na listę oczekujących. Wiedziałam, że czeka na ten organ, nie spodziewałam się więc, że nastąpi to szybko. Mimo wszystko byłam spa-

kowana i każdego dnia spodziewałam się telefonu. Aż zadzwonił, po 5 latach od dostania się na listę oczekujących. Czy się bałam samego zabiegu? Tak, czułam lęk. Słyszałam i czytałam o różnych przypadkach i sytuacjach. Jednak przed samym zabiegiem poznałam cały zespół, powiedziano mi, kto będzie operował i wtedy nagle poczułam się spokojniejsza.

Pan Bogdan od 31 lat choruje na cukrzycę i od dawna liczył się z tym, że choroba może zaatakować nerki. Jednak nastąpiło to dopiero 3 lata temu, kiedy to pogotowie zabrało go do szpitala z powodu dużych duszności i wysokiego ciśnienia. Podejrzewano problemy z nerkami. Na drugi dzień okazało się, że potrzebne są dializy. Po 4 tygodniach nerki zupełnie przestały pracować. Od tego czasu co dwa dni, trzy razy w tygodniu chodził na dializy.

– Już wtedy wiedziałem, że potrzebuję przeszczepu – mówi pan Bogdan. – Moja córka i synowa zadeklarowały się, że chcą być moimi dawcami. Niestety inna grupa krwi je zdyskwalifikowała. Dla mnie to była dobra wiadomość, bo nie chciałem, aby dla mnie tak się poświęcały, mają dzieci, całe życie przed sobą, bałem się.

Pani Bożena nie szukała dawcy w rodzinie. – Wśród najbliższej rodziny nie mam ludzi zdrowych, a od dzieci nie chciałam nerki, mimo że mi proponowały, bo nie chciałam ich obciążać – mówi pani Bożena. – Bałam się, że ta choroba może być dziedziczna i nie chciałam, żeby zostały z jedną nerką. Na pytanie, czy zrobiliby to samo dla innych, co zrobił dla nich dawca – oddaliby swoje narządy, gdyby mogli, odpowiada praktycznie chórem:

– Tak, oddałabym po śmierci swoje narządy, gdybym tylko mogła – ze wzruszeniem odpowiada pani Bożena, a łzy leżą jej po policzkach. – Chciałabym pomóc innym, tak jak i mi ktoś pomógł. Oddałabym bez zastanowienia swoje narządy. Chciałabym skierować najserdeczniejsze podziękowania rodzinie dawcy, cieszę się, że ta osoba, której mam nerkę, może jeszcze żyć we mnie. Dzięki niej dostałam szansę na dłuższe życie. To bezcenny dar.

– Gdybym mógł oddać swoje narządy, na pewno i bez zastanowienia bym to zrobił – mówi pan Bogdan. – Moja choroba zmieniła nastawienie i myślenie mojej rodziny, a także moich znajomych odnośnie oddania narządów po śmierci. Wszyscy będą dawcami.

Magdalena Kantorczyk

Konferencja prasowa w szpitalu

Informacją o dwóch udanych przeszczepach nerki podzieliliśmy się z mediami 6 grudnia 2010 r. na pierwszej, oficjalnej, zorganizowanej przez Szpital konferencji prasowej.

W konferencji wzięli udział: Irena Kierzkowska – dyrektor WSS w Olsztynie, prof. Wojciech Rowiński – konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej, główny organizator Olsztyńskiego Ośrodka Transplantologii, dr Andrzej Kobryń – chirurg transplantolog, główny operator 2 pierwszych przeszczepów nerki w WSS w Olsztynie, dr Dariusz Onichimowski – ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii WSS w Olsztynie, konsultant wojewódzki w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, dr Iwona Podlińska – koordynator ds. zgłaszania i prowadzenia dawcy narządowego, prof. Tomasz Stompór – ordynator Oddziału Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych, konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii, a także dr Piotr Malinowski, ordynator Oddziału Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Onkologicznej. Moderatorem całego spotkania była dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokocka.

meg



Goście z Kaliningradu

W związku z podjętą współpracą Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z Centrum Medycznym „MedExpert” w Kaliningradzie, 5.11.2010 r. gościliśmy w naszej placówce dwóch lekarzy z Obwodu Kaliningradzkiego.

Odwiedzili nas: Vadim Golman, lekarz okulista oraz Natalia Dembowskaya, lekarz ginekolog. Towarzyszyła im pielęgniarka z rejestracji tamtejszego szpitala – Ekaterina Iwanowa oraz tłumaczka – Olga Akimova, która od lat przyjeżdża z grupami lekarzy i pacjentów goszczących w naszej placówce. Lekarzy przyjechała dyr. Alicja Markiewicz, a w swoich oddziałach kolejno dr n. med. Maria Dowgird – ordynator Oddziału Okulistycznego oraz dr n. med. Marek Stefanowicz – ordynator Oddziału Ginekologicznego i Ginekologii Onkologicznej.

Była to już druga wizyta wyżej wymienionych lekarzy, którzy wcześniej wizytowali nasz szpital w lipcu tego roku i zwiedzali oddziały oraz poradnie związane z ich specjalizacjami. Szpital nasz wywarł na gościach bardzo pozy-

tywne wrażenie, dlatego przyjechali ponownie, aby tym razem uczestniczyć przy zabiegach operacyjnych prowadzonych przez naszych lekarzy specjalistów. Skomplikowane operacje oraz nowoczesne metody leczenia, jakie zostały zaprezentowane, wzbudziły ogromny podziw gości dla lekarzy wojewódzkiego szpitala specjalistycznego.

24.11.2010 r. gościliśmy kolejnych trzech lekarzy, tym razem radiologów ze Szpitala Obwodowego w Kaliningradzie. Byli to Elena Kuznetsova, Sergey Kuzin, Marina Dribinskaya. Celem wizyty było zapoznanie się z pracą Zakładu Medycyny Nuklearnej, Pracownią PET-CT, Pracownią Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego oraz zwiedzenie szpitala. Gospodarzem spotkania był doktor Jerzy Badowski. Nowo-



czesna Gamma kamera oraz Biograph w Pracowni PET-CT to sprzęt, który jest marzeniem wielu lekarzy o specjalności z medycyny nuklearnej oraz radiologii, dlatego nasi goście z ogromnym uznaniem przyjęli fakt, że taki sprzęt jest do dyspozycji lekarzy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Od lat przyjmujemy w naszym szpitalu lekarzy oraz pacjentów z Kaliningradu. Przeważnie pacjentami są osoby zakwalifikowane na koronarografię do oddziału kardiologicznego oraz oddziałów: ortopedycznego, chirurgicznego, neurochirurgicznego. Wielu pacjentów przyjeżdża tylko na konsultacje do poradni specjalistycznych.

Barbara Szymczuk

Budujemy



PROGRAM REGIONALNY
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



Serce w dobrych rękach

Rozmawiamy z dr. n. med. Jerzym Górnym, ordynatorem Oddziału Kardiologicznego.

– Oddział Kardiologiczny powstał wraz z otwarciem Szpitala Wojewódzkiego w 1970 roku. Jak zmienił się oddział w ciągu tych 40 lat?

– Największe zmiany są widoczne przy porównaniu lat 90-tych XX w. do pierwszej dekady XXI w. Obecnie przyjmujemy 4 krotnie więcej pacjentów przy mniejszej liczbie łóżek. W latach 90-tych wszczepialiśmy jedynie rozruszniki, obecnie wykonujemy wiele innych procedur. W 2001 roku powstała pracownia kardiologii inwazyjnej, gdzie przeprowadzamy zabiegi u pacjentów z zawałami serca. W 2008 roku ruszyła pracownia elektrofizjologii, zaczęliśmy wykonywać zabiegi ablacji zaburzeń rytmu serca. Największą zmianą jest przekształcenie oddziału z kardiologii nieinwazyjnej w kardiologię inwazyjną.

– Jakimi schorzeniami zajmuje się Oddział Kardiologiczny?

– Nasz Oddział jest jednostką o pełnym profilu kardiologicznym. Dominuje diagnostyka i leczenie choroby wieńcowej. Leczymy również pacjentów z zaburzeniami przewodnictwa przedsionkowo-komorowego, wszczepiając im stymulatory oraz z zaburzeniami rytmu serca, wykonując ablacje oraz wszczepiając kardiowertery-defibrylatory. Leczymy pacjentów z niewydolnością serca wszczepiając stymulatory resynchronizujące, które oprócz tego, że defibrylują serce w przypadku groźnych zaburzeń rytmu, to również synchronizują pracę lewej i prawej komory oraz przedsionków i komór. Nie wykonujemy jedynie ablacji migotania przedsionków z powodu braku odpowiedniego sprzętu.



Zespół podczas analizy wyników badań

– Jakie badania są wykonywane przy chorobach serca?

– Wykonujemy badania nieinwazyjne. Zaliczamy do nich: zwykłe EKG spoczynkowe, test wysiłkowy EKG, badania echokardiograficzne oraz badania holtera: 24-godzinne monitorowanie zapisu ekg i ciśnienia tętniczego. Wspólnie z Zakładem Medycyny Nuklearnej wykonujemy badania scyntygrafii serca. Przeprowadzamy również badania inwazyjne, do których zaliczamy: koronarografię, angioplastykę naczyń wieńcowych i ablację zaburzeń rytmu serca.

– Czy są badania, które wykonujemy jako jedyni w całym województwie warmińsko-mazurskim?

– Tak, należy do nich scyntygrafia serca, którą wykonuje kilka ośrodków w Polsce. To badanie pozwala nam ocenić ukrwienie mięśnia lewej komory. Najpierw pacjentowi wstrzykuje się izotop technetu, który rozkładając się w mięśniu sercowym obrazuje ukrwienie. Następnie pacjenta poddaje się wysiłkowi na bieżni ruchomej lub podaje mu się lek, który powoduje zmiany ukrwienia serca spowodowane ewentualnym zwężeniem naczyń wieńcowych. Jeżeli w naczyniach wieńcowych są zwężenia, wtedy podany izotop nie gromadzi się w tych miejscach. Widoczne to jest na kolorowej mapie zmian ukrwienia serca. Badanie to jest bardzo przydatne przy kwalifikowaniu pacjentów zarówno w celach diagnostycznych, czyli do wykrycia choroby wieńcowej oraz w celach prognostycznych wtedy, kiedy wiemy, że pacjent ma chorobę wieńcową, ale nie wiemy, w którym miejscu występuje zwężenie naczyń wieńcowych oraz czy jest ono istotne. Badanie to przeprowadza się z podaniem leku, który nazywa się dipirydamol.

– Jakie są objawy zawału?

– Zasadniczym objawem zawału jest bardzo silny, rozlewający się, piekący ból w klatce piersiowej. Ból usytuowany jest za mostkiem, ale może promieniować do żuchwy, ramion, barków,



może również nigdzie nie promieniować. Towarzyszą mu objawy wegetatywne: pocenie się, duszność, niepokój. Zawał oczywiście ma również swoje maski, może wystąpić ból brzucha, ból barku i inne bardzo różne, nietypowe dolegliwości. U 5%-15% pacjentów w ogóle nie ma żadnych dolegliwości, te osoby przechodzą zawał nawet o tym nie wiedząc, najczęściej są to pacjenci z cukrzycą.

– Jak udzielić pierwszej pomocy osobie z podejrzeniem zawału?

– Przede wszystkim należy jak najszybciej wezwać wykwalifikowany zespół ratownictwa medycznego. Natomiast jeżeli pacjent zasnął, nie oddycha, nie ma tętna, to trzeba przejść do resuscytacji i zrobić masaż zewnętrzny serca oraz oddech wspomagany. Jeżeli pacjent jest przytomny należy podać mu leki. Z leków najczęściej dostępnych podajemy aspirynę, czyli kwas acetylosalicylowy, w dawce 500 mg. Jeżeli istnieje możliwość podania azotanów, to podajemy nitroglicerynę.



dr Michał Olsztyn przy zabiegu koronarografii

– Jak można zmniejszyć ryzyko wystąpienia zawału serca?

– Należy znać i zapobiegać głównym czynnikom ryzyka zawału serca, do których należą: nadciśnienie, podwyższone stężenie cholesterolu, palenie papierosów, otyłość i cukrzyca. Bardzo ważne są zachowania prozdrowotne, czyli prowadzenie odpowiedniego, aktywnego trybu życia i stosowanie diety śródziemnomorskiej, które zapobiegają otyłości i zmniejszają ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych związanych z miażdżycą.

– Jakim sprzętem dysponuje oddział?

– Dysponujemy dobrym sprzętem. Mamy dwa angiokardiografy służące do radiologicznych badań inwazyjnych serca, obydwa zakupione z funduszy POLKARD-u (Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego). Posiadamy dwa echokardiografy oraz unowocześniony zestaw do badań holterowskich, aparaty do badań holtera ciśnieniowego i zestaw do prób wysiłkowych ekg. Podstawowe wyposażenie ośrodka kardiologicznego jest zapewnione. Brakuje nam urządzenia do ultrasonograficznych badań wewnątrzściennych (IVUS) oraz zestawu do przepływowego pomiaru zwężenia w naczyniach wieńcowych (FFR).

– Jakie są plany rozwoju Oddziału?

– Mamy tylko 45 łóżek, co powoduje ograniczenia naszych działań, często



Od lewej: lek. med. Krystian Bojko kardiolog oraz Paweł Kozak z Zakładu Medycyny Nuklearnej

jesteśmy zmuszeni do redukcji liczby procedur i przyjęć pacjentów z powodu braku miejsc. Konieczny jest remont oddziału – ostatni był w 1995 roku. Przy jego okazji konieczne jest zaprojektowanie nowoczesnego Ośrodka Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, spełniającego wymagane obecnie standardy. Myślimy również o rozwoju elektrofizjologii. W 2010 roku wykonaliśmy około 100 zabiegów ablacji, w następnym roku chcielibyśmy podwoić, a nawet potroić tę liczbę. Chcemy podwoić liczbę wszczepień kardiowerterów-defibrylatorów i urządzeń resynchronizujących z 50 do około 100 rocznie. Planujemy rozwijać również nieinwazyjną część kardiologii, poszerzać zakres badań echokardiograficznych, wykonywać bardziej skomplikowane analizy holterowskie. Oczywiście liczba planowych procedur nie ratujących życia jest uzależniona o wysokości kontraktu z NFZ. Ważny jest również program rozwoju naukowego oddziału. Prowadzimy kilka różnych ścieżek badawczych, które zaowocują w ciągu 3 lat.



Podczas badania scyntygrafii serca

– W czym specjalizują się nasi lekarze?

– W Oddziale Kardiologii pracuje 11 kardiologów i dwóch specjalistów chorób wewnętrznych, którzy łącznie przystąpią do egzaminu z kardiologii. Każdy z kardiologów specjalizuje się w określonej dziedzinie: kardiologii inwazyjnej, elektrofizjologii, elektroterapii, echokardiografii, badaniach holterowskich i intensywnej terapii kardiologicznej. Oprócz lekarzy specjalistów kontraktowych zatrudniamy 12 lekarzy rezydentów w trakcie specjalizacji z kardiologii i chorób wewnętrznych, którzy w miarę długości trwania stażu w oddziale zostają stopniowo profilowani pod kątem bardziej specjalistycznych działań wykraczających poza zakres wymagany programem specjalizacyjnym.

– Z czego jest Pan najbardziej dumny?

– Najbardziej dumny jestem z zespołu, który tu powstał. Jak dotąd od ponad 10 lat nikt od nas nie odszedł. Lekarze uzyskali w przewidywanym czasie specjalizacje i nabyli umiejętności pozwalające na wykonywanie zadań na wysokim poziomie. W naszym oddziale pracują dobrze wyszkoleni lekarze, którzy mogliby bez trudu znaleźć zatrudnienie w każdym innym renomowanym szpitalu w Polsce. Personel lekarski wspiera grupa doświadczonych, w pełni profesjonalnych pielęgniarek i techników medycznych, bez których realizacja codziennych trudnych zadań nie byłaby możliwa.

– Dziękuję za rozmowę.

core



Kadra oddziału kardiologicznego

Era serca

Oddział Kardiologiczny zwany z początku Oddziałem Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Intensywnej Terapii Kardiologicznej powstał wraz z otwarciem Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w 1970 roku. Pierwszy ostry dyżur (17.08.1970 roku) pełnił dr n. med. Ludwik Mirecki – ordynator Oddziału. W oddziale w wydzielonym ośrodku intensywnej terapii kardiologicznej zainstalowano zestaw do monitorowania całodobowego EKG (monitory i centrala) włoskiej firmy Officina-Gallileo. Ośrodek otwarto dla pacjentów 23 sierpnia 1970 roku.

Ordynator Oddziału dr n. med. Ludwik Mirecki przybył z Akademii Medycznej w Gdańsku, gdzie pracował przez wiele lat jako adiunkt w Klinice Chorób Wewnętrznych, prowadzonej przez prof. Pensona. Doświadczenia okresu gdańskiego oraz duży talent dydaktyczny

dr Mireckiego owocował w następnych latach (1970-1983). W ramach pracy w Oddziale wykształciło się i uzyskało tytuły specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych oraz kardiologii kilkudziesięciu lekarzy.

Kamienie milowe rozwoju kardiologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie – lata 1970-2010

• 1976 rok – pierwsze wszczepienie elektrody endokawitarnej

Dynamiczny rozwój ośrodka podkreślał wczesne rozpoczęcie elektroterapii w przypadkach zespołów MAS. Pierwsze wszczepienie elektrody endokawitarnej ze wskazań życiowych u chorego z zatrzymaniem krążenia i zespołami MAS dokonał w 1976 roku dr Aleksander Stankiewicz.

• Od 1983 roku – era diagnostyki nieinwazyjnej

Wraz z odejściem na emeryturę dr Mireckiego, od 1983 roku ordynatorem oddziału został dr n. med. Michał Dowgird. Dr Dowgird pracował jako adiunkt w Klinice Kardiologii AM w Białymstoku. Od roku 1983 rozpoczyna się okres rozwoju diagnostyki nieinwazyjnej chorób serca. Pionierem echokardiografii na terenie Warmii i Mazur był dr Michał Dowgird. Przywiózł z Białegostoku pierwszy echokardiograf U-01 i rozpoczął badania serca. W następnych latach oddział wzbogacał się o coraz bardziej zaawansowane aparaty, w tym w roku 1986 pozyskał echokardiograf z obrazowaniem 2-D.

• 1985-2001 rok – era leczenia fibrynolitycznego

W 1985 roku po raz pierwszy zastosowano w Oddziale Kardiologii leczenie fibrynolityczne ostrego zawału serca (streptokinazą). W tym czasie były to

działania pionierskie na skalę Polski. Lata osiemdziesiąte to również duża aktywność naukowa zespołu Oddziału Kardiologii. Tytuł doktora nauk medycznych uzyskuje Elżbieta Bandurska-Stankiewicz, a na początku lat 90 dr Jerzy Górny, dr Barbara Mocarska-Górna i dr Małgorzata Żach.

• Od 1991 roku – era rozruszników serca

Od roku 1991 ośrodek olsztyński rozpoczyna wszczepianie stałych stymulatorów serca. Pierwsze zabiegi wykonuje dr Rajmund Wilczek z AM w Gdańsku i dr Aleksander Stankiewicz, chirurg ze Szpitala Wojewódzkiego. W 1995 roku wyremontowano i przebudowano Oddział, tworząc nowy Ośrodek Intensywnej Opieki Kardiologicznej z 10-cioma stanowiskami monitorowania. Pozy-skano sprzęt monitorujący firmy H-P, włącznie z możliwościami pomiarów inwazyjnych.

• 1991 – kolorowy doppler

Od 1991 roku w Oddziale wykonywano badania echokardiograficzne z dopplerem kolorowym.

• Od 1995 roku – komputeryzacja oddziału

Wraz z remontem Oddziału pozyskano środki na całkowitą jego komputeryzację. Zakupiono 8 zestawów komputerowych z oprzyrządowaniem oraz wspólnie z informatykami stworzono dedykowaną aplikację dla środowiska

Kadra

Ordynatorzy

- dr n. med. Ludwik Mirecki – 1970-1983
- dr n. med. Michał Dowgird – 1983-1998
- dr n. med. Jerzy Górny – od 1998 r.

Pielęgniarki oddziałowe

- Anna Wrzosek – 1970
- Danuta Kierska – 1970-1971
- Krzysztofa Falkowska – 1973-1977
- Krystyna Łukasik – 1977-1979
- Teresa Gryniewicz – od 1979

Struktura Kardiologii

- Oddział Kardiologiczny
- OIOK
- Poradnia Nadciśnienia Tętniczego
- Pracownia Kardiologii Inwazyjnej
- Pracownia Wszczepiania i Kontroli Rozruszników
- Pracownia EKG i Prób Wysiłkowych
- Pracownia Elektrofizjologii

Badania i zabiegi

Pracownia Kardiologii Inwazyjnej:

- koronarografia – ok. 2 tys. w ciągu roku
- koronaroplastyka – ok. 1 tys. rocznie

Pracownia wszczepiania i kontroli rozruszników serca:

- rozruszniki serca – ok. 500 rocznie
- kardiowertery – ok. 50 rocznie
- kontrola rozruszników – ok. 1000 rocznie

Pracownia elektrofizjologii

- 100 rocznie

Oddział Kardiologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie sprawuje opiekę odwoławczą dla populacji około 1 miliona mieszkańców z centralnej i wschodniej części województwa warmińsko-mazurskiego. W ramach Oddziału Kardiologii działa pracownia Kardiologii Inwazyjnej wykonująca blisko 3000 procedur inwazyjnych rocznie, w tym około 600 zabiegów pierwotnej angioplastyki w zawałach serca. Od 16 lat wszczepiane są stymulatory serca, a od 5 lat kardiowertery-defibrylatory. Liczba wszczepień stymulatorów sięga około 500 rocznie od kilku lat. Oddział jest dobrze wyposażony i dysponuje kompetentną i wykształconą kadrą medyczną. 11 lekarzy ma specjalizację z kardiologii. Pozostali posiadają II stopień z chorób wewnętrznych.

Windows do obsługi oddziału i pracowni. W tym czasie był to pierwszy i jedyny w Polsce oddział kardiologiczny obsługiwany komputerowo.

• Od 1998 roku – nowy ordynator

Od 1998 roku ordynatorem oddziału został dr n. med. Jerzy Górny. W tym czasie znacznie wzrosła liczba hospitalizacji, co było związane z wprowadzeniem reformy ochrony zdrowia. Liczba przyjęć do Oddziału zwiększyła się trzykrotnie z około 960 w roku 1998 do 3200 w roku 2003.



Echo 2-D

• Od 2001 – era hemodynamiki

Po wielu latach starań w 2001 roku otwarto Pracownię Hemodynamiki i rozpoczęto badania inwazyjne serca. Kierownikiem Pracowni Hemodynamiki został dr Adam Kern. Od dnia rozpoczęcia pracy zespół 4 lekarzy z pracowni był przygotowany i prowadził leczenie ostrych zespołów wieńcowych.

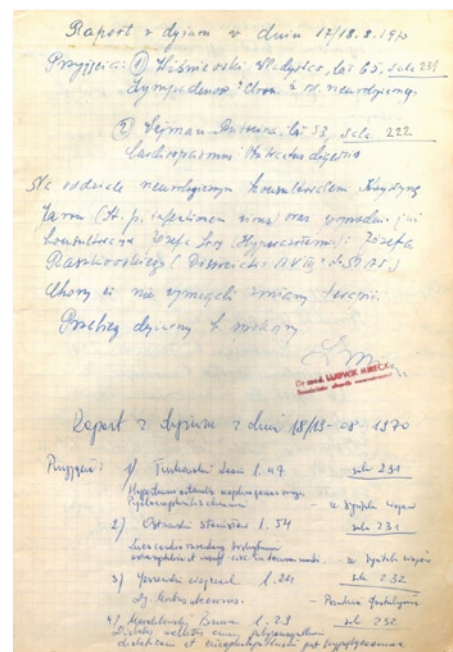
• Od 2003 – hemodynamika w trybie 24-godzinny

Tryb 24-godzinny dyżuru hemodynamicznego pracownia zainaugurowała w 2003 roku. Na początku lat 2000 ośrodek wzbogacił się o sprzęt do badań przezprzełykowych echokardiograficznych oraz rozwijał badania nieinwazyjne. We współpracy z Zakładem Medycyny Nuklearnej od wielu lat prowadzone były badania scyntygrafii serca. Zakres diagnostyki i terapii w Oddziale Kardiologii poszerzył się wraz z otwarciem w 2005 roku Oddziału Kardiologii.

• Od 2008 – era elektrofizjologii

Pierwsza w województwie pracownia elektrofizjologii. Specjalistyczny sprzęt do badań elektrofizjologicznych został zakupiony dzięki funduszom POLKARD. W 2009 roku zespół elektrofizjologów, pod kierunkiem dr n. med. Tomasza Króla wykonał około 100 zabiegów ablacji.

dr n. med. Jerzy Górny



Pierwszy Raport z dyżuru w Oddziale Chorób Wewnętrznych WSZ w Olsztynie 17.08.1970 – dr med. Ludwik Mirecki

Obowiązki konsultanta

O pełnieniu obowiązków konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii rozmawiamy z dr. n. med. Dariuszem Onichimowskim, ordynatorem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

– Jakie obowiązki pełni konsultant wojewódzki w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii?

– Do obowiązków konsultanta wojewódzkiego należy dbałość o odpowiedni poziom usług z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii świadczonych w szpitalach województwa warmińsko-mazurskiego, innymi słowy opiniuję dla różnych instytucji (jak np. NFZ, czy WMCZP) adekwatność wyposażenia poszczególnych jednostek medycznych w sprzęt niezbędny do prowadzenia znieczuleń, a także wyposażenie oddziałów intensywnej terapii. Dodatkowo, z wymienionymi instytucjami, konsultant opiniuje zapewnienie odpowiednich kwalifikacji zespołów anestezjologicznych. Jednocześnie do zadań konsultanta należy wspieranie rozwoju własnej specjalizacji na danym terenie – wspieranie zwiększenia poziomu finansowania własnej dziedziny w taki sposób, aby zapewnić środki na wprowadzanie nowszych metod leczniczych i zdobycie technologicznych z zakresu własnej specjalności, aby były one dostępne dla jak

największej części populacji pacjentów naszego regionu.

W celu podniesienia poziomu wykształcenia praktykujących lekarzy konsultant wspólnie z Polskim Towarzystwem Anestezjologii i Intensywnej Terapii inicjuje także organizację spotkań naukowych. Konsultant wojewódzki jest też koordynatorem realizacji w regionie działań planowanych na szczeblu krajowym. W przypadku inicjatyw nadzoru specjalistycznego, konsultant wojewódzki odpowiedzialny jest za ich realizację i wdrażanie na terenie własnego województwa. Jednocześnie do moich obowiązków należy monitorowanie sytuacji w obszarze własnej specjalizacji i raportowanie zebranych informacji do konsultanta krajowego, bądź innych instytucji, które o to poproszą.

– Na jakich aspektach swojej działalności będzie się Pan koncentrował?

– Główną sferą mojej aktywności będzie poprawa zgłaszalności dawców narządowych, a także poprawa jakości opieki

nad potencjalnymi dawcami.

Ma to na celu z jednej strony zwiększenie liczby pacjentów, którzy mogą skorzystać z dobrodziejstwa przyjęcia przeszczepu zdrowej tkanki, czy narządu, a z drugiej wsparcie rozwijającej się w naszym województwie transplantologii. Poza tym skoncentruję się również na rozwoju sprawozdawczości oddziałów intensywnej terapii, w celu zapewnienia lepszej dystrybucji i wykorzystania miejsc intensywistycznych, będących w zasobach naszego województwa. Jest to część centralnie opracowanego programu, dotyczącego codziennej sprawozdawczości, związanej ze wszystkimi pacjentami przebywającymi w oddziałach intensywnej terapii. Dodatkowym celem będzie wspieranie rozwoju, w naszym województwie, działalności naukowej w zakresie naszej specjalności, w kontekście powstania Wydziału Nauk Medycznych na UWM w Olsztynie.

– Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk



Perłowy Puls



EMILIA
PASZKOWSKA

MAGDALENA
KANTORCZYK

ALICJA
BIERNACKA

Szanowni Czytelnicy, mamy przyjemność przekazać Państwu już 30-ty numer *Pulsu Szpitala*. Tak, tak, czas niezauważalnie mija. Zanim się obejrzymy będziemy świętować setne wydanie. Ale tymczasem, przygotowaliśmy „perłowy” egzemplarz.

Jak powstaje *Puls Szpitala*

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie to miejsce wielu wydarzeń i emocji. Każdy przebywający w Szpitalu, pracownik czy pacjent, tworzy jego codzienność, a potem historię. Naszym zadaniem jest ją zauważyć, ubrać w słowa i przekazać. Pierwszym etapem prac przy biuletynie jest utworzenie spisu treści, czyli pomysłu na *Puls*. Następnie rozdzielamy tematy i wywiady. I tu zaczyna się część pisemna. Wszyscy piszą. I piszą. A po opisaniu rzeczy ważnych i mniej ważnych, ciekawych i trochę mniej ciekawych liczymy słowa. Na jednej stronie mieści się około 5 tys. znaków, czyli jedna gazetka to ponad 200 tys. znaków (ze spacjami :)). Teraz następuje etap kombinowania. Jak na 28 stronach zmieścić tyle literek? Przechodzimy do skracania. Tyle się człowiek napisał, a teraz go skracają! Katem w naszym przypadku jest redaktor naczelny. Całe szczęście są to bezkrwawe ścięcia. Zakończeniem operacji jest wizualizacja przypadku, czyli dorzucamy do artykułów zdjęcia. Dokonujemy ostatecznej korekty. I drukujemy.

Kto jest sprawcą zamieszania

Na jeden *Puls Szpitala* składa się praca wielu osób. Swoim intelektem dzielą się z nami osoby występujące gościnnie, które od czasu do czasu napiszą artykuł oraz osoby na stałe związane z biuletynem. Trochę nie wypada mi pisać, że najważniejszy jest redaktor naczelny, (żałuję, że ktoś inny nie pisze tego artykułu :) dlatego zaznaczę, że najważniejsi są autorzy tekstów, bo bez nich właściwie nie byłoby czego drukować. Na łamach naszej gazety chciałabym podziękować zespołowi redakcyjnemu w składzie:

- **Barbara Szymczuk**, która jest autorką tekstów, często o trudnej, traktującej o emocjach tematyce oraz magikiem korygującym zdjęcia (to ta pani robi lifting, nadaje blask oczom i błysk zębom – mam nadzieję, że nie była to tajemnica),
- **Magdalena Kantorczyk**, która jako autorka tekstów, korektorka oraz

pulsowy fotograf zawsze trafi w sedno i nie da się łatwo zbyć, gdy już zostanie obrany cel do artykułu,

- **Alicja Biernacka**, która specjalizuje się w tekstach traktujących o pieniądzach oraz zmianach systemowych w szpitalu.

Następna fala podziękowań płynie do:

- **Alicji Markiewicz** – zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa oraz **Hanny Taraszkiewicz** – przełożonej pielęgniarek, które piszą teksty o pielęgniarstwie w szpitalu, o jakości oraz standardach akredytacyjnych,

- **Elżbiety Majchrzak-Kłokockiej** – kierownika Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji, która wzbogaca *Puls* merytorycznymi, strategicznymi artykułami oraz wspiera logistykę jego powstawania,

- **Emilii Paszkowskiej**, naszego szpitalnego obywatela, która dzieli się z nami swoimi pięknymi podróżami,

- **Jerzego Badowskiego**, autora krzyżówek, osoby, która aktywnie tworzy *Puls* od jego pierwszego numeru, (czy wiedzą Państwo, że 50% dorosłych Polek i Polaków rozwiązuje krzyżówki, z czego jedna trzecia robi to nałogowo?),

- **Radka Kowalskiego**, fotografa-pasjonata, który zamyka w aparacie kolo-

rowy świat, a my możemy drukować go w pulsowych fotoreportażach.

Dziękuję również wszystkim pozostałym autorom tekstów w biuletynie, osobom udzielającym wywiadów oraz osobom pozującym do zdjęć. Dziękujemy, że dzielicie się z Czytelnikami szpitalną codziennością.

core

ELŻBIETA
MAJCHRZAK-KŁOKOCKA

JERZY
BADOWSKI

Kilka informacji o *Pulsie Szpitala*

- ukazuje się kwartalnie od 2002r. w nakładzie 1200 egzemplarzy,
- jest bezpłatnym magazynem wewnętrznym,
- głównym celem jest docieranie z informacją o działalności szpitala do jego pracowników i pacjentów, a także mieszkańców Warmii i Mazur,
- zawiera artykuły informujące o nowych zabiegach przeprowadzanych w szpitalu, zakupie nowoczesnego sprzętu, nowych inwestycjach, remontach, pozyskanych środkach finansowych, otrzymanych nagrodach i wyróżnieniach oraz szkoleniach, konferencjach i uroczystościach mających miejsce w Szpitalu,
- od 11 wydania „Pulsu Szpitala” kwartalniki są dostępne w wersji elektronicznej na stronie internetowej www.wss.olsztyn.pl w zakładce Publikacje.

Redaktorzy naczelni

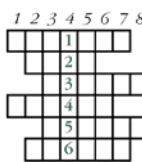
- **Beata Januszko-Giergielewicz** (nr 1-6)
- **Magdalena Kantorczyk** (nr 7-9 oraz 13)
- **Maciej Kozłowski** (nr 10-11)
- **Barbara Szymczuk** (nr 23-24)
- **Kornelia Kotwicka** (nr 12, 14-22, 25-30)

BARBARA SZYMCIUK
RADEK KOWALSKI
KORNELIA KOTWICKA



ALICJA MARKIEWICZ
HANNA TARASZKIEWICZ

Przedstawiam Państwu osobę, która w Pulsie Szpitala ukrywa się pod pseudonimem BJER. Rozmawiam z Jerzym Badowskim autorem ponad 200 Jolek.



– Jak zaczęła się Pana przygoda z Pulssem?

– Do współpracy namówił mnie ówczesny dyrektor szpitala dr Jan Forfa oraz dr Beata Januszko-Giergielewicz, która była redaktorem naczelnym. Wiedzieli, że układam krzyżówki do miesięcznika Gazeta Lekarska, a chcieli również w Pulsie Szpitala zamieścić dział z rozrywką.

– Co sprawia Panu większą przyjemność: rozwiązywanie, czy układanie krzyżówek?

– Zdecydowanie układanie, które jest o wiele trudniejsze od rozwiązywania. Aby ułożyć krzyżówkę na dobrym poziomie, trzeba spędzić nad nią co najmniej 3 wieczory.

– Czemu układa Pan Jolki? Jest to jeden z najtrudniejszych typów krzyżówek.

– Właśnie ten rodzaj krzyżówek pozwala na użycie większej liczby haseł, zwykłe krzyżówki zamykają się w 10 tys. słów. W Jolkach można zamieścić nietypowe hasła, również obcojęzyczne, a także związane z medycyną. Krzyżówki są ciekawsze, a zabawa przyjemniejsza.

– Krzyżówki to pasja, czy tylko sposób na spędzenie wolnego czasu?

– Wszystko po trochu, ale po tylu latach ich układania coraz bardziej obowiązkiem. A redaktorzy naczelni zawsze mnie ponaglaają.

– Trzeba mieć ogromną wiedzę, aby układać krzyżówki. Czy posiłkuje się Pan książkami, czy korzysta Pan tylko z „głowy”?

– Korzystam z encyklopedii i leksykonów. Szczególnie zachwyca mnie twórczością Władysława Kopalińskiego. Jego słowniki są bardzo pomocne. Obecnie nieuniknione jest również korzystanie z internetu.

– Dziękuję za rozmowę.

core

Rozmawiam z Radkiem Kowalskim - fotografem, którego piękne zdjęcia ozdabiają Puls Szpitala.



– Czym jest dla Pana fotografowanie?

– Jest to zarówno hobby, jak i sposób na spędzanie wolnego czasu. Taki pozytywny bżik. Pasja fotograficzna to nie tylko robienie zdjęć, ale interesowanie się nowościami w sprzęcie, wymiana własnego sprzętu fotograficznego i przeglądanie twórczości innych.

– Od ilu lat zajmuje się Pan fotografią?

– Pierwszy raz aparat do rąk wziąłem w podstawówce. Najpierw były najprostsze analogowe aparaty, potem coraz lepsze. Cała moja rodzina pasjonuje się fotografią. Strój sam zbudował powiększalnik i robił odbitki. W domu z bratem skompletowaliśmy cały sprzęt do wywoływania zdjęć: kuwety, suszarki, zegar ciemniowy, szczypce, czerwona żarówka itd.

– Czy ważne jest, co się fotografuje?

– Fotografować można wszystko, przeglądając różne zdjęcia sam się dziwię, jakie ludzie mają pomysły. Najważniejsze jest, żeby robić to, co nas pasjonuje, a w każdym temacie znajdzie się coś ciekawego.

– Co najbardziej lubi Pan fotografować?

– Zawsze lubiłem fotografować architekturę, jest to bardzo wdzięczny temat, bo się nie rusza. Ostatnio jednak fotografuję sport z naciskiem na piłkę ręczną. To jedna z najtrudniejszych dziedzin do fotografowania, wymaga nie tylko umiejętności, ale też bardzo dobrego sprzętu. Ważne jest, aby poznać daną dyscyplinę, chodzić na treningi, poznać zawodników, takie podejście ułatwia wychwytywanie ciekawych momentów. Gdy robi się zdjęcia takiej drużynie staje się ona też ulubioną drużyną, a dana dyscyplina ulubioną dyscypliną. Czasem tak emocjonuję się meczem, że zapominam robić zdjęcia. Sport daje dużo radości.

– Jakie ma Pan plany związane z fotografią?

– Chciałbym bardziej rozwinąć fotografię sportową, rozszerzyć o inne dyscypliny, może koszykówkę. I chciałbym na poważnie przygotować się do pracy z modelkami w studio w temacie portret i moda.

– Dziękuję za rozmowę.

core



Rozmawiam z Emilią Paszkowską, dzięki której możemy poznać różne zakątki świata.

– Którą ze swoich podróży najbardziej Pani wspomina?

– Podróż do Peru i Boliwii.

Teraz najbardziej interesuje mnie przyroda, bo w architekturze istnieje pewna powtarzalność, a tam jest inna, piękna przyroda. Zaskoczyła mnie również kultura inkaska. Potomkowie Inków mają bardzo dużo szacunek do przyrody. Mimo, że ja

na co dzień nie odczuwam większych duchowych emocji, czułam, że tam „coś” jest.

– Czy jest miejsce, do którego jeszcze raz by Pani wróciła?

– Nie, dlatego, że jest tyle wspaniałych miejsc, których jeszcze nie widziałam. Mam plany na dalsze podróże. Europę i północną Afrykę zostawiłam sobie na emeryturę, teraz wybieram trudniejsze wycieczki. Np. w Boliwii jest 4100 m n.p.m. i do tego wyjazdu przygotowywałam się fizycznie. Miałam specjalny trening na siłowni. Teraz wybieram się do Azji, odwiedzę Kambodżę, Birmę i Wietnam.

– Nieodłącznym elementem wypraw są podróże kulinarne. Jaka kuchnia odpowiada Pani najbardziej?

– Jestem lasuchem, więc testuję wszystkie kuchnie. Wiele potraw, na które tu bym nie spojrziała np. świnia morska w Peru, (która tam traktowana jest jak kurczak), potrawy z krokodyla, sos z termitami (bardzo pikantny), w czasie podróży chętnie zjadam. Gdy byłam w Chinach, szczerze mówiąc, nie wiem co jadłam. Bardzo lubię pierogi. Pochodzę z kraju pierogowego,

dlatego zawsze ich próbuję. Zdecydowanie są to też podróże kulinarne, np. z Indii przywożę 3 kg przypraw. Moją ulubioną przyprawą jest harrisa – mieszanka papryki.

– Jakie momenty z Pani podróży należą do najwspanialszych?

– Jest wiele takich momentów np. powitanie słońca nad Gangesem, rafting na Zambezi, pobyt w świątyniach nepalskich – chwile uduchowienia.

– Czy podróżowanie jest uzależniające?

– Zdecydowanie jestem uzależniona od podróży. Najważniejsze, że umysł wtedy odpoczywa. Jest to najlepsza „resetacja” głowy. No i często tam, gdzie jestem, nie ma zasięgu telefonizacji.

– Do jakiego kraju przeprowadziłaby się Pani na emeryturze?

– Jestem ciepłolubna. Wybrałabym Włochy albo Grecję. Mieszkańcy tych krajów mają zbliżoną mentalność do naszej i jest tam dobra kuchnia.

– Dziękuję za rozmowę.

core

Zadania redaktora naczelnego – „głowy” Pulsu Szpitala

- tworzenie spisu treści,
- dzielenie zadań,
- zbieranie materiałów,
- redagowanie tekstów,
- współpraca z drukarnią,
- korekta,
- wybór oraz robienie zdjęć,
- koordynowanie pracy zespołu redakcyjnego.

Laserowa korekcja wzroku

Chirurgia refrakcyjna jest jedną z najprężniej rozwijających się subdyscyplin okulistyki, polegającą na operacyjnej korekcji wad wzroku, takich jak np. krótkowzroczność, dalekowzroczność, astygmatyzm. O najczęściej stosowanej metodzie w tej subdyscyplinie – laserowej korekcji wzroku, rozmawiamy z lek. med. Januszem Pieczyńskim, specjalistą II stopnia z okulistyki.

– Na czym polega laserowa korekcja wzroku?

– Laserowa korekcja wad wzroku polega na zastosowaniu wiązki laserowej do zmiany krzywizny przedniej powierzchni oka, czyli rogówki. Poprzez spłaszczenie krzywizny rogówki uzyskujemy efekt wzmocnienia mocy minusowych (technika stosowana przy krótkowzroczności), a poprzez wytworzenie bardziej stromej powierzchni rogówki wzmacniamy moc dodatnią układu łamiącego oka (w leczeniu nadwzroczności).

– Jakie wady można skorygować tą metodą? Kto powinien się na nią zdecydować?

– Za pomocą korekcji laserowej można skorygować krótkowzroczność, nadwzroczność i astygmatyzm. Do wykonania korekcji laserowej wzroku najlepiej nadają się osoby od 21 do 40 roku życia. U młodszych osób nie stosuje się tej metody, ze względu na możliwe jeszcze zmiany mocy układu łamiącego oka. U osób po 40 roku życia można wykonywać korekcję laserową, ale trzeba liczyć się z tym, że skorygujemy wadę wzroku do dali, natomiast nadal pozostaną okulary do bliży. Zatem największej korzyści z korekcji laserowej uzyskają osoby tuż po 20-21 roku życia, bo najdłużej będą mogli cieszyć się widzeniem bez jakichkolwiek okularów.

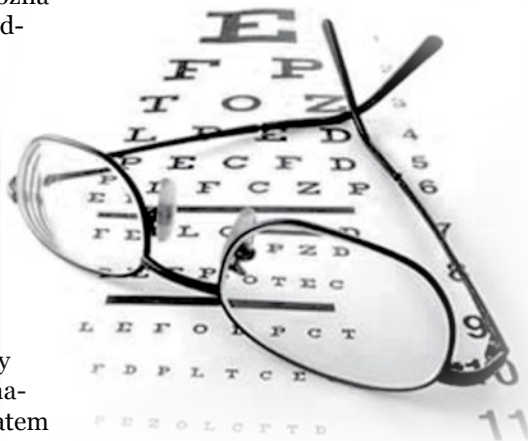
– Jakie efekty można uzyskać tą metodą?

– Efekty korekcji laserowej zależą od warunków zastanych w oczach zakwalifikowanych do zabiegu, np. przy wadach wzroku od minus 6-7 dioptrii, do ok. plus 4-5 dioptrii i do ok. 2-3 dioptrii cylindrycznych teoretycznie można uzyskać całkowite skorygowanie wady wzroku. Przy wyższych wadach wzroku teoretycznie można uzyskać częściową

korekcję i np. zamiast wady wzroku -10 dioptrii nosić okulary -2 dioptrie (okulary o wiele lżejsze i tańsze w wykonaniu). Zakres możliwej całkowitej korekcji zależy przede wszystkim od wartości korekcji okularowej wyjściowej i grubości rogówki pacjenta.

– Czy efekt takiej korekcji jest trwały?

– Efekt korekcji laserowej jest zazwyczaj trwały, ale zdarzają się oczywiście niedokorygowania, jak i przekorygowania, które pojawiają się po pewnym czasie od wykonania zabiegu. Można wówczas próbować leczyć ponownie tą metodą, choć jest to już znacznie trudniejsze.



– Jak szybko pacjent wraca do zdrowia po takim zabiegu?

– Okres rekonwalescencji po zabiegu korekcji laserowej zależy przede wszystkim od metody zabiegu, np. przy metodzie PRK (Photorefractive Keratoplasty) popularnie nazywanej „bez płatką”, czas powrotu do zdrowia jest znacznie dłuższy (ok. 2-3 tygodni zanim będziemy zdolni wrócić do pracy), niż przy metodach „z płatką” np. LASIK, LASEK, SBK (pacjent potrzebuje ok. tygodnia, by w miarę sprawnie powrócić do pracy).

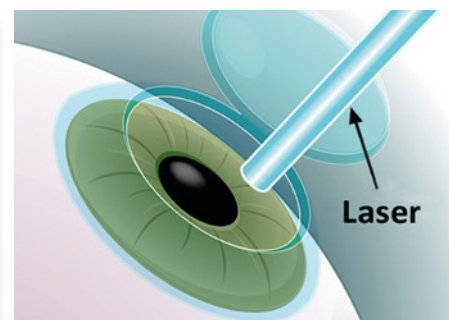
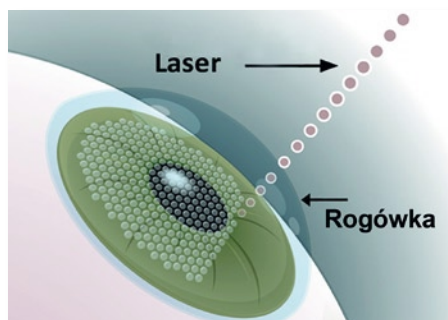


– Czy zabieg jest mocno inwazyjny? Jakie jest ryzyko powikłań?

– Zakres inwazyjności zabiegu zależy od mocy optycznej, którą chcemy skorygować: np. dla mocy -2 dioptrie jest znacznie mniejszy, niż dla wady +6 dioptrii. Inwazyjność zależy także od metody stosowanej przy zabiegu. Ryzyko powikłań istnieje zawsze (jak we wszystkich zabiegach w medycynie), jednak część powikłań po tych operacjach systematycznie maleje. Szacunkowo można powiedzieć, że w 95% przypadków przypadków pacjentów prawidłowo zakwalifikowanych do zabiegu istnieje szansa na powodzenie zabiegu. Należy tu dodać, że najtrudniejsza w całej procedurze korekcji laserowej wzroku, jest prawidłowa kwalifikacja pacjentów, tzn. selekcja tych osób, u których nie ma przeciwwskazań do zabiegu.

– Czy po zabiegu trzeba zachować jakieś środki ostrożności?

– Po zabiegu korekcji laserowej, tak jak w przypadku innych zabiegów okulistycznych należy zachować bezwzględną higienę oczu (czyli rąk), zwracać uwagę na wszelkie nietypowe zjawiska związane z oczami, np. zamglenia widzenia, zaczerwienienia oczu, itp. Przez długi czas, a właściwie do końca życia, należy unikać bezpośrednich urazów oczu, należy zatem



unikać np. sportów kontaktowych typu zapasy, dżudo, ponieważ przy bezpośrednim, odpowiednio silnym potarciu, uderzeniu oka dłonią lub innym przedmiotem można teoretycznie

zerwać płatek rogówkowy wytwarzany podczas korekcji laserowej.

– Czy do zabiegu muszą być szczególne wskazania medyczne?

– Pacjenci kwalifikowani do zabiegów korekcji laserowej muszą spełniać następujące warunki zdrowotne: ich oczy oprócz wady wzroku powinny być zdrowe pod każdym innym aspektem oraz stan ogólny zdrowia musi być bardzo dobry. Przeciwwskazaniami są wszelkie choroby oczu, przede wszystkim choroby dystroficzne rogówek, np. stożek rogówki, rogówka kulista, zwyrodnienia brzeżne przezroczyste, choroby zapalne oczu, jaskra (podwyższone ciśnienie śródgałkowe), zaćma (zmętnienie soczewki oka). Głównymi i chyba najważniejszymi p/wskazaniami do zabiegu korekcji laserowej są choroby z kręgu autoagresji (np. kolagenozy, niektóre choroby tarczycy, itp.), gdyż te choroby wpływają na proces gojenia się rany rogówki po zabiegu, od którego w największym stopniu zależy końcowy efekt widzenia. Zabiegów korekcji laserowej nie powinno się również wykonywać u osób chorych na cukrzycę lub cierpiących na inne zaburzenia metaboliczne, jak również pacjentom, którzy mają tendencję do bliznowacenia ran skórnych, gdyż ten sam proces może się zdarzyć po korekcji laserowej wykonywanej na rogówce. Zabiegi laserowej korekcji wzroku odradzane są kobietom w ciąży, jak i osobom palącym papierosy.

– Jakie mogą być negatywne następstwa laserowej korekcji wzroku?

– Do powikłań po korekcji laserowej należą: niedokorygowanie lub przekorygowanie wady wzroku, dalsza progresja wady, powikłania zapalne oczu, trwałe pogorszenia widzenia, efekt halo – szczególnie widoczny nocą, zerwanie się płatka rogówki w trakcie zabiegu lub po zabiegu, wrastanie nabłonka rogówki pod płatek rogówki,

ciała obce dostające się pod płatek rogówki, zaburzenia widzenia zmierzchowego, perforacja rogówki śródoperacyjna lub pooperacyjna. Należy tu dodać, że wyżej wymienione powikłania zdarzają się bardzo rzadko i najczęściej u pacjentów źle zakwalifikowanych do zabiegu, czyli u osób, u których nie powinno się nigdy wykonywać laserowych zabiegów refrakcyjnych.

– Czy zabieg jest refundowany przez NFZ?

– Zabieg korekcji laserowej wzroku jest traktowany przez NFZ jako zabieg kosmetyczny i praktycznie nie jest możliwe jego refundowanie. Teoretycznie można starać się o refundację takiego zabiegu u dzieci, u których nie ma żadnej innej możliwości korekcji wady wzroku (tj. ani za pomocą okularów, ani za pomocą soczewek kontaktowych, a bez korekcji pacjent nie może samodzielnie funkcjonować lub grozi mu rozwój niedowidzenia).

– Czy w przyszłości planuje się wykonywanie laserowej korekcji wzroku w Oddziale Okulistycznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie? Co jest potrzebne do wykonywania tego rodzaju procedury?

– Z tego co wiem, to w planach naszego szpitala nie są ujęte tego rodzaju zabiegi, głównie ze względu na ogromne koszty związane z uruchomieniem pracowni korekcji laserowej (kwota ok. 1 mln euro) i brak refundacji przez NFZ tego rodzaju świadczeń. Choć należy tu dodać, że w województwie warmińsko-mazurskim nie ma możliwości wykonania tego rodzaju zabiegów, a pacjentów zdolnych do zapłacenia 5 tys. zł za operację korekcji laserowej wzroku i pozbycia się okularów jest sporo...

– Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk

Najpopularniejsze mity i obawy na temat laserowej korekcji wzroku?

1. Obawa przed oślepieniem

Wielu potencjalnych kandydatów do LASIK obawia się możliwości oślepienia na skutek zabiegu. Jednak według danych FDA, nie zanotowano jeszcze ani jednego pacjenta, który by oślepił na skutek operacji LASIK (a przeprowadzono już miliony takich zabiegów na świecie).

2. Obawa przed bólem

Obawa przed bólem jest jednym z głównych powodów, dla których ludzie unikają zabiegów medycznych. Na szczęście LASIK jest jedną z najmniej inwazyjnych zabiegów chirurgicznych, przeprowadzanych w dzisiejszych czasach. Pacjentom oferuje się środki uspokajające przed zabiegiem, a do oczu stosuje się znieczulenie kroplowe, miejscowe. Sam zabieg laserowej korekcji trwa mniej niż minutę.

3. Obawa przed kontaktem z laserem

Laser excimerowy kształtuje rogówkę, jednak to nie boli. Chociaż wielu pacjentów obawia się części zabiegu, podczas której wykonuje się laserowanie, część ta trwa zwykle zaledwie około 10 sekund. Większość pacjentów mówi, że nie odczuwała żadnego bólu, tylko lekki nacisk podczas laserowego kształtowania rogówki.

4. Obawa związana z byciem świadomym podczas zabiegu

Zabieg LASIK to krótki zabieg, podczas którego pacjenci są przytomni. Niektórzy pacjenci boją się widoku mikrokerautomu lub wiązki lasera na tyle, żeby zdecydować się na pozostanie przy niedogodnościach związanych z okularami, czy szklami kontaktowymi. Jednak wbrew utartemu pogładowi, pacjenci nie są w stanie zobaczyć ani mikrokerautomu, ani wiązki lasera podczas zabiegu, dzięki efektowi wywołanemu przez odpowiednie krople.

Źródło: www.blikpol.pl

Rehabilitacja neuropsychologiczna

Rehabilitacja neuropsychologiczna to fragment oddziaływań terapeutycznych wobec pacjenta z uszkodzeniem mózgowia. Wiadomo, że dysfunkcje mózgowia wiążą się z występowaniem zaburzeń behawioralnych i poznawczych, które nierzadko poważnie inwalidyzują pacjentów.

Lista deficytów jest obszerna i obejmuje m.in. zaburzenia pamięci, mowy, orientacji czasoprzestrzennej, planowania i podejmowania decyzji. Obok niepełnosprawności fizycznej (np. niedowład w przebiegu udaru mózgu) często pojawia się niepełnosprawność psychiczna i społeczna. I właśnie rehabilitacja neuropsychologiczna z zamierzenia przeciwdziała lub osłabia nasilenie tych ostatnich form niepełnosprawności. Z wielu badań i doświadczeń terapeutycznych wiadomo już, że stymulacja zaburzonych funkcji poznawczych nie tylko przyspiesza reorganizację stanu mózgu, ale także umożliwia wykształcenie nawyków, które pozwolą pacjentowi np. wrócić do pracy lub wykonywać różne czynności samoobsługowe (w cięższych przypadkach). Przy okazji, rehabilitacja neuropsychologiczna pozwala kształtować takie wymiary funkcjonowania pacjenta, jak świadomość nabytych zaburzeń, motywacja do zmiany aktualnych ograniczeń lub wgląd we własne stany emocjonalne. Wszystko to sugeruje, że rehabilitacja neuropsychologiczna leży w interesie placówek szpitalnych, co zresztą w krajach zachodnich jest powszechnie doceniane.

Istnieje rzecz jasna wiele sposobów i programów terapii neuropsychologicznej. Ale podstawa jest jedna: musi wystąpić powiązanie danych z diagnozy psychologicznej z konkretnym programem naprawczym. Inaczej mówiąc, dopiero po szczegółowych badaniach psychologicznych, w których oceniamy poziom zachowania danej funkcji poznawczej (np. zakres uwagi) lub behawioralnej (np. wykonywanie zamierzonych czynności), możemy przystąpić do ćwiczeń z pacjentem w zakresie stwierdzonego deficytu.

W naszym szpitalu rehabilitacja neuropsychologiczna jest wspomagana programami komputerowymi. Oddział Rehabilitacyjny dysponuje różnymi programami tego typu, od wyrafinowanego, i jak dotąd najlepszego na świecie programu *RehaCom*, przez specjalistyczne programy typu Łatwiej, aż do wspomagających programów komputerowych, skierowanych z zamierzenia do osoby zdrowej, ale z powodzeniem nadających się podczas pracy z pacjentem neurologicznym (np. *Akademia umysłu. Pamięć i postrzeganie*). Okazuje się, że nierzadko programy przeznaczone dla dzieci (np. *Memo* ćwiczące

pamięć) lub proste, logiczne gry komputerowe (np. *Visual Sokoban* ćwiczący planowanie przestrzenne i realizację takiego planu), są doskonałym uzupełnieniem lub wprowadzeniem podczas usprawniania umysłu po uszkodzeniu mózgowia. Warto dodać, że stosowane programy pozwalają na ocenę postępów zaburzonej funkcji – można więc wyrazić bardzo precyzyjnie proces rewalidacji intelektualnej np. w zakresie czasu reakcji, dynamiki uczenia się nowych



Rehabilitacja poprzez program *RehaCom*

elementów i korekty popełnianych błędów. W wielu wypadkach stosowane programy komputerowe odnoszą się do konkretnych sytuacji z życia codziennego, np. zakupy lub zapamiętywanie istotnych informacji. Wszystko to, wraz z ćwiczeniem podstawowych zdolności poznawczych, służy wyćwiczeniu nawyków, które umożliwią pacjentom bardziej skuteczne realizowanie wymogów życia codziennego.

Na koniec wspomnę o marzeniach. W naszym kraju, pomimo doskonałej wiedzy o możliwościach rehabilitacji neuropsychologicznej, nadal nie ma rodzimego programu do kompleksowej terapii. Musimy korzystać w tej mierze z licencjonowanych pakietów zagranicznych. Ponieważ jednak wiedza o mechanizmach funkcjonowania umysłu ludzkiego stale i szybko rośnie, dlatego istnieje pilna potrzeba stworzenia takiego pakietu, który będzie zarazem nowoczesny i trafny praktycznie. Mam nadzieję, że dotychczasowa praca terapeutyczna w naszym szpitalu zaowocuje własnym programem na miarę wspomnianego wcześniej *RehaCom*.



Podczas rehabilitacji

dr Piotr Markiewicz

Z wizytą u psychologa

Rozmawiamy z dr. Piotrem Markiewiczem, psychologiem WSS w Olsztynie.

– Panie doktorze, od kiedy pracuje Pan w naszym szpitalu i czy jest to pierwsza Pana praca?

– W szpitalu pracuję od grudnia 2009 roku. Przez rok działałem jako stażysta, co było doskonałym sposobem poznania specyfiki pracy w szpitalu. Nie jest to moja pierwsza praca. Wcześniej pracowałem (już na studiach) w prywatnej szkole średniej jako nauczyciel różnych przedmiotów. Jednak większą część mojego czasu zawodowego spędziłem jak dotąd jako nauczyciel i badacz akademicki (KUL, UWM).

– Czy właśnie w szpitalu chciał Pan pracować?

– Praca w Wojewódzkim Szpitalu w Olsztynie jest właściwie kwestią przypadku. Ponieważ zmierzam w kierunku specjalizacji z psychologii klinicznej i neuropsychologii, dlatego musiałem spełnić podstawowy wymóg w postaci praktyki klinicznej. A taką praktykę w doskonały sposób umożliwiał właśnie szpital. Później przekonałem się, że praca w szpitalu jest niezwykle pożyteczna i bardzo konkretna, a przy tym wymagająca nieustannego rozwoju. Dziś mogę powiedzieć, oczywiście post factum, że chciałem pracować w szpitalu, ale przez długi czas o tym nie wiedziałem. Myślę, że staże kliniczne podczas studiów, tych magisterskich i tych podyplomowych oraz badania empiryczne pacjentów z deficytami pamięci lub pacjentów doświadczających zjawiska kończyny fantomowej, wyprofilowały mnie w kierunku pracy w szpitalu.

– Jakie zadania pełni psycholog w szpitalu?

– W szpitalu psycholog spełnia różne funkcje. Wśród głównych zadań, jakie realizujemy wraz z panią mgr Krystyną Kosińską, psychologiem klinicznym, są: (1) diagnoza stanu poznawczego, emocjonalnego i społecznego pacjenta obciążonego chorobą lub z podejrzeniem choroby, (2) rehabilitacja funkcji poznawczych w przypadku pacjentów neurologicznych, (3) psychoterapia krótkoterminowa dla pacjentów, którzy źle znoszą pobyt w szpitalu, (4) szkolenia psychologiczne dla pracowników szpitala (np. z komunikacji interpersonalnej lub sposobów radzenia sobie ze stresem w warunkach pracy w szpitalu). Oczywiście, poza wymienionymi zadaniami jest sporo innych. Np. niekiedy musimy wy-

stępować w roli mediatorów pomiędzy rodziną pacjenta lub samym pacjentem, a personelem szpitala.

– Z jakimi problemami spotyka się Pan najczęściej i czy dotyczą one pacjentów czy raczej ich rodzin?

– Najczęściej występujący problem w przypadku pacjentów to, wedle mojego doświadczenia, brak snu, żal za utraconą sprawnością motoryczną lub umysłową i lęk przed przyszłością, która nie zawsze wygląda różowo. Ale zawsze podziwiam dzielność pacjentów w znoszeniu trudności związanych z własną chorobą i potrzebę traktowania ich nie tylko przez pryzmat choroby, ale w kontekście ich pragnień, marzeń, uzyskanych już celów w życiu i radości z dnia codziennego. Dla mnie jest to zawsze lekcja, że zdrowie i choroba są nieodłącznymi towarzyszami. A z różnych badań psycholo-

gicznych wiem, że traktowanie człowieka jako wyłącznie chorego doprowadza często do tego, że pacjent zaczyna tak siebie traktować i zapomina o zdrowych pokładach w sobie, które usprawniają proces leczenia.

– Co Pana zdaniem jest najtrudniejsze w pracy psychologa?

– Najtrudniejsze, przynajmniej dla mnie, jest zachowanie zdolności indywidualnego podejścia do każdego pacjenta. Nasze umysły są tak skonstruowane, że szybko nabywamy różne schematy, stereotypy i uproszczenia interpretacyjne. Lubimy kategorie i uogólnienia, bo to daje nam poczucie panowania nad różnymi sytuacjami. Ale w pracy z człowiekiem, a zwłaszcza takim, który zmaga się z chorobą, chyba najważniejsza jest wrażliwość na unikalny charakter tej sytuacji. Dlatego zawsze staram się wyszukiwać zarówno słabe strony pacjenta (np. zaburzenia pamięci), ale także funkcje zachowane (np. zdolność do spełniania efektywnych relacji interpersonalnych). Dzięki temu próbuję uniknąć wtłoczenia pacjenta w ramy wiedzy książkowej z zakresu patologii psychologicznej.

– Dziękuję za rozmowę.

Barbara Szymczuk



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Zastrzyk wiedzy

Grupa Olsztyńska Szkoła Biznesu s.c. zaprasza

PIELĘGNIARKI I PIELĘGNIARZY do udziału w **BEZPŁATNYCH SZKOLENIACH**:

- Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej
- Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego

Uczestnikom specjalizacji zapewniamy także:

- kurs „Supervizja w pielęgniarstwie”,
- kurs komputerowy.

Zgłoś się do nas jeżeli posiadasz:

- co najmniej 2-letni staż pracy,
- aktualne prawo wykonywania zawodu,
- max. średnie wykształcenie.

Zapewniamy:

- wykwalifikowaną kadrę,
- materiały szkoleniowe (w tym zakup fachowej literatury),
- zwrot kosztów dojazdu i zakwaterowania dla osób dojeżdżających do Olsztyna,
- wyżywienie.

Szkolenia realizowane są w ramach projektu: „Zastrzyk wiedzy. Profesjonalizacja opieki pielęgniarstwa na Warmii i Mazurach”.

Projekt jest realizowany w ramach umowy podpisanej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Olsztynie.



Instytut Spraw Społecznych GRUPA Olsztyńska Szkoła Biznesu s.c.
ul. Murzynowskiego 20, 10-684 Olsztyn, tel. 089 542 42 7/600 800 133,
e-mail: specjalizacje@osb.edu.pl, www.specjalizacje.pl

Biuro projektu:

„Szwajcarska” precyzja

Ku końcowi zmierzają prace związane z uruchomieniem Pozytonowej Tomografii Emisyjnej przy jedynym w regionie Warmii i Mazur Zakładzie Medycyny Nuklearnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Już w przyszłym roku pacjenci województwa warmińsko-mazurskiego będą badani najnowszym i jednym z najdroższych sprzętów diagnostycznych. Biograph, bo o nim mowa, kosztował około 8 mln zł. Pracownia PET-CT powstaje we współpracy Zakładu Medycyny Nuklearnej z firmą Nu-Med. Specjalnie w tym celu do Zakładu Medycyny Nuklearnej dobudowano dodatkowe pomieszczenia, w których znajdą się między innymi sale, w których badani pacjenci otrzymają zastrzyk z radioaktywną substancją, a także pokój z wygodnymi rozkładanymi fotelami, które mają zrelaksować pacjentów przed badaniem.

Tomografia pozytonowa (w skrócie PET) razem z tomografią komputerową i rezo-

nansiem magnetycznym jest badaniem diagnostycznym, które pozwala „zajrzeć” do wnętrza człowieka bez konieczności wykonywania operacji. Techniki te są niezwykle przydatne w wielu dziedzinach medycyny, tj. onkologia, neurologia, kardiologia, ortopedia.

Badania PET są wykonywane na świecie dopiero od niespełna 10 lat i pozwalają obrazować procesy zachodzące w komórkach. Pozytonowa Tomografia Emisyjna jest badaniem z dziedziny medycyny nuklearnej. Opiera się na podawaniu minimalnej ilości fizjologicznych molekuł (glukoza, aminokwasy itd.) znaczących atomami radioaktywnymi o bardzo krótkim półokresie rozpadu. Takie molekuły radioaktywne nazywają się „radio-



lek. med. Jerzy Badowski w pracowni PET-CT

znacznikiem”. Podanie radioznacznika jest wykonywane drogą dożylną. Przy użyciu detektora, który pozwala wykreślić dokładnie dystrybucję radioaktywności w ciele pacjenta, można ocenić różne funkcje organizmu (np. metabolizm glukozy). W przypadku badania PET-CT pacjent jednocześnie poddany jest badaniu tomografii komputerowej (CT) i PET. Dzięki temu można ocenić anatomię narządu pacjenta i zlokalizować precyzyjnie ewentualne ogniska gromadzenia radioznacznika.

Magdalena Kantorczyk

Elektroniczna obsługa pacjentów w szpitalu wojewódzkim

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie wprowadzi elektroniczny system obsługi pacjentów. Pieniądze na ten cel pozyskał z funduszy unijnych. Marszałek Województwa Jacek Protas oraz dyrektor szpitala Irena Kierzkowska 10 listopada 2010 roku podpisali umowę o dofinansowanie.

Realizacja projektu pn. „e-Pacjent – Rozbudowa systemu usług elektronicznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie” pozwoli na uzupełnienie obecnego systemu informatycznego o nowe możliwości, umożliwiające świadczenie usług elektronicznych dla pacjentów. Głównym celem projektu jest rozbudowa e-usługi dla obywateli, poprzez usprawnienie i standaryzację elektronicznego procesu monitorowania stanu zdrowia pacjentów Szpitala.

Przedmiotem projektu jest budowa i wdrożenie e-platformy, umożliwiającej świadczenie usług elektronicznych dla pacjentów. E-platforma stanowi układ zintegrowanych ze sobą portali internetowych i aplikacji usługowych, umożliwiających realizację nowych usług elektronicznych on-line. System „e-pacjent” pochłonie 3 954 979,83 zł. Szpital pozyskał większość tej kwoty (85 %), bo aż 3 361 732,85 zł z Europejskiego Fun-

duszu Rozwoju Regionalnego, a wkład własny wyniesie 593 246,98 zł.

Każdy kto starał się kiedykolwiek o środki Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego wie, że napisanie projektu to nie lada sztuka. Przejście przez tysiące stron wytycznych nie należy do najprzyjemniejszych zajęć. Przygotowanie projektu z udziałem funduszy unijnych jest przedsięwzięciem złożonym, wymagającym terminowego i skutecznego działania zgodnie z założonymi celami i przyjętymi parametrami. Dzięki wytężonej pracy zespołu, w składzie: Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, Marcin Sułkiewicz, Alicja Biernacka, Radosław Kowalski udało się w przeciągu 2 miesięcy przygotować wniosek o dofinansowanie wraz z niezbędnymi załącznikami.

Warto podkreślić, że zawarcie umowy o dofinansowanie nie jest jednoznaczne z otrzymaniem środków finanso-



Uroczyste podpisanie umowy – Jacek Protas oraz Irena Kierzkowska

wych z funduszy europejskich. Projekt w trakcie jego realizacji będzie kontrolowany. Trzeba zwrócić szczególną uwagę na proces wyłonienia wykonawców, koszty kwalifikowane, udział własny i harmonogram realizacji prac. Za prawidłową realizację umowy o przyznanie pomocy z funduszy unijnych odpowiada Dyrektor Szpitala. Zespół ds. realizacji projektu, powołany przez Dyrektora, powinien na bieżąco czuwać nad realizacją umowy oraz zapewnić osiągnięcie celów projektu. Koordynator projektu powinien niezwłocznie informować Instytucję Zarządzającą o planowanych, albo zaistniałych zdarzeniach, związanych ze zmianą sytuacji faktycznej lub prawnej, mogących mieć wpływ na realizację projektu dofinansowanego z funduszy unijnych. Szpital zobowiązany jest także do przechowywania całości dokumentacji związanej z realizacją projektu unijnego.

Alicja Biernacka

Recepta na tony dokumentacji

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, dzięki modernizacji archiwum szpitalnego, spełnia wymagania związane z odpowiednim przechowywaniem dokumentacji medycznej.

Dzięki tej inwestycji, której koszt szacuje się na około 600 tys. złotych, szpital nie tylko zyskał bezcenną powierzchnię (archiwum oddało swoje dwa pomieszczenia), ale też na długi czas uporał się z problemem przechowywania dokumentacji. – *Dotychczas pomieszczenia naszego archiwum były usytuowane w 3 budynkach (głównym szpitalu, przy ul. Żołnierskiej 16a i w budynku Działu Technicznego) i mimo to, brakowało nam miejsca na odpowiednie przechowywanie dokumentacji – mówi Beata Terlikowska, kierownik Sekcji Dokumentacji i Rejestracji Chorych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. – Po modernizacji i zainstalowaniu nowoczesnego systemu regałów archiwalnych udało się zlokalizować archiwum w jednym kompleksie pomieszczeń w Dziale Technicznym szpitala. Globalnie, powierzchnia, którą dysponowało archiwum zmniejszyła się znacznie, jednak dzięki nowoczesnym regałom udało się odpowiednio uporządkować całą dokumentację. To zaspokaja potrzeby szpitala w zakresie archiwizowania dokumentacji medycznej.*

Obecnie wszelkie zmiany w przepisach związanych z przechowywaniem doku-

mentacji mają tendencję do wydłużenia czasu jej przechowywania. Widać to na przykładzie zmian, które weszły w życie w 2004 roku, kiedy to 10 lat przechowywania dokumentacji medycznej zastąpiono 20 latami. – *Wydłużyły się również okresy możliwości zgłaszania roszczeń wobec zakładów opieki zdrowotnej i odpowiednie warunki przechowywania dokumentacji, które zabezpieczają ją przed zniszczeniem mają w takiej sytuacji ogromne znaczenie z punktu widzenia szpitala – mówi Beata Terlikowska.*

Archiwum medyczne Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie zobligowane jest do 20-letniego okresu przechowywania normalnych historii chorób, 30-letniego okresu przechowywania dokumentacji medycznej pacjentów, którzy zmarli w szpitalu, 22 lat przechowywania dokumentacji medycznej noworodków i pozostałych, zgodnie z obowiązującymi przepisami i zarządzeniami wewnętrznymi. – *Oprócz lepszego wykorzystania pomieszczeń, specjalny system regałów w znacznym stopniu poprawił bezpieczeństwo pracowników oraz warunki pracy z ogromną liczbą dokumentacji – mówi Beata Terlikowska. – Konstrukcja regałów i spo-*



Beata Terlikowska
w nowoczesnym archiwum

sób ich działania zapewnia pełne bezpieczeństwo pracownikom, ponieważ mechanizm przesuwu wyposażony jest w blokadę uniemożliwiającą przesuwanie regałów po napotkaniu oporu. Wszystkie elementy zewnętrzne regałów pozbawione są ostrych krawędzi, a podłogi i najazdy wykonane są z materiałów antypoślizgowych. W związku z tym, że regały mają wysokość około 3,8 metra, to do ich bezpiecznej obsługi została zakupiona specjalna drabina z podestem.

Modernizacja pomieszczeń archiwalnych pozwoliła na optymalizację wykorzystania powierzchni archiwalnej, zwolnienie użytkowanej dotychczas powierzchni w budynku głównym szpitala oraz w budynku przy ul. Żołnierskiej 16a, łatwiejszy dostęp do dokumentacji, która jest zgromadzona w jednym miejscu, stworzenie lepszych warunków pracy pracownikom archiwum.

Magdalena Kantorczyk

Szpital przyjazny kombatanom

Aby poprawić dostępność i jakość usług zdrowotnych kombatanom i osobom represjonowanym w ramach rzeczywistych możliwości ochrony zdrowia, 14 października 2010 r. Jacek Protas – Marszałek województwa warmińsko-mazurskiego podpisał „Porozumienie o realizacji świadczeń zdrowotnych poza kolejnością dla Kombatanów i Osób Represjonowanych”.



Kombatanci i osoby represjonowane mają ustawowo zagwarantowane szczególne uprawnienia, związane z dostępem do świadczeń zdrowotnych. Celem programu jest m.in. wzrost świadomości personelu medycznego w zakresie ustawowych praw docelowej grupy społecznej, a także wzrost świadomości Kombatanów i Osób Represjonowanych na temat przysługujących im praw związanych z dostępnością do świadczeń zdrowotnych. Koordynatorem programu w Wojewódzkim

Szpitalu Specjalistyczny w Olsztynie jest Jolanta Citko, za-cia dyrektora ds. leczenia.

Jak to działa?

Uczestnik programu informuje personel medyczny o fakcie posiadania dokumentu uprawniającego do świadczeń zdrowotnych poza kolejnością, otrzymuje ulotkę, buton z logo programu (znaczek na agrafce) i ankietę. W razie potrzeby, personel medyczny

wszelkie wątpliwości wyjaśnia z koordynatorem szpitalnym. Uczestnik programu w trakcie pobytu w jednostce również zawsze może kontaktować się z koordynatorem lub wskazanym pracownikiem w zakresie postępowania terapeutycznego. Po zakończeniu realizacji świadczenia zdrowotnego uczestnik programu pozostawia wypełnioną ankietę w oznakowanym i zabezpieczonym miejscu.

Magdalena Kantorczyk

Nowa kadra kierownicza

Rozmawiamy z Jolantą Borejko, która od 1 października 2010 roku pełni funkcję kierownika zespołu techników analityki medycznej w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej WSS w Olsztynie.

– Jak długo pracuje Pani w szpitalu?

– Już 23 lata jestem związana z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Olsztynie. Pracę rozpoczęłam w 1987 roku na stanowisku technika analityki medycznej w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej.

– Czy przez minione lata mocno zmieniła się praca technika laboratoryjnego?

– Kiedyś praca w laboratorium wyglądała zupełnie inaczej, wszystkie badania wykonywało się manualnie, na przykład morfologię krwi oznaczali 4 osoby, np. liczyli krwinki białe i płytki krwi pod mikroskopem, oznaczali hemoglobinę i hematokryt. Trzeba było również samodzielnie przygotowywać odczynniki do oznaczenia poszczególnych badań, obecnie korzystamy z gotowych, przygotowanych przez firmy. W tej chwili specjalistyczne aparaty wspierają naszą pracę, trzeba oczywiście pobrać materiał biologiczny od pacjenta, odpowiednio go przygotować, rozdzielić na poszczególne aparaty, uzupełnić odczynniki, zakodować badania, które są do zrobienia

i akceptować ich prawidłowe oznaczenie. Pozostały jeszcze badania, które wykonujemy manualnie, jak np. rozmazy mikroskopowe, odczyny serologiczne, badanie Waalera-Rosego, seromukoid. Radykalnie też wzrosła liczba wykonywanych badań, jak również rozszerzył się zakres wykonywanych procedur laboratoryjnych.

– Czy ten awans to dla Pani wyzwanie?

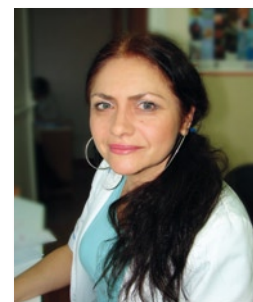
– Traktuję to, jako nowe doświadczenie. Oczywiście jest to dla mnie pewnego rodzaju wyzwanie, bo odpowiednie zarządzanie pracą techników analityki medycznej ma ogromny wpływ na sprawne działanie całego Działu Diagnostyki Laboratoryjnej. Technicy wykonują właściwie wszystkie badania, począwszy od pobrania, zabezpieczenia, oznaczenia, jak i wydawania wyników. Technicy biorą udział we wszystkich pracach, oczywiście pod kontrolą kierownika działu i asystentów.

– Czy ciężka jest praca technika analityki medycznej?

– Jest ciężka ze względu na odpowiedzialność, jaka na nas ciąży. Technik musi być spostrzegawczy, cechować się podzielną uwagą, skupieniem, aby żadne telefon, panujący dookoła zgiełk nie rozproszył naszej uwagi, co mogłoby mieć wpływ na wynik badania. Laboratorium to specyficzne miejsce również ze względu na fakt, że dziennie mamy kontakt z kilkuset pacjentami, którzy, jak to w życiu bywa, są różni. Tak więc technik musi też być komunikatywnym człowiekiem, z dużą dozą cierpliwości, opanowania i spokoju. Nasz zespół tworzą bardzo sympatyczni i pracowici ludzie, którzy potrafią zrobić dosłownie każde badanie. Dzięki temu, że codziennie w poszczególnych pracowniach jest rotacja osób, to potrafimy poradzić sobie z każdą procedurą i pojawiającym się problemem.

– Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk



Rozmawiamy z Joanną Puchalską pełniącą obowiązki zastępcy kierownika Działu Patomorfologii.

– Od kiedy pracuje Pani w szpitalu?

– Pracę w Dziale Patomorfologii zaczęłam od razu po studiach, trzy lata temu, jako młodszy asystent. Do moich obowiązków należało wykonywanie preparatów histopatologicznych oraz barwień specjalnych i immunohistochemicznych.

– Funkcję zastępcy kierownika Działu Patomorfologii pełni Pani od września tego roku, wraz ze zmianą stanowiska zmienił się z pewnością zakres Pani obowiązków?

– Oprócz wcześniej wykonywanych zadań, organizuję pracę na podległych stanowiskach oraz zajmuję się wprowadzaniem nowych procedur i szkoleniem personelu. Ponadto wykonuję wszystko to, co związane jest z pracą administracyjną np. nadzór nad prowadzeniem obowiązującej dokumentacji, zabezpieczanie poszczególnych stanowisk pracy w sprzęt, odczynniki, artykuły gospodarcze i biurowe, a także prowadzenie sprawozdawczości z realizacji zadań zgodnie z standardami i wymogami.

– Co jest największym wyzwaniem w Pani pracy?

– W mojej pracy jest wiele wyzwań. Staram się dążyć do wyznaczonego celu, a gdy ten zostanie osiągnięty, stawiam sobie następny. Samo to, że jestem młodą osobą na takim stanowisku już jest dla mnie wyzwaniem.

– Dlaczego wybrała Pani akurat Szpital?

– Zdecydował trochę o tym przypadek. Jest to moja pierwsza praca, po skończonych studiach biotechnologicznych zostałam przyjęta do Szpitala i tak mi się tu spodobało, że dzisiaj nie wyobrażam sobie pracy w innym miejscu.

– Jakie ma Pani plany zawodowe?

– Obecnie kończę studia podyplomowe z analityki medycznej, zamierzam również dalej specjalizować się w tym kierunku. Uczestniczę także w kursach doszkalających. Jestem osobą, która ma potrzebę ciągłego rozwoju zgodnie z powiedzeniem: „Kto stoi w miejscu ten się cofa”.



– A jakie są plany rozwoju Działu Patomorfologii?

– Cały czas poszerzamy panel przeciwciał stosowanych w diagnostyce immunohistochemicznej. Od niedawna wykonujemy również barwienia immunofluorescencji, niezbędne do szczegółowej diagnostyki pacjentów ze schorzeniami nerek. Zamierzamy poszerzyć diagnostykę raka sutka wprowadzając barwienie metodą CISH, a w przyszłości FISH. Ogólnie rzecz biorąc naszym wyzwaniem jest jak największy rozwój technik biologii molekularnej, pozwalającej na zwiększenie czułości diagnostyki.

– Dziękuję za rozmowę i życzę powodzenia.

core

Kontrola zarządcza w szpitalu

Rozmawiamy z Rafałem Laszczakiem, kierownikiem Sekcji ds. Kontroli Zarządczej i Analiz.

– Na czym będzie polegało wdrażanie systemu kontroli zarządczej?

– Przede wszystkim kontrolę zarządczą należy rozumieć jako system obejmujący całą organizację. Stanem idealnym byłoby, gdyby wszyscy pracownicy, nie tylko znali cele szpitala, ale również byli świadomi, jak na ich realizację wpływa praca, którą wykonują. Dlatego też w pierwszym etapie naszych prac musimy określić, które procedury (regulaminy, instrukcje, zarządzenia) są najważniejsze z punktu widzenia zapewnienia realizacji celów szpitala. Oczywiście znaczna część obszarów działalności szpitala posiada już niezbędne procedury regulujące podstawowe działania, związane z realizacją celów. W tym przypadku wymagają one jednak aktualizacji, a część procedur będzie musiała powstać od początku. Naszym zdaniem podstawową funkcją kontroli zarządczej jest zarządzanie ryzykiem w szpitalu. Niektóre osoby mogą stwierdzić, że to prosta rzecz wskazać, gdzie istnieje największe ryzyko wpływające na realizację celów naszej jednostki. Niestety osoby te mogą mylić ryzyko z niepewnością. Różnica jest olbrzymia. Ryzyko jest mierzone i określone odpowiednimi miernikami, niepewność jest po prostu sytuacją, w której coś wiemy lub tylko przypuszczamy. Dlatego też utworzony został w naszym szpitalu Zespół ds. Zarządzania Ryzykiem. Do głównych zadań Zespołu należy: zbieranie informacji na temat ryzyka i jego profilu, identyfikacja i analiza ryzyka, inicjowanie działań profilaktycznych redukujących ryzyko i jego skutki, monitorowanie dopuszczalnego poziomu ryzyka i prowadzenie „Rejestru ryzyka”.

– Co sprawia największy problem przy realizacji takich założeń?

– Myślę, że przepływ informacji. Większość pracowników nie do końca zdaje sobie sprawę, że posiada ważne informacje, inna część nie wie, co z tymi informacjami zrobić, albo nie wie do czego one służą, a jeszcze inna nie jest zainteresowana, aby nimi służyć. Zasada jest

prosta, jeśli chcemy uzyskać efekt synergii, który jest nadrzędnym celem każdej organizacji, musimy działać jak jeden zespół z pełną świadomością oddziaływania naszej pracy na całą organizację, jaką jest szpital. W takiej sytuacji pracownicy będą mieli poczucie ważności tego, co mogą dla niego zrobić.

– Co jeszcze wiąże się z takim systemem zarządzania?

– Zaproponowaliśmy również wprowadzenie kontroli wewnętrznej. W trakcie czynności kontrolnych będziemy oceniać stan faktyczny jednostki według określonych typowych kryteriów. Do takich kryteriów należy zaliczyć: poprawność organizacyjną jednostki z punktu widzenia realizowanych celów (sprawność, prawidłowość i efektywność przyjętych rozwiązań organizacyjnych i kierunków działania, a także doboru środków w celu wykonania założonych zadań); zgodność z prawem, czyli zgodność z obowiązującymi przepisami ustawowymi i normami; gospodarność – ocena kontrolowanych zjawisk, procesów gospodarczych i finansowych z punktu widzenia racjonalności i efektywności podejmowanych decyzji; celowość – realizowaną przez sprawdzenie, czy środki finansowe zostały wydatkowane zgodnie z ustalonym przeznaczeniem; zgodność dokumentacji ze stanem faktycznym.

– Czy pracownicy szpitala powinni obawiać się takich kontroli?

– Absolutnie nie, gdyż celem kontroli nie jest szukanie błędów, ale pomoc przy jak najlepszym zarządzaniu oraz, aby jak największa liczba pracowników poznała cele strategiczne szpitala i brała czynny udział w ich realizacji. Ideałem byłoby,



Rafał Laszczak z Barbarą Żmijewską

gdyby wszyscy pracownicy identyfikowali się z firmą, co nie jest łatwe w tak dużej jednostce, jaką jest szpital wojewódzki.

– Na jakiej podstawie kontrolujący przystąpi do kontroli?

– Kontrolujący przeprowadza kontrolę na podstawie pisemnego upoważnienia Dyrektora lub zastępującej go osoby. Bezpośrednio przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, przedkładane będzie kierownikowi komórki kontrolowanej upoważnienie do kontroli i informacja o przedmiocie kontroli oraz czasie jej trwania. Obowiązkiem kierownika komórki kontrolowanej jest zapewnienie kontrolującemu odpowiednich warunków do sprawnego i rzetelnego przeprowadzenia kontroli.

– Czy taki system kontroli zarządczej znalazł już swoje zastosowanie i sprawdził się w praktyce w innych jednostkach?

– Sam pomysł jest dobry i stosowany od dawna, m.in. w krajach Unii Europejskiej.

– Dziękuję za rozmowę.

Barbara Szymczuk

W dniu 27.08.2009 r. Sejm uchwalił nową ustawę o finansach publicznych, która wprowadza do systemu finansów publicznych kontrolę zarządczą. Część zmian wynikających z tej nowelizacji jest konsekwencją przynależności Polski do Unii Europejskiej. Odpowiedzią szpitala na ustawę jest utworzenie nowej komórki - Sekcji ds. Kontroli Zarządczej i Analiz. Kierownikiem Sekcji jest mgr Rafał Laszczak. Z panem Rafałem pracuje starszy inspektor Barbara Żmijewska, która zaczęła pracę w naszym szpitalu z chwilą powstania Sekcji. Kontrola zarządcza to ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy. Celem powstałej Sekcji jest wdrażanie tego systemu.

Wodospady Wiktorii

– „Dym, Który Grzmi” cz. II

„Podczołgawszy się w strachu do samej krawędzi, spojrzałem w głąb wielkiej szczeliny, która ciągnęła się w poprzek szerokiej Zambezi. Patrząc w przepaść nie widzi się nic prócz gęstej, białej chmury. Był to najwspanialszy widok jaki ujrzałem w Afryce” – David Livingstone napisał to 15 listopada 1855 r. w dniu, w którym zobaczył Wodospad Wiktorii, nazwany tak na cześć brytyjskiej królowej.

Kolejne dni minęły na spotkaniach z jedną z największych w Afryce rzek – Zambezi. **Zambezi** – jest to rzeka w południowej części Afryki, czwarta co do wielkości na tym kontynencie, przepływająca między innymi przez Namibię, Angolę, Botswanę, Zambię, Zimbabwe i Mozambik. Długość rzeki wynosi ok. 2260 km, a powierzchnia dorzecza: 1,3 mln km². Wypływa ze źródła położonego na wyżynie Lunda, następnie przepływa przez północną część Kotliny Kalahari; w środkowym biegu stanowi naturalną granicę pomiędzy Zambią i Namibią, Botswaną i Zimbabwe. Zambezi uchodzi deltą do Kanału Mozambickiego i następnie do Oceanu Indyjskiego.



Rejs po tej rzece, która przed progiem Wodospadów Wiktorii rozlewa się na szerokość ok. 1600 metrów, a jej wody płyną spokojnie i wolno, pozwala podziwiać liczne zwierzęta podążające do wodopoju, a przede wszystkim baraszkujące hipopotamy. Ich duże stado świetnie się bawi wodzie, a zwierzęta parskają, ziewają i po prostu leniuchują. To tak jak my, bo te stateczki są do tego świetnie przygotowane. Na tarasie widokowym nie brakuje smakowitych dań i przednich napitków, uzupełnianych bezszelestnie przez załogę, a zespół muzyczny przygrywa regionalne szlagiery. Informacja, że to właśnie hipopotamy są sprawcą największej liczby śmiertelnych wypadków ludzi, powodowych przez atak dzikich zwierząt, wprawia mnie w osłupienie – jak taki sympatyczny

zwierzak, o śmiesznie małych uszkach, może zdeptać tyle ludzi? Przypomina mi się nasza mądrość ludowa – cicha woda brzegi rwie... tutaj dosłownie! Na zakończenie rejsu podziwiamy jeszcze zachód słońca i pióropusze białego dymu widoczne z oddali, które unoszą się nad kipiącą wodospadu.



Kolejny dzień, to jedna z największych atrakcji turystycznych na świecie – rafting na Zambezi. Będziemy spływać po rzece w jej najwęższym odcinku, tuż za Wodospadami, gdzie szerokość koryta rzeki zwęża się do 40 metrów, a jego kręty przebieg i ogromne masy wody, powodują powstawanie wielu progów i wirów wodnych, a głębokość rzeki wynosi tu około 60 metrów. Cała trasa ma długość ok. 24 km i ok. 26 progów, o wiele mówiących nazwach: Terminator, Dzień Sądu Ostatecznego, Wirówka, Schody do Nieba itp., a my mamy w planie przebycie 11 progów na dystansie 17 km... oczywiście jak wszystko pójdzie dobrze. Większość progów, w sześciu-



wysokość wodospadu:

108 m

szerokość wodospadu:

1600 m

przepływ wody:

550 mln L / min.

wiek wodospadu:

200 mln lat

stopniowej skali oceny trudności trasy raftingowej – gdzie 6 oznacza „nie do przebycia” ma stopień 5 i 5/4. Miejsce to słynie między innymi z filmu „Dzika Rzeka”, gdzie było kręconych kilka scen tego filmu. Ta wiedza dochodzi do mnie niestety z dużym opóźnieniem, jak już po męczącym zejściu, prawie pionowymi ścianami w dół, jestem zapakowana do pontonu, a mały, czarnoskóry, mężczyzna drze się na mnie, że mam za luźno zapiętą kamizelkę ratunkową. Potem musimy pokazać, że umiemy pływać – na płyciźnie odbywają się skoki z pontonu do wody – z ekwipunkiem (nie można zgubić wiosła, bo będzie wstyd!), nurkowanie i szybki pokaz jak łapać się ratowników, gdy wpadniemy do wody, nauka angielskich komend – takie nasze szkolenie bhp.

W naszym pontonie płynie sześciu męczenników (czytaj: turystów, którzy sami za to zapłacili!!!) i trzech doświadczonych wiosłarzy – dwóch z przodu i jeden z tyłu; ten ostatni jest najważniejszy, bo steruje nie tylko łódką ale i nami – wrzeszczy niemiłosiernie – oczywiście to ten najmniejszy. Z duszą na ramieniu,

ale w otoczeniu majestatycznej przyrody, wypływamy – ostatni rzut oka na niebieskie niebo i zieloną roślinność... a potem tylko szal kipieli wodnej, niesamowity huk, wrzask naszego sternika, ciężka – galernicza praca, prawie poza zakresem świadomości i... wywrotka. Jestem wciągnięta przez wir pod wodę i trochę mnie tam trzyma, ale wreszcie działa wspornik kamizelka ratunkowa i jak korek wyskakuję na powierzchnię. Niestety nurt odrzucił mnie od przewróconego pontonu i z ogromną prędkością się od niego oddalam. Ale są już nasi „łapacze”, którzy w zwrotnych, sportowych kajawkach bezbłędnie mnie odnajdują i wyłapują. Nie wiem jak, ale wszystko czego nauczyłam się na tym przyspieszonym „kursie bhp” realizuję, dzięki czemu cała ale trochę oszołomiona jestem doholowana do postawionego już pontonu; reszta naszej ekipy jest w różnych fazach szoku, ale jest OK i trzeba płynąć dalej. Teraz jakby płynie nam się bardziej relaksowo – co miało najgorszego się wydarzyć już się wydarzyło – i spokojniej oglądamy niesamowite widoki pięknego kanionu i dzikiej rzeki.

Ale to jeszcze nie koniec... po tych wrażeniach trzeba się jeszcze wgramolić na górę. Ta droga jest koszmarna, człowiek strasznie zmęczony, objuczony wiosłem, kamizelką i w kasku, musi wejść prawie po pionowych, nieosłoniętych skałach w środku dnia (godzina 14) i w środku afrykańskiego lata (luty). Pierwszy raz w życiu odczułam co to znaczy porażająca moc słońca. Na szczęście, jakaś czarna, przyjazna dłoń wzięła ode mnie wiosło, inna kask, a kolejną kamizelkę; raz po raz ktoś polewał mi twarz wodą i zachę-

cał w krótkich, żołnierskich słowach do dalszej wspinaczki: „go, go, go – idź, idź, idź, up, up, up – w górę, w górę, w górę”, a tajemniczy, polski głos obwieścił prosto do ucha, że na górze czeka butelka zimnego, oszronionego piwa... tak te zaklęcia działają cuda! Ludzie, co się działo na górze po tej mozolnej wspinaczce i wrażeniach z raftingu – opisać nie sposób naszej radości i euforii oraz potwornego zmęczenia. Jak zawsze niezawodni kucharze, którzy w czasie naszego spływu i męki wspinaczki, przygotowali wspaniały obiad, godny stołu królowej Wiktorii, a obiecane, oszronione piwko było jego ukoronowaniem. Wieczorem, zrelaksowani, w luksusowym hotelu „Kingom”, oglądaliśmy film z naszego spływu, nakręcony przez członka ekipy wiosłarzy – dopiero wtedy zobaczyliśmy jacy byliśmy dzielni i wspaniali, a każdy z nas ma jego kopię – dla potomności.



Następne dni to miłe, typowo turystyczne, leniuchowanie. Mimo tego nie zapomnieliśmy, że jesteśmy w kraju bardzo doświadczonego ekonomicznie i politycznie. Niegdyś bogata Rodezja, jest teraz jako Zimbabwe krajem ogromnej biedy i niedostatku. Rządy prezydenta Roberta Mugabe zepchnęły ten kraj w otchłań biedy i korupcji. Jest to kraj, który nie ma własnej waluty – na rynku gospodarczym dominuje dolar amerykański. Ludzie borykają się z wieloma trudnościami, praktycznie nie można niczego kupić, preferowany jest handel wymienny. Wizyta w przepełnionej szkole, liczącej ok. 1200 uczniów, gdzie w jednej klasie uczy się ok. 50-70 dzieci, a lekcje często odbywają się na podwórku szkolnym, bo jest za mało sal klasowych, pokazała jak niewiele potrzeba do szczęścia. Kolorowe długopisy i zeszyty, flamastry i słodycze, w które przezornie zaopatrzyliśmy się jeszcze w Polsce (tam nie można niczego z tych rzeczy kupić) i które przekazaliśmy dyrektorowi szkoły, sprawiły dzieciom ogromną radość. Dzieci były bardzo grzeczne i każdy czekał spokojnie na drobny prezent od nas – oczywiście nie starczyło dla wszystkich, ale obiecaliśmy dosłać co tylko będzie możliwe. Dzieci w tej szkole nie

marudzą, chętnie się uczą, a chodzenie do szkoły to dla niektórych tylko marzenie... to uwaga dla wszystkich naszych zagubionych w sieci pociech, które już nie mają prawa nie cieszyć się – ani najnowszym smartfonem, ani wypasionym komputem, ani górą słodczy i hektolitry coca-coli.



I tak po tych wspaniałych emocjach trzeba było opuścić to magiczne i zachwycające miejsce.

Afryka podzielona sztucznymi granicami i strefami różnych wpływów, odcinana przez wieki od swojej ekonomicznej rzeczywistości, od swoich kultur, tradycji, zwyczajów i wierzeń, pozbawiona bogactwa i potencjału ludzkiego, stała się kontynentem biednym, dotkniętym konfliktami, chorobami, przemocą i korupcją. Ale Afryka ma też mądrość – jest cierpliwa, wybacząca, współczująca i uduchowiona. Idąc przed siebie, obejrzyjcie się wstecz, do „krajiny leżącej za nami”, póki nie przeminęła bez śladu. Może zdążycie zobaczyć jak mógł wyglądać kwitnący Eden. Może zdążycie poznać ludzi, którym do szczęścia potrzeba tylko przestrzeni i sawanny pełnej zwierząt.

Emilia Paszkowska

Cały artykuł na stronie
www.wss.olsztyn.pl



Pożar i ewakuacja na Chirurgii

Jest wiele zdarzeń, które mogą stworzyć zagrożenie zdrowia i życia człowieka, również w placówce opieki medycznej: pożar, zamach terrorystyczny, uwolnienie do otoczenia toksycznych związków chemicznych, katastrofa budowlana lub działanie sił natury.

Takie sytuacje wymuszają na pracownikach szpitala szybką i prężną interwencję, często połączoną z koniecznością przeprowadzenia ewakuacji pacjentów i personelu. Umiejętność odnalezienia się w takiej nietypowej sytuacji stwarzającej zagrożenie, opanowanie własnych lęków, paniki, prawidłowa ocena skali zjawiska i znajomość sposobów przeciwdziałania decyduje w większości przypadków o bezpieczeństwie obywateli.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie cyklicznie przeprowadzane są ćwiczenia przeciwpożarowe, połączone z ewakuacją pacjentów i personelu medycznego. 15 października 2010 roku zespół Oddziału Chirurgii Ogólnej stanął przed testem, sprawdzającym praktyczną wiedzę warunków ewakuacji ze swojego oddziału.

I tak też, w wyniku umyślnego działania, doszło do podpalenia pomieszczenia Oddziału Chirurgii Ogólnej, w którym znajdowało się 42 pacjentów. Dym przedostał się na korytarz i do sal chorych. Pożar zauważył personel, który natychmiast uruchomił ręczny ostrzegacz pożarowy. Rozwój pożaru doprowadził do konieczności podjęcia decyzji o ewakuacji zagrożonych pacjentów na inne oddziały tzw. „ewakuacja w poziomie”. – *Są to jedynie ćwiczenia przeciwpożarowe, jednak dzięki nim personel oddziału wie, jak należy zachować się podczas takich nieprzewidzianych sytuacji. Ćwiczenia wymuszają na pracownikach znajomość procedury i instrukcji wewnątrzszpitalnej, dotyczącej bezpieczeństwa przeciwpożarowego, w której określono kolejność i warunki ewakuacji* – mówi Zbigniew Łupina, inspektor ds. ppoż. w Sekcji BHP i PPOż. WSS w Olsztynie. – *Konieczność przeprowadzania tego rodzaju ćwiczeń wymusza na nas Rozporządzenie MSWiA z dnia 7.06.2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów.*

W trakcie ćwiczeń przeciwpożarowych w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej alarm ewakuacyjny ogłosił Piotr Malinowski – Ordynator, po ocenie zagrożenia, jakie powstało w związku z pożarem. Wszyscy pracownicy w monitorowanym obszarze (sekretariat, gabinety lekarskie) natychmiast przerwali pracę i rozpoczęli czynności określone w komunikacie ordynatora, który polecił personelowi ewakuować wszystkich pacjentów z dwóch ostatnich sal. W trakcie prowadzonej ewakuacji na oddział przybyli Jolanta Citko, Zastępca Dyrektora ds. lecznictwa w zastępstwie dyrektora placówki oraz Zbigniew Marcinkiewicz, Zastępca Dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych. – *Ćwiczenia w Oddziale odbyły się zgodnie z założonym scenariuszem, drogi ewakuacyjne mimo pory obiadowej i wydawanych posiłków zostały utrzymane jako drożne i nie utrudniały prowadzonej ewakuacji* – podsumowuje Zbigniew Łupina.

– *Ewakuacja w swoim założeniu jest działaniem zorganizowanym, dlatego też znajomość zasad, dobre zorganizowanie personelu oraz szczegółowy podział zadań w przypadku konieczności ewakuacji oraz wyrobienie umiejętności praktycznych jest podstawowym warunkiem bezpieczeństwa. W sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia, działanie personelu powinno być pozbawione cech improwizacji, przypadkowości i paniki. W sytuacji stresu spowodowanego nagłym, niebezpiecznym zdarzeniem (pożar, wybuch) zostaje znacznie upośledzona zdolność racjonalnego działania, dlatego działania personelu do czasu przybycia jednostek ochrony przeciwpożarowej powinny odbywać się wg pewnych, ustalonych wcześniej schematów.*

Zakres ewakuacji bywa różny (ewakuacja częściowa i całkowita). Czasem sprowadza się do wyniesienia lub wyprowadzenia kilku osób, innym zaś razem trzeba ewakuować wszystkie osoby znajdujące się w oddziale,



Akcja ewakuacyjna

obiekcie oraz kosztowniejszy sprzęt i urządzenia, jak i dokumentację. Są to zadania bardzo złożone, trudne i odpowiedzialne, a przy tym wymagające bezwzględnie ścisłego współdziałania kierującego akcją ratowniczo-gaśniczą z Państwowej Straży Pożarnej i osób (personelu) w danym obiekcie.

– *W sytuacji, gdy spokój i porządek, do którego przywykli, zostaje nagle zakłócony takimi wydarzeniami, jak np. pożar, rodzi się wśród ludzi psychoza lęku o własne bezpieczeństwo, którą potęguje poczucie bezradności i brak oparcia w osobach, które znalazły się w takiej samej sytuacji* – mówi Zbigniew Łupina. – *W obliczu bezpośredniego niebezpieczeństwa, które występuje w wypadku pożaru, podjęcie jakiegokolwiek akcji ratowniczo-gaśniczej jest zwykle niemożliwe bez jednoczesnego ewakuowania zagrożonych osób. Jednak akcja ratowniczo-gaśnicza musi być podjęta przez personel obiektu jeszcze przed przybyciem straży pożarnej, gdyż każda zwłoka utrudnia bądź uniemożliwia ratowanie zagrożonych osób.*

Magdalena Kantarczyk

Krzyżówka

Jolka 29

Objaśnienia 66 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery G i N. Na ponumerowanych polach ukryto 32 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim mądrość hrabiego Aleksandra Fredry.

Hasło, w zaklejonej kopercie prosimy wrzucić do specjalnej skrzynki w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy oraz nr kontaktowy. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy bon do zrealizowania w szpitalnym bufecie Pesto-Catering.

PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie

Redaktor naczelny

Kornelia Kotwicka

Koncepcja graficzna

Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny

Alicja Biernacka
Magdalena Kantorczyk
Barbara Szymczuk

Stała współpraca

Alicja Markiewicz
Emilia Paszkowska
Hanna Taraszkiewicz
Jerzy Badowski
Radek Kowalski

Zdjęcie na okładce

Kornelia Kotwicka

Zdjęcia udostępnił

Emilia Paszkowska
Paweł Berkolec

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

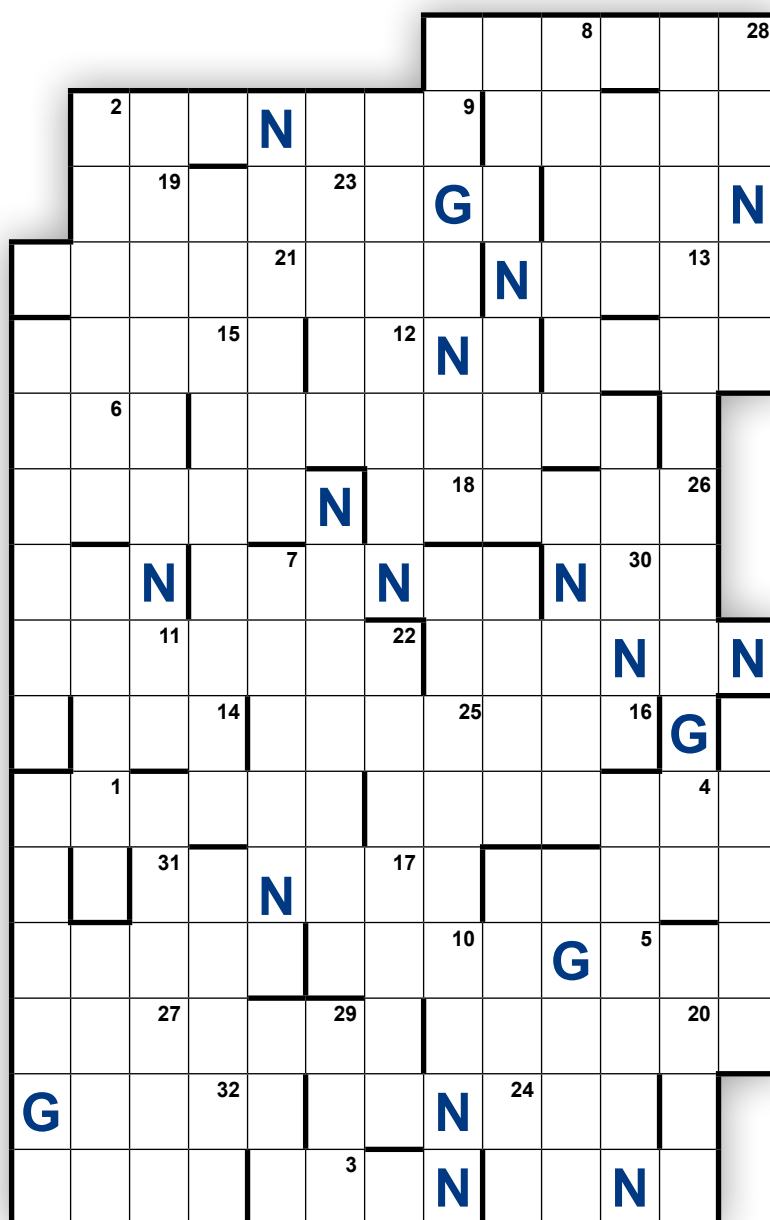
Studio Blenam
tel. 89 526 35 52, www.blenam.pl

Nakład

1200 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmiany tytułów.

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego numeru Pulsu Szpitala: „Im mniej nienawidzi, tym więcej zdrowia”
Nagrodę - bon na zakupy do „Eko-Delikatessów” otrzymuje pani Katarzyna Szechulska-Topa. Gratulujemy.
Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



• leczenie • stłumił spisek Katyliny • orzeł z Wisły • szczyt przed Zawratem (2301 m) • odkrył Przyl. Dobrej Nadziei • ma Dwór w Gdańsku • atrofia • noblista Umberto • moda na przeszłość • gród nad Jeziorakiem • filozof z Królewca • potrawa z mąki kukurydzianej lub kaszy • imię pięknej Campbell • ryż zapiekany z mięsem i jarzynami • syn Swaroga • pustynia indyjsko-pakistańska • pierwsza skoczyła 2 m wżwyż • białe do ćwikły • rozprawił z Panem i Wójtem • pseudonim autora „Szewców” • ślaska gra w karty • imię szybowniczek Dankowskiej • zasiłki, pieniądze na utrzymanie • miasto w końcowym biegu Vienne • starodawne zero • nauczyciel Seneki, zalecał ubóstwo i umiar • batrachowiec atlantycki • agitacja • państwo mongolskie • sukulenta z Meksyku • uduł Desdemone • pilarka ramowa • w Burgundii ze sławnym opactwem Benedyktynów • pleciona z wątkiem • drzemka poobiednia • pospolita trędownikowata • Bill z Microsoftu • rumowisko skalne • francuski minister z linią umocnień • to pieniądz • kabalistyczna gra w karty • szczupak morski • koniec pacierza • żabi śmiech • de Janeiro • róg w orkiestrze • Wysoka lub Otomańska • źródło alony • wuj z chaty • Jeżowski, Zan i Mickiewicz • płynie w Koninie • mieszkanka Libii i Omanu • zapał twórczy • rogi łosia • Chińczycy • Ferenc, węgierski Pele • stolica Castro • srebrny dukat • geocentryczne dzieło Ptolemeusza • to zdrowie • Denis, Bernard lub Bonnard • budowlany ciężarek na sznurku • najwyższy szczyt Meksyku • nasza czołowa grupa haevymetalowa • bursztyn • kierunek studiów dla dentysty

„BJER”

Sponsorem krzyżówki jest bufet szpitalny

Pesto-Catering

tel. 503 036 604

(znajdujący się na wysokim parterze szpitala)





„Jest taki dzień bardzo ciepły,
choć grudniowy;
dzień, zwykły dzień,
w którym gasną wszelkie spory.
Jest taki dzień,
w którym radość wita wszystkich.
Dzień, który już każdy
z nas zna od kołyski...
Niebo ziemi, niebu ziemia,
wszyscy wszystkim ślą życzenia.”

Seweryn Krajewski

**Wesołych Świąt Bożego Narodzenia
i Szczęśliwego Nowego Roku 2011
życzy Redakcja**