

Kwartalnik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



PULS SZPITALA

ISSN 1644 – 8162
Nr 50 styczeń - marzec 2016



CHIRURGII 45 LAT KARDIOLOGII



PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelna

Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny

Alicja Biernacka
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka
Przemysław Prais

Stała współpraca

Jerzy Badowski
Piotr Markiewicz
Emilia Paszkowska
Hanna Taraszkiewicz

Zdjęcia udostępnił

Miłosz Guzowski
Emilia Paszkowska

Adres redakcji

10-561 Olsztyn
ul. Żołnierska 18
Dział Zarządzania,
Marketingu i Promocji
tel. 89 538 65 06
bszymczuk@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie

AR Idealmedia Sp. z o.o.
ul. Syrokomli 19, Elbląg
tel. 603 077 102
tel. 55 232 62 23
www.idealmedia.pl

Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy
Redakcja zastrzega sobie
prawo do skrótów i zmiany
tytułów.
Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności za treść
nadsyłanych publikacji.



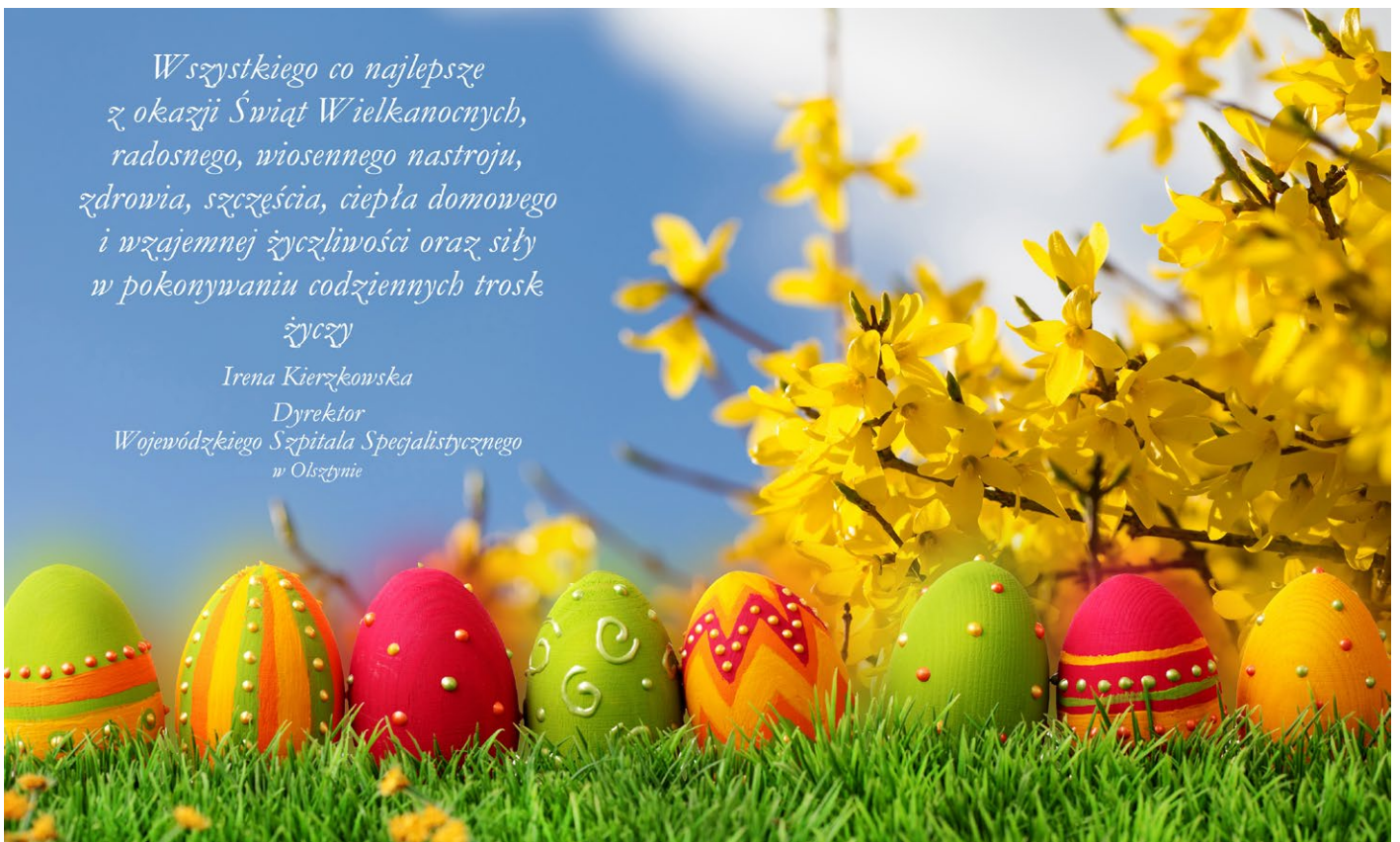
- 3 Rok 2016 pełen nowych wyzwań
- 5 Akredytacja Szpitala - zewnętrzna ocena jakości i bezpieczeństwa opieki
- 7 Wymiana doświadczeń Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie ze szpitalami w Finlandii
- 10 Szpital przed nowymi wyzwaniami
- 12 Ćwiczenie czyni mistrza
- 13 Podwójny jubileusz chirurgów
- 16 45 lat Oddziału Kardiologicznego
- 18 Inauguracja akcji „Olsztyn wyraża zgodę”
- 19 O aparaturze medycznej wiemy (prawie) wszystko
- 21 To już 50 numer Pulsu Szpitala
- 23 Pamięć i jej zagadki cz. 19
- 25 Ale Meksyk cz. 3
- 27 Jolka szpitalna

*Wszystkiego co najlepsze
z okazji Świąt Wielkanocnych,
radosnego, wiosennego nastroju,
zdrowia, szczęścia, ciepła domowego
i wzajemnej życzliwości oraz siły
w pokonywaniu codziennych trosk*

życzy

Irena Kierzkowska

*Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Olsztynie*



Rok 2016 pełen nowych wyzwań

W nadchodzących miesiącach czeka nas wiele zadań związanych z poprawą funkcjonowania naszego szpitala. Musimy je wykonać biorąc pod uwagę mocno zmieniające się warunki związane z nowymi uregulowaniami dotyczącymi m.in. pozyskiwania środków na niezbędne inwestycje. Możemy tego dokonać tylko reagując szybko i elastycznie – mówi Irena Kierzkowska, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Pani Dyrektor, jakie wyzwania w 2016 r. stoją przed ochroną zdrowia?

Obecnie najbardziej absorbują naszą uwagę tworzone właśnie mapy potrzeb zdrowotnych. Ich opracowanie w skali naszego regionu to ważne zadanie. Jak już mówiłam w poprzednim Pulsie Szpitala są one niezbędne do składania wniosków w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020. Przygotowano już mapy potrzeb kardiologicznych i onkologicznych na poziomie naszego województwa. Wciąż jednak nie wiadomo co z innymi dziedzinami. Ministerstwo Zdrowia zapowiada wiele zmian, które śledzimy, próbując znaleźć miejsce dla naszego Szpitala z jego możliwościami i potencjałem w nowej rzeczywistości.

Jak styszymy oprócz map potrzeb zdrowotnych MZ zamierza wprowadzić tzw. ankiety kryteryjne. Każdy, kto będzie chciał zrealizować inwestycję, będzie musiał je wypełnić, a następnie nadać inwestycji wagi punktowe. Potem ankiety będzie oceniać wojewoda i minister zdrowia. Nie znamy tych kryteriów. Możemy się jedynie domyślać, że będą związane z mapami potrzeb zdrowotnych.

Powstał też komitet sterujący z panem ministrem Konstantym Radziwiłłem na czele, który będzie podejmował ostateczne decyzje o przydziale środ-



ków z RPO. Nie wiemy jeszcze, czy terminy ogłoszone przez instytucję zarządzającą nadal obowiązują, czy i jakie zajdą zmiany, a także jakie będą priorytety oraz jak będą one moderowane po analizie tych ankiet. To rodzi nasz niepokój. Obecnie pan minister będzie miał większy wpływ na ostateczne decyzje inwestycyjne.

Należy też zmieścić się w możliwościach finansowych RPO, bo pieniądze na ochronę zdrowia jest znacznie mniej, niż w latach 2007-2014. Tak więc o środki z tego źródła będzie bardzo trudno.

Ale to nie oznacza, że Szpital nie ma na ten rok planów inwestycyjnych?

Takich działań wymaga realizacja planu dostosowawczego m.in. jeśli chodzi o bezpieczeństwo przeciwpożarowe. Jesteśmy dopiero w połowie drogi. Wymogi powinniśmy spełnić do 1 stycznia 2017 r. Dlatego pozyskanie pieniędzy z RPO jest dla nas tak ważne, żeby zmieścić się w tym terminie i móc powiedzieć, że nasz Szpital w każdym zakresie, również

bezpieczeństwa ppoż., przestrzega przepisów. Chcielibyśmy jak najszybciej wyrównać warunki we wszystkich oddziałach, także ze względu na komfort pobytu pacjentów i warunki pracy personelu. Jesteśmy zmęczeni remontami, bo podczas ich trwania nadal realizujemy zadania zdrowotne. Oczekujemy dużej wyrozumiałości zarówno od pacjentów, jak i od naszych pracowników. Musimy to wspólnie przeżyć. Jeżeli wszystko przebiegnie sprawnie pomęczymy się jeszcze dwa lata, a potem odpoczniemy od hałasu.

Jakie jeszcze Pani dyrektor ma plany na ten rok?

Najważniejszym przedsięwzięciem będzie pozyskanie pieniędzy z RPO na Centrum Sercowo-Naczyniowe, w którym chcemy skoordynować wszystkie zabiegi naczyniowe: kardiologiczne, neurologiczne, kardiologiczne, neurochirurgiczne, chirurgię naczyniową i radiologię zabiegową. To jest bardzo dobry pomysł, odpowiadający na potrzeby regionu.

Chcemy też pozyskać pieniądze na modernizację naszej przychodni, aby polepszyć dostęp do rejestracji, a także podnieść komfort pacjentów i pracowników. Na razie zrobiliśmy to, co było można już teraz, tj. przeniesienie kadr i plac do budynku głównego Szpitala. Dzięki temu uwolniliśmy pomieszczenia w przychodni na pracownię USG. Trwa już ich adaptacja. Ułatwi to obsługę pacjentów ambulatoryjnych, którzy nie będą już musieli przychodzić na wykonanie USG do szpitala.

Pamiętajmy też, że problemy pacjentów poradni specjalistycznych wynikają też z przyczyn niezależnych od Szpitala. Jedną z nich jest nikły procent osób korzystających z możliwości rejestracji internetowej, skąd częściowo wynikają kolejki. Bywa też, że pacjenci z odległych miejscowości przyjeżdżają, ze względu na ograniczenia komunikacyjne wcześniej i dłużej oczekują na wyznaczoną godzinę wizyty.

W roku 2016 chcemy też wdrożyć system elektronicznej dokumentacji medycznej, ponieważ archiwizowanie dokumentacji papierowej stało się dużym problemem. Materiałów wciąż przybywa i brakuje miejsca.

Dużym projektem na bieżący rok będzie przejście w struktury Szpitala stacji dializ oraz pracowni rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej. Chcemy więc zrobić tzw. insourcing. Ten proces jest jednak uzależniony od konkursów ogłaszanych przez NFZ i jest skomplikowany. Prowadzimy rozmowy z zarządem Diaverum i zarządem Affidei.

Rozważamy też propozycję zamontowania komory hiperbarycznej, przydatnej dla naszego Szpitala. Może się to odbyć w formie outsourcingu lub w strukturach placówki. Komora pomaga w leczeniu pacjentów z trudno gojącymi się ranami, rozległymi oparzeniami i przewlekłymi zapaleniami kości.

To szerokie zamierzenia.

Tak, ale jeszcze nie wszystkie na ten rok. Pracujemy nad projektem budowy szpitalnego oddziału ratunkowego. Mamy szansę na dotację z UE w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020. Te pieniądze możemy wydać tylko na inwestycje związane z urazami wielonarządowymi lub z ratownictwem medycznym.

Nowy Szpitalny Kliniczny Oddział Ratunkowy rozgęściłby ciasnotę w Szpitalu. Nawet bowiem wykonanie planu dostosowawczego nie rozwiąże problemów np. Oddziału Hematologicznego, który funkcjonuje na małej powierzchni z innym oddziałem. Wiemy, że otwarcie oddziału hematologicznego w Szpitalu MSW nie zmniejszyło liczby pacjentów leczonych u nas i to jest duży problem. Czekamy na mapy potrzeb zdrowotnych w tym zakresie. W planach nie mieliśmy powiększenia oddziału hematologii. Rozważaliśmy tylko uruchomienie dziennej chemioterapii. Miała ona służyć również pacjentkom ginekologii onkologicznej.

Problemem będzie także potożnictwo, nie tylko w Szpitalu Wojewódzkim, ale w całym regionie. Prawdopodobnie liczba pacjentek będzie u nas większa, niż planowaliśmy. Powodem jest nowe rozporządzenie MZ, któ-

re wchodzi w życie w czerwcu br. i dotyczy patologii ciąży. Koncentruje ono patologię, nawet drugiego poziomu, na jednostkach referencyjnych takich jak nasz szpital z pominięciem większości szpitali powiatowych (z wyjątkiem tych, gdzie liczba porodów przekracza rocznie 600). Dodatkowym obowiązkiem będzie plan skoordynowanej opieki nad rodzącą. To rozporządzenie nas zaskoczyło. Zwiększyliśmy liczbę tóżek potożniczych m.in. dając na potrzeby ginekologii pomieszczenia po Oddziale Neurochirurgicznym. To w połączeniu z inwestycją dr Malarkiewicza i zakładanym niższym demograficznym miało wystarczyć. Tak ocenialiśmy sytuację 3-4 lata temu. Natomiast w kontekście nowych rozporządzeń okazało się, że zderzymy się z nową rzeczywistością i te działania będą niewystarczające. Już teraz mimo zwiększenia liczby miejsc wykorzystanie ich przekracza 100 proc. To jest olbrzymi problem i musimy o nim alarmować organizatorów ochrony zdrowia, bo sam Szpital Wojewódzki sobie z nim nie poradzi.

W Szpitalu dobiega końca adaptacja pomieszczeń dla Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych.

Modernizacja przebiega zgodnie z planem, więc prawdopodobnie w maju otworzymy oddział w nowym miejscu i będziemy przygotowani na remont Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, który ma działać w pomieszczeniach po nefrologii. Zostaje jeszcze kwestia pieniędzy, koniecznych do rozpoczęcia tych prac. Musimy się zastanowić jak je pozyskać, by nie pogorszyć sytuacji finansowej szpitala. Chociaż niewielka strata inwestycyjna jest jedną z form strategii zarządzania, decyzję tę będziemy uzgadniać z podmiotem tworzącym.

W ub. roku zaczęły działać w nowym miejscach Oddział Gastroenterologiczny, Oddział Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, a także Pracownia Elektrofizjologii i Elektroterapii. Otwarto też Poradnię Lekarza Rodzinnego. Czy są plany by wykorzystać jej potencjał?

W związku z otwarciem 1 lipca 2015 r. poradni POZ chcemy złożyć akces do programu pilotażowego MZ dotyczącego Opieki Medycznej Skoordynowanej. Uważam, że taka opieka u nas funkcjonuje – są oddziały szpitalne, SKOR, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i podstawowa opieka zdrowotna. Dysponujemy więc pewnym kompleksem usług i spokojnie możemy koordynować opiekę medyczną w zależności od potrzeb pacjenta. To nas wyróżnia spośród wielu innych podmiotów. Nie znamy jeszcze warunków konkursu, ale mamy nadzieję, że pomoże on nam udoskonalić całościową opiekę nad pacjentem.

Z naszej dotychczasowej rozmowy wynika, że rok 2016 może być interesujący, ale i trudny dla naszego Szpitala.

Dużo jest informacji, także medialnych o proponowanych zmianach w ochronie zdrowia. Musimy być na bieżąco, śledzić zapowiedzi nowych działań, bo one zmieniają naszą rzeczywistość. Jedną z nich jest zapowiedziana przez Ministerstwo Zdrowia weryfikacja koszyka świadczeń zdrowotnych. Różnego rodzaju ryzyk jest bardzo dużo. Szacujemy je i tak planujemy działania Szpitala, żeby najwięcej zyskać, a najmniej stracić.

Nie jesteśmy przeciwni zmianom. Ale do każdej należy się przygotować, by skutecznie na nią reagować. Tak więc plany muszą być elastyczne, wielowariantowe. Rok 2016 jest inny od poprzednich, bo choć nigdy nie brakowało zmian, to obecnie radykalnych przeobrażeń, moderujących schemat struktury organizacyjnej, czy finansowej zapowiada się tak wiele, że należy się nad nimi pochylić z wyjątkową uwagą. Oby były to zmiany na lepsze.

AKREDYTACJA SZPITALA

- zewnętrzna ocena jakości i bezpieczeństwa opieki



Akredytacja jest formą oceny zewnętrznej pracy szpitali. Na początku XX wieku Amerykańskie Kolegium Chirurgów (American College of Surgeons – ACS) nazwało „akredytacją” ocenę oddziałów chirurgicznych.

Od 1953 roku termin

„akredytacja” był stosowany w odniesieniu do organizacji świadczących opiekę zdrowotną (głównie szpitali) przez Komisję Wspólną ds. Akredytacji Szpitali (Joint Commission on Accreditation of Hospitals) i oznaczał dobrowolny, usystematyzowany proces oceny, nakierowany na stymulowanie poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki prowadzony przez niezależnych wizytorów.

Taką interpretację oddaje etymologia wyrazu: *accredito* (łac.) - zawierać, zaufać; *credo* (łac.) - wiara, oznaczając, że jest to uwierzytelnienie i udzielenie dowodu zaufania przez instytucję akredytującą, że jednostka akredytowana świadczy usługi na poziomie, określonym wymogami standardów akredytacyjnych.

Cechy większości programów akredytacyjnych:

Dobrowolność: zgłoszenie woli poprawy funkcjonowania jest dobrowolne (choć akredytacja jest mandatorystyczna np. we Francji).

Niezależność i autonomia decyzji akredytacyjnych: ocena jest oparta na znanych opublikowanych, multidyscyplinarnych standardach akredytacyjnych, a decyzje przyznania lub odmowy akredytacji podejmowane są zazwyczaj przez autonomiczne organy decyzyjne.

Standardy powinny spełniać określone kryteria: istotność (dotyczą obszarów, mających istotny wpływ na jakość i bezpieczeństwo opieki), zrozu-

miałość, mierzalność i charakter edukacyjny (ukierunkowujący praktykę). Nieliczne standardy dotyczą struktury, znaczna ich większość odnosi się do procesu i wyniku opieki.

Przeгляд rówieśniczy (peer review): wizytatorzy akredytacyjni to praktykujący lekarze, pielęgniarki, administratorzy. Istotna jest wymiana doświadczeń, nakierowana na poprawę i edukację.

Cykliczność oceny: poprawa zakłada ciągłe doskonalenie, dlatego model akredytacji oparty jest na regularnie planowanych i cyklicznie przeprowadzanych przeglądach.

Samoocena: funkcjonuje w wielu programach. Służy do identyfikacji obszarów poprawy, określa poziom dostosowania do wymogów standardów akredytacyjnych. Użyteczna w fazie przygotowawczej.

Zgodność z procedurą akredytacyjną: ustalona i jawna, która określa tryb zgłoszenia, zasady przygotowania do przeglądu, przebieg wizytacji, kryteria oceny, metodologię procesu decyzyjnego w zakresie przyznawania lub odmowy akredytacji dla szpitali.

Zauważa się globalną tendencję wzrostu liczby programów akredytacyjnych: najbardziej dojrzały system funkcjonuje w USA, Kanadzie i Australii. Akredytację wprowadzono też w krajach Ameryki Południowej, bogatych krajach arabskich, w Japonii, na Tajwanie i w Indiach – obszarach gwałtownie rozwijającego się przemysłu turystyki medycznej. W Europie pierwsze programy akredytacyjne powstały w Wielkiej Brytanii (King's Fund i CASPE) oraz w hiszpańskiej Katalonii na początku lat 90. W Europie akredytacja jest najbardziej rozpowszechniona we Francji i Danii, gdzie są to systemy obowiązkowe.

W 2009 roku przy European Society for Quality in Healthcare (www.esqh.net) powstał European Accreditation Network (EAN), który zrzesza pro-

gramy akredytacyjne w Europie. Prowadzona jest też akredytacja międzynarodowa z uwzględnieniem regionalnej i kulturowej specyfiki, głównie przez Międzynarodową Komisję Wspólną (Joint Commission International – JCI), która powołała regionalne Komitety Konsultacyjne, tzw. Regional Advisory Councils na całym świecie. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia uczestniczyło w wypracowaniu pierwszej edycji standardów JCI dla Europy i jest członkiem Europejskiego Komitetu Doradczego JCI. Akredytację międzynarodową prowadzi też australijskie ACHS, Kanada, Niemcy, DNVHC USA, TJC Tajwan, RPA.

W większości krajów akredytacja jest elementem strategii polityki zdrowotnej – tak jest i w Polsce. Od 2009 roku akredytacja jest prowadzona na podstawie Ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 Nr 76, poz. 641). Zasady procedury akredytacyjnej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokość opłat za jej przeprowadzenie (Dz.U. Nr 150, poz. 1216). Akredytacji udziela Minister Zdrowia, w oparciu o rekomendację Rady Akredytacyjnej, w skład której wchodzi obecnie przedstawiciele: Ministra Zdrowia, Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Pomoćników, Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Naczelnej Izby Aptekarskiej, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Towarzystwa Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej w Polsce, Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Rekomendacja Rady jest wydawana po zapoznaniu się z dokumentami przedstawionymi przez Ośrodek Akredytacyjny – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, który przeprowadza przegląd jednostki pod kątem spełniania standardów akredytacyjnych. Minister Zdrowia może udzielić akredytacji na okres 3 lat lub odmówić udzielenia akredytacji. Akredytacja przyznawana



jest po uzyskaniu co najmniej 75% możliwej do uzyskania punktacji; wynik poniżej 75% skutkuje odmową przyznania akredytacji. Do wiadomości publicznej podawane są jedynie decyzje pozytywne.

Akredytacja wiąże się bezpośrednio z redukowaniem ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i wzrostem bezpieczeństwa opieki nad pacjentem. Jednak pełne korzyści z wprowadzenia systemu uzyskają tylko te szpitale, które świadomie przeprojektują funkcjonowanie, dostosowując je do standardów jakości i bezpieczeństwa opieki (standardów akredytacyjnych) z pełnym zrozumieniem dobra pacjenta i szacunku dla wykonywanej przez siebie pracy.

Akredytacja opieki szpitalnej wpisuje się w aktualną politykę Unii Europejskiej, nakierowaną na bezpieczeństwo pacjentów oraz wdrażanie modeli opieki, które wysoce akcentują włączenie pacjentów w procesy diagnostyczno-terapeutyczne. Stuzi temu wzorzec oparty na „good practice” zawarty w standardach akredytacyjnych.

Akredytacja, w odróżnieniu od innych form oceny, koncentruje się na poszczególnych obszarach działalności szpitala, ma charakter kompleksowy i dotyczy ogółu funkcjonowania szpitala poprzez ocenę licznych, wysoce zintegrowanych i wzajemnie na siebie oddziałujących mikrosystemów. Wynika z tego brak możliwości akredytowania poszczególnych oddziałów, np. hemodynamiki lub typu usług, np. chirurgii bariatrycznej.

Akredytacja oznacza przyjmowanie nowych modeli postaw i zachowań oraz schematów działania, co implikuje konieczność zmiany lub negacji dotychczas obowiązujących zachowań, przyzwyczajzeń i tradycyjnych rozwiązań.

(źródło powyższych informacji: www.cmj.org.pl)

Nasz Szpital od 13 lat systematycznie poddawany jest zewnętrznej ocenie jakości prowadzonej przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Pierwsza ocena przeprowadzona była w 2003 r., natomiast kolejne w odstępach 3-letnich. Ocena dokonywana jest na wniosek szpitala w oparciu o wymagania standardów – „Program akredytacji szpitali”, Kraków 2009 r. Standardy w liczbie 224, pogrupowane są w działach obejmujących swoim zasięgiem wszystkie obszary

funkcjonowania szpitala mające wpływ na jakość opieki.

Działy standardów: Ciągłość Opieki, Ocena Stanu Pacjenta, Opieka nad Pacjentem, Zabiegi i Znieczulenia, Prawa Pacjenta, Farmakoterapia, w tym leczenie krwią i preparatami krwiopochodnymi, Odżywianie Pacjentów, Kontrola Zakażeń, Laboratorium, Diagnostyka Obrazowa, Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, Środowisko Opieki, Zarządzanie Informacją, Zarządzanie Ogólne, Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Opieki.

Standardy stanowią wymagania, które szpital musi spełnić. W tym celu został opracowany Program Poprawy Jakości dla naszego szpitala. Program zakłada stały nadzór i aktualizację procedur wcześniej wdrożonych, sprawdzenie ich adekwatności i spójności z wymaganiami prawnymi, odnoszącymi się do prowadzonej działalności, zidentyfikowanie obszarów wymagających poprawy, opracowanie niezbędnych procedur i instrukcji. Program zawiera zadania do realizacji i osoby odpowiedzialne za ich realizację. Bardzo ważną rolę w systemie zarządzania jakością odgrywają zespoły i komitety powołane m.in. do opracowywania wytycznych merytorycznych oraz monitorowania i analizowania wskaźników jakości, tj.: Komitet ds. jakości, Komitet ds. zakażeń, Zespół ds. zakażeń szpitalnych, Zespół ds. analizy zgonów, Zespół ds. sprawdzania poprawności dokumentacji medycznej, Zespół ds. monitorowania listy oczekujących na świadczenia medyczne, Komitet transfuzjologiczny, Komitet terapeutyczny.

Niezależnie od zespołów problemowych funkcjonuje zespół auditorów wewnętrznych systemu zarządzania jakością, powołanych spośród pracowników szpitala. Zadaniem auditorów było sprawdzenie czy procedury i przyjęte rozwiązania organizacyjne zostały zastosowane w praktyce, czyli czy wszyscy pracownicy znają ich treść i stosują je w codziennej pracy.

W dniach 27-29 stycznia br., gościliśmy zespół wizytatorów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Wizyta przebiegała według ustalonego harmonogramu. Wizytatorzy dokonali przeglądu i oceny dokumentacji zarządczej szpitala oraz dokumentacji medycznej, a następnie wzywali poszczególne oddziały, działy diagnostyczne, aptekę, archiwum medyczne, kadry, zaplecze eksploatacyjno – techniczne. Pobyt w oddziałach składał się z dwóch części, a mianowicie z obserwacji oraz rozmowy z kie-

rownictwem, lekarzami, pielęgniarkami, technikami, sekretarkami, pracownikami odpowiedzialnymi za utrzymanie czystości. Rozmowy dotyczyły spełnienia wszystkich standardów począwszy od wiedzy merytorycznej poprzez wiedzę organizacyjną do postępowania w przypadku pożaru czy katastrofy. Swoją udział mieli również pacjenci, którzy zostali poproszeni o opinię dotyczącą poszanowania przez szpital praw pacjenta. Ponadto przedstawiciele wyżej wymienionych zespołów i komitetów zostali poproszeni o przedstawienie wyników monitorowania i analiz wybranych wskaźników tj. wskaźniki związane z profilaktyką i leczeniem zakażeń, nadzorem nad farmakoterapią i monitorowaniem interakcji lekowych, badaniem satysfakcji pacjentów, nadzorem nad dokumentacją medyczną, przyczynami zgonów, przebiegiem znieczuleń, oceną skuteczności resuscytacji, analizą przyczyn odmowy hospitalizacji, przedłużonych hospitalizacji, reoperacji i rehospitalizacji oraz zdarzeń niepożądanych.

Druga część wizyty w oddziale koncentrowała się na zastosowaniu wymagań standardów w leczeniu, pielęgowaniu, dokumentowaniu przebiegu diagnostyki, leczenia, pielęgowania i rehabilitacji, zapewnieniu odpowiedniej i sprawnej aparatury medycznej, dostępności leków, wyposażenia technicznego. Ocenie podlegały zapisy w wybranych losowo historiach choroby pacjentów leczonych w szpitalu w okresie ostatnich 3 lat. Decyzja Rady Akredytacyjnej jest dla nas pozytywna.

Obecnie w Polsce funkcjonuje ok. 700 szpitali, z których zaledwie 235 posiada status szpitala akredytowanego.

Szpital otrzymał raport z oceny szpitala zawierający wynik stopnia spełnienia standardów wraz z uzasadnieniem. Wynik 89% spełnienia standardów jest bardzo dobrym wynikiem pozwalającym na używanie zaszczytnego tytułu szpitala akredytowanego, ale daje nam również informację, że nadal należy pracować na rzecz bezpieczeństwa i poprawy jakości opieki nad pacjentami.

Wszystkim Państwu bardzo dziękuję za zaangażowanie i zapraszam do dalszej pracy na rzecz doskonalenia jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów w szpitalu.

Hanna Taraszkiewicz
Z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa
Pełnomocnik dyrektora ds. jakości





Wymiana doświadczeń

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie ze szpitalami w Finlandii

W dniach 13-15 września 2015r. odbyła się międzynarodowa wymiana doświadczeń pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego oraz pracowników szpitali fińskich. Wizyta została zorganizowana dzięki uprzejmości i zaproszeniom skierowanym przez dyrekcję Centralnego Szpitala w Pori. Miejscem wizyty był Centralny Szpital w Pori oraz Szpital Uniwersytecki w Turku.

Hanna Taraszkiwicz: Szpital w Pori to szpital regionalny, który posiada wielospecjalistyczne oddziały z zakresu podożnictwa, pediatrii, specjalności zachowawczych, zabiegowych i psychiatrycznych. Szpital realizuje również opiekę ambulatoryjną. Posiada około 450 łóżek. Usytuowany jest w kilku budynkach zajmując ogromną powierzchnię, ale doskonale skomunikowaną systemem połączeń na różnych poziomach. Duże odległości powodują, że personel używa do przemieszczania się, dla nas zaskakujących środków komunikacji, a mianowicie hulajnogi z napędem akumulatorowym lub bez napędu. W szpitalu zatrudnionych jest około 3 tysięcy pracowników, natomiast struktura zatrudnienia jest odmienna niż w szpitalach polskich. Bardzo duży

W wizycie uczestniczyli ze strony naszego szpitala:

- Dariusz Onichimowski – lekarz naczelny, ordynator oddziału klinicznego anestezjologii i intensywnej terapii
- Hanna Taraszkiwicz – z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa, pełnomocnik ds. jakości
- Ewa Pietrusińska – specjalista z zakresu pielęgniarstwa epidemiologicznego, członek zespołu kontroli zakażeń szpitalnych
- Elżbieta Butkiewicz – pielęgniarka oddziału kardiologicznego, przewodnicząca Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
- Magdalena Kulas – pielęgniarka oddziałowa oddziału klinicznego anestezjologii i intensywnej terapii
- Michał Ustyjańczyk – informatyk

Ze strony szpitali fińskich uczestniczyli:

- dyrektor szpitala
- dyrektor administracyjny
- pielęgniarka kierująca opieką pielęgniarstwa
- lekarze kierujący opieką lekarską w oddziale intensywnej terapii szpitala w Pori oraz w Turku
- lekarze kierujący opieką anestezjologiczną
- lekarz epidemiolog szpitala
- lekarz kierujący opieką w oddziale z wykorzystaniem hiperbarii

Celem spotkania była wymiana doświadczeń w obszarach:

- organizacja opieki pielęgniarstwa i lekarskiej w szpitalu,
- organizacja opieki pielęgniarstwa i lekarskiej w obszarze intensywnej terapii i anestezjologii,
- organizacja i wyposażenie stanowisk pracy,
- zarządzanie jakością ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki zakażeń,
- informatyzacja szpitala ze szczególnym uwzględnieniem prowadzenia dokumentacji w wersji elektronicznej,
- aspekty społeczne i socjalne pracowników szpitali.

procent zatrudnionych stanowią pielęgniarki. Należy jednak zaznaczyć, że podział zadań i odpowiedzialności jest inny. Pielęgniarki posiadają tam dużo większe uprawnienia i odpowiedzialność w procesie leczenia. Organizacja przygotowania, doskonalenia zawodowego i pracy pielęgniarek w ujęciu ogólnym różni się znacznie od organizacji w Polsce. Pielęgniarki przygotowywane są do wykonywania zawodu przez szkoły o 3,5 letnim okresie edukacji. Pracownik rozpoczynający pracę podlega procesowi adaptacji zawodowej trwającemu 6 tygodni. Pielęgniarka zobligowana jest do udziału w cyklicznych szkoleniach organizowanych przez szpital, zakończonych złożeniem egzaminu. Szkolenia specjalistyczne organizowane są w ramach szpitala i oddziału, odbywają się pod kontrolą pielęgniarek, które posiadają najwyższy poziom wiedzy i doświadczenia w tym zakresie. Kursy zakończone są egzaminem, natomiast wynik egzaminu warunkuje dopuszczenie lub niedopuszczenie do wykonania określonych zadań. Dużo uwagi poświęca się przygotowaniu pielęgniarek do podawania leków. Proces leczenia jest procesem zaplanowanym, leki wpisane są do karty zleceń przez lekarza, w systemie elektronicznym, wraz z dopuszczalnymi modyfikacjami dawki. Pielęgniarka realizuje cel terapeutyczny, do którego dąży wg przyjętych algorytmów. W tym celu ma prawo do zmieniania dawki leków, zlecenia badań, wzywania lekarzy konsultujących.

Istotny udział w leczeniu mają farmaceuci, którzy przygotowują indywidualne dawki leków dla pacjentów w aptece, która jest usytuowana w oddziale szpitalnym i służy dwóm sąsiadującym oddziałom.

Pielęgniarki pracują w systemie pracy zmianowej, rozkłady pracy przygotowywane są na okres 3 tygodni. Dzienny czas pracy jest planowany w granicach od 7,5 do 15 godzin na dobę z założeniem, że dyżury 15 godzinne mogą być nie więcej niż 3, w okresie 3 tygodni. Stanowiska pracy są bardzo dobrze wyposażone w sprzęt i aparaturę medyczną oraz sprzęt pomocniczy do pielęgnacji chorych np. podnośniki do przemieszczania chorych, ale też różne drobne elementy, które są zaskakująco proste jednak bardzo praktyczne. Bardzo interesujący jest system gromadzenia danych medycznych i statystycznych odnoszących się do działalności szpitala, wykorzystywanych między innymi do oceny efektywności leczenia.

Dariusz Onichimowski: Porównując szpitale fińskie z naszym szpitalem możemy powiedzieć, że nie ustępujemy w żaden sposób szpitalom fińskim jeżeli chodzi o wyposażenie, czy dostępność poszczególnych metod terapeutycznych. Czasami nawet wspomniane szpitale przewyższamy. To co nas zdecydowanie różni to organizacja pracy. Zatrudnienie lekarzy w stosunku do

szpitali w Polsce jest dużo mniejsze ze względu na fakt, że część ich obowiązków przejął personel pielęgniarski. W pracy lekarzy dużo większy udział mają czynności organizacyjno-konsultacyjne, a także sprawozdawczo - analityczne. Proces medyczny jest szczegółowo rejestrowany, następnie analizowany, a wyniki analiz wprowadzane do codziennej pracy np. przeanalizowano wyniki operacji krwawiących żyłaków przytętyku u alkoholików – śmiertelność w okresie 3-letnim wyniosła 100% - przestano wykonywać operacje tego typu. Niestety lekarze fińscy biją nas na głowę w zakresie przestrzegania przepisów wewnętrznych i procedur. Powoduje to, że praca w tamtejszych szpitalach przebiega dużo spokojniej i wydawałoby się leniwiej przy podobnym obciążeniu jeżeli chodzi o wielkość obsługiwanej populacji. Dużo bardziej wykorzystywany jest elektroniczny system przekazu informacji, co ułatwia pracę i znacznie ją przyspiesza, ale faktem jest, że wszyscy z niego ob-

na jedno stanowisko pracy intensywnej terapii wynosi 1:1 czyli jedna pielęgniarka odpowiada za jednego pacjenta. Liczba pielęgniarek ulega jednak zmianie w zależności od pory dnia, tj. w oddziale intensywnej terapii z 6 łóżkami od godziny 7:00 do 14:00 liczba pielęgniarek wynosi 6, po południu od godziny 14:00 do 7:00 rano opiekę nad pacjentami sprawuje 5 pielęgniarek. Przy każdym stanowisku intensywnej terapii znajduje się stacja komputerowa, która zachowuje i przetwarza dane pacjenta. Lekarz z pielęgniarką ustalają wspólnie zlecenia, planując cały harmonogram dnia, uwzględniając procedury medyczne i pielęgniarskie. Zlecenia lekarskie polegają na wyznaczeniu celu np. lekarz wpisuje do zlecenia, że bilans płynów do rana ma wynosić – 1000 ml natomiast pielęgniarka decyduje o działaniach, które należy podjąć, aby ten cel uzyskać. Oddział intensywnej terapii w szpitalach fińskich dysponuje dużymi powierzchniami przeznaczonymi na magazyny do gromadzenia sprzętu



ligatoryjnie korzystają. Dla przykładu zgodność planu operacyjnego, stworzonego elektronicznie w zestawieniu z wykonaniem przekracza 90%. Podsumowując w zakresie nowoczesności wykonywanych procedur medycznych, jak i ich jakości nasz szpital na pewno nie ustępuje wizytowanym szpitalom, czasem nawet je przewyższa. Niestety w zakresie organizacji pracy wiele od Finów możemy się jeszcze nauczyć.

Magdalena Kulas: Praca pielęgniarki w oddziale intensywnej terapii w Finlandii różni się od pracy pielęgniarki w naszym szpitalu i w Polsce. Różnice dotyczą przede wszystkim ilości zatrudnionych pielęgniarek na jedno stanowisko pracy Intensywnej terapii oraz określonych zadań jakie pielęgniarki wykonują. Liczba pielęgniarek

i aparatury medycznej. Wszystko ma swoje miejsce, panuje ład i porządek. W oddziale zatrudnieni są technicy sprzętowi, którzy są odpowiedzialni za sprzęt medyczny. Aparatura medyczna w Finlandii niczym nie różni się od naszej. Korzystamy z takich samych respiratorów, maszyn dializacyjnych, także jeśli chodzi o wyposażenie oddziału niczym się ono nie różni od wyposażenia w oddziałach odwiedzanego szpitala.

W Finlandii bardzo dobrze rozwiązana jest opieka nad pacjentami, którzy już nie potrzebują intensywnej opieki. Funkcjonuje tam oddział tzw. STEP DOWN. Jest to oddział pośredni między oddziałem intensywnej terapii a oddziałem macierzystym, z którego trafił pacjent. Do oddziału Step Down trafiają pacjenci, którzy nie wymagają terapii z użyciem respiratora, czy istotnych po-

daży amin katecholowych.

Ewa Pietrusińska: Finlandia w szczególności sposób zwraca uwagę na profilaktykę zakażeń. Wyglądem, organizacją i funkcjonalnością przypomina warunki polskie, jednak wysoki poziom higieny widać już od wejścia, drzwi na fotokomórkę, wszędzie czysto i lśniący. Obowiązuje codzienna zmiana odzieży roboczej i dotyczy wszystkich pracowników szpitala i wszystkich elementów odzieży, włącznie ze skarpetkami. Używane fartuchy robocze mają wyłączone krótkie rękawy. Strój po dniu pracy każdorazowo przekazywany jest do pralni. Co ciekawe, odzież nie jest przypisana imiennie do pracownika.

Wnikliwa obserwacja, prowadzona przez naszą delegację, potwierdziła szczególne przestrzeganie i przywiązanie wagi do higieny rąk w tym zakazu noszenia biżuterii oraz stosowania lakieru na paznokciach.

Urządzenia dozujące antyseptyki są prostymi

może opuścić izolatki bez istotnych powodów. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych pracuje w systemie konsultanckim. Pełni funkcję doradczą i nadzorczą. Zespół przeprowadza audyty w zakresie przestrzegania przyjętych standardów higienicznych, np. przestrzegania zasad epidemiologicznych na stanowisku pracy, dezynfekcji rąk, dezynfekcji powierzchni, pobierania materiału do badań laboratoryjnych, itp. Na tej podstawie Zespół opracowuje raport z wnioskami i zaleceniami.

Obowiązujące definicje oraz kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych porównywalne są do kryteriów przyjętych w Polsce, opracowane są na podstawie definicji ECDC.

Nasze obserwacje utwierdziły nas w tym, że mamy dobrze zorganizowany system kontroli zakażeń szpitalnych, od nadzoru do statystyki. Natomiast pewne rozwiązania techniczne i lokalowe, którymi dysponują szpitale w Finlandii sprzyjają lepszemu ochronie przed rozprzestrze-



urządzeniami, łatwymi do mycia i dezynfekcji z wymiennymi oryginalnymi pojemnikami. Dozowniki z płynem do dezynfekcji są wszędzie – przy umywalkach, na korytarzach, w salach chorych, obok windy, na stolikach zabiegowych. Jeszcze większe uznanie budzi fakt powszechnego korzystania z tych dozowników. W ramach profilaktyki, każdy nowo przyjęty pacjent otrzymuje białą szpitalną (która jest codziennie wymieniana) i środki czystości (mydło, szczoteczkę i pastę do zębów). W przypadku przyjęcia pacjenta z innego ośrodka lub przyjęcia pacjenta, u którego istnieje problem epidemiologiczny, poddaje się go izolacji prewencyjnej. Izolatki posiadają służę wejściową i służę wyjściową, w której personel obowiązany jest do zmiany odzieży. Pracownik medyczny opiekujący się pacjentem nie

nianiem się zakażeń.

Nadzór nad polityką antybiotykową w szpitalach fińskich sprawowany jest poprzez okresową kontrolę zużycia antybiotyków w oparciu o europejskie badania punktowe zakażeń szpitalnych (PPS) zgodnie z systemem ECDC oraz konsultacje epidemiologiczne. Wskaźnik wykrytych zakażeń plasuje się na poziomie 8%. Według dyrekcji wizytowanego szpitala wynik ten świadczy o bardzo czutej i wnikliwej identyfikacji zakażeń, a nie o problemach związanych z higieną.

Michał Ustyjańczuk: Wyjazd do Finlandii był bardzo interesującym doświadczeniem. Widząc jak pod względem informatycznym działają tamtejsze placówki, mogłem porównać je z naszym szpitalem. Placówki medyczne odwiedzone w

Pori oraz Turku pod względem informatycznym są obsługiwane przez firmę zewnętrzną, tą samą która dostarczyła im oprogramowanie. Szpitalny program komputerowy ma charakter ogólnokrajowy. Historie choroby pacjentów, można odczytywać w innych szpitalach, które posiadają oprogramowanie tej samej firmy. Cała baza danych jest przechowywana poza szpitalem na serwerach firmy dostarczającej aplikację. Jedyną kopią magazynowaną w szpitalu to zdjęcia PACS. Dzieje się tak ze względu na ich zbyt dużą wielkość. Pracownicy przy odejściu od komputera są przyzwyczajeni do wylogowywania się, by nikt inny nie pracował na ich kontaktach.

Elżbieta Butkiewicz: Według relacji dyrektora Szpitala w Porii, pracownicy medyczni mają możliwość zrzeszania się w branżowych organizacjach związkowych. Mogą wyrażać swoje opinie w formie pisemnej, zrzeszeń protestacyjnych, natomiast nie korzystają z formy drastycznej w postaci zaprzestania udzielania świadczeń medycznych. Podczas naszej wizyty trwała akcja protestacyjna skierowana przeciwko administracji rządowej, jako wyraz niezadowolenia z propozycji skrócenia wymiaru płatnych dni urlopowych. Akcja ta polegała na oplakatowaniu miejsc pracy, natomiast wg interpretacji dyrektora placówki należało ją potraktować jako zaproszenie stron do ogólnokrajowej debaty.

Pracownicy z długim stażem pracy mają prawo do skorzystania z dodatkowego, płatnego urlopu. Matki wychowujące dzieci mają prawo do skorzystania z płatnego urlopu wychowawczego. Pracownicy mają możliwość elastycznego czasu pracy polegającego na doborze godzinowego trwania dyżuru, stosownie do oczekiwań własnych i potrzeb szpitala, począwszy od 7,5 do 15 godzin na dobę, co sobie wysoko cenią.

Hanna Taraszkiewicz: Wizyta przebiegała w bardzo merytorycznej i przyjemnej atmosferze. Uczestnicy mieli możliwość zapoznania się z powyższymi zagadnieniami oraz z tym co jest bardzo istotne, a mianowicie organizacją stanowisk pracy i bieżącym funkcjonowaniem oddziałów szpitalnych.

Dzięki uprzejmości doktora Jana Adamskiego-ordynatora oddziału intensywnej opieki szpitala w Pori i perfekcyjnemu przygotowaniu kierownictwa wizytowanych szpitali, mieliśmy możliwość wzbogacenia wiedzy oraz dokonania porównań wyposażenia, zabezpieczenia kadrowego, monitorowania efektów leczenia oraz gromadzenia i analizowania danych wykorzystywanych do doskonalenia jakości opieki.

Z całą pewnością wiele z rozwiązań organizacyjnych, jak i technicznych będziemy próbować implantować w naszym szpitalu.

Rewizyta z zaprzyjaźnionych szpitali przewidziana jest w 2016 r.

SZPITAL PRZED NOWYMI WYZWANIAMAMI

Kolejny okres wyjątkowej pracy za nami i kolejne zadania przed nami, a to za sprawą wyzwań, zawartych w strategii rozwoju szpitala na lata 2016-2020, które wytyczyliśmy sobie na najbliższe kilka lat.



Strategia rozwoju, bo o niej mówimy jest długofalowym planem działania, określa misję, wizję i cele rozwoju wraz ze sposobami ich osiągnięcia oraz warunkami realizacji.

Misja „Pacjent przede wszystkim” wyznacza kierunek dalszych, zaplanowanych w niniejszej strategii działań. Naszą wizją natomiast jest bycie wiodącym ośrodkiem medycznym w regionie Warmii i Mazur świadczącym usługi dla

wszystkich potrzebujących oraz szpitalem:

- Profesjonalnym – z kompetentnym personelem
- Niezawodnym – otwartym na pacjentów (potrafiącym sprostać wymaganiom)
- Przyjaznym – z dobrą atmosferą
- Bezpiecznym – dla pacjentów i pracowników

- Nowoczesnym – z nowymi technologiami medycznymi i organizacyjnymi
- Innowacyjnym – przekształcającym istniejące możliwości w nowe idee i wprowadzenie ich do praktycznego zastosowania
- Kreatywnym – łączącym wiedzę i doświadczenie na potrzeby pacjentów
- Elastycznym – przewidującym i reagującym na zmiany w otoczeniu oraz wewnątrz organizacji
- Wpływającym na otoczenie- silnym wewnątrznie z wypracowaną pozycją na rynku
- Certyfikowanym – spełniającym wszelkie normy i standardy jakościowe

Cel główny

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie jest szpitalem profesjonalnym, interdyscyplinarnym, bezpiecznym i przyjaznym dla pacjentów i pracowników.

Cele strategiczne

1. Utrzymanie i wzmacnianie potencjału kadrowego Szpitala
2. Budowanie procesu kompleksowego leczenia pacjentów
3. Zapewnienie bezpiecznej infrastruktury na najwyższym możliwym poziomie
4. Poprawa jakości opieki, bezpieczeństwa pacjentów i pracowników
5. Dostarczenie rzetelnej informacji o sytuacji finansowo-ekonomicznej szpitala niezbędnej do podejmowania decyzji
6. Rozwój Szpitala na rynku usług medycznych

Nasza wizja doskonałości organizacyjnej i przywództwo opiera się na kilku podzielanych przez nas wartościach. Dążymy do tego aby oferować usługi medyczne nacechowane współczuciem/empatią oraz traktować wszystkich z godnością i respektem.

Wartości za którymi się opowiadamy to:

- **Etyka organizacji:** kierujemy się war-

tościami etycznymi, które podkreślają, uczciwość, sprawiedliwość, zrozumienie, godność i szacunek dla drugiej osoby

- **Usługi zorientowane na pacjenta:** we wszystkich naszych działaniach kierujemy się potrzebami pacjenta, budujemy efektywne i oparte na osobistych relacjach porozumienie na wszystkich etapach leczenia i pielęgnowania
- **Zasoby ludzkie:** wspieramy profesjonalny i indywidualny rozwój naszych pracowników w ich dążeniu do realizacji misji szpitala
- **Ciągłe uczenie się i doskonalenie:** wspieramy wszystkie programy w zakresie edukacji i badań zorientowane na pozyskiwanie wiedzy i zwiększenia umiejętności, które są cenne tak dla organizacji jak i społeczności lokalnej
- **Wybitne osiągnięcia:** dążymy do uzyskania wybitnych efektów we wszystkim, czego się podejmujemy w celu utrzymania medycznej/klinicznej, organizacyjnej i finansowej siły naszego szpitala, jesteśmy lojalni i zaangażowani
- **Komunikacja:** dokładamy starań, aby pozyskać i zrozumieć informacje oraz dzielić się nimi w sposób czytelny i efektywny
- **Dobre relacje:** rozwijamy i umacniamy relacje partnerskie ze wszystkimi naszymi klientami, włączając w to naszych pacjentów, ich rodziny, naszych partnerów biznesowych
- **Różnice:** dostrzegamy i respektujemy różnice występujące między ludźmi oraz przedstawiamy ich filozofie w naszych deklaracjach i działaniach, jesteśmy otwarci i życzliwi
- **Otoczenie:** budujemy porozumienia, które będą służyły społeczności lokalnej i jako organizacja publicznego zaufania, zapewniamy godną opiekę wszystkim pacjentom bez względu na ich możliwości płacenia za usługi.

Pani Irena Kierzkowska-Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, zarządzeniem wewnętrznym powołała 38-osobowy zespół ds. opracowania strategii rozwoju szpitala, koordynowany przez dr n. ekon. Elżbietę Majchrzak-Kłokocką, kierownika Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji. Zespół podzielono na kilka tematycznych grup (tabela 1), które zgodnie z założeniami pracowały nad poszczególnymi zagadnieniami.

Wszystkie spotkania zespołu poprzedzały teoretyczne wprowadzenia dotyczące metodologii budowania strategii, a następnie liderzy grup

prezentowali dane statystyczne szpitala oraz otoczenia organizacji, które były przyczynkiem do dyskusji. Początkiem naszej pracy były rozważania na temat przyszłości szpitala czyli wspólnie wyobrażaliśmy sobie szpital za kilka lat, jakim chcielibyśmy go widzieć i jaką rolę miałby pełnić w regionie. Wspólnie tworzyliśmy wizję naszego szpitala. Kolejnym krokiem były spotkania liderów grup i członków dyrekcji szpitala, którzy określali najistotniejsze czynniki dla rozwoju szpitala, określali macierze wyborów strategicznych. Wybór strategii zależał od siły powiązań między grupami czynników SWOT/TOWS.

Ostatnim i najważniejszym działaniem zespołu było wytyczenie celów i działań, opracowanie harmonogramu realizacji działań, co okazało się jednym z trudniejszych zadań. Efektem wspólnej pracy jest dokument Strategia rozwoju szpitala na lata 2016-2020.

Analiza SWOT/TOWS wykazała, iż strategia dla wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie jest strategią konserwatywną (maxi-mini). Strategia ta polega na minimalizowaniu negatywnego wpływu otoczenia przez maksymalne i zarazem aktywne wykorzystanie potencjału tkwiącego w organizacji (Obtój, 2007, s.338).

Chcielibyśmy, aby strategia była dokumentem żywym, podlegającym stałemu doskonaleniu, dlatego zachęcam Państwa do zapoznania się z jego treścią (strona internetowa wewnętrzna szpitala) oraz podjęcia dyskusji o jej przyszłym kształcie i wyzwaniach.

Cały dokument do wglądu u z-ców dyrektorów oraz w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.

dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

Obszar	Zakres	Grupy tematyczne
Otoczenie dalsze (grupa EMK)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analiza demograficzna 2. Analiza epidemiologiczna 3. Analiza gospodarcza 4. Analiza 5 sił Portera 5. Analiza PEST. 	Lider: Elżbieta Majchrzak-Kłokocka <ol style="list-style-type: none"> 1. Wiesława Bednarek 2. Jolanta Szelkowska 3. Alicja Biernacka 4. Radostaw Kowalski 5. Stanisława Masłowska 6. Joanna Mikulewicz
Otoczenie bliższe (grupa DO)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analiza rynku, analiza konkurencji 2. Analiza udziałowców 	Lider: Dariusz Onichimowski <ol style="list-style-type: none"> 1. Michał Żurek 2. Katarzyna Szychulska -Topa 3. Mateusz Mistera 4. Bożena Struczevska-Czajkowska 5. Marek Gadkowski
Działalność kliniczna (grupa JG)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wielkość i struktura zatrudnienia oraz liczba udzielanych świadczeń medycznych w podziale na komórki organizacyjne 2. Portfel usług 	Lider: Jerzy Górny <ol style="list-style-type: none"> 1. Beata Jastrzębowska 2. Dorota Rąkowska 3. Maria Kowalska 4. Beata Wojstaw 5. Elżbieta Butkiewicz 6. Gabriela Rudzińska 7. Beata Drozdowska
Warunki infrastruktury (grupa HK)	Infrastruktura szpitalna i aparatura medyczna w podziale na komórki działalności medycznej.	Lider: Henryk Krzyżak <ol style="list-style-type: none"> 1. Grzegorz Olszewski 2. Rafat Kur 3. Katarzyna Oniszcuk-Bączkiewicz 4. Marek Zawisza 5. Grzegorz Wasilewski
Jakość (grupa HT)	System jakości, zakażenia szpitalne, analiza satysfakcji pacjentów, działania marketingowe.	Lider: Hanna Taraszkiwicz <ol style="list-style-type: none"> 1. Magdalena Kulas 2. Ewa Pietrusińska 3. Katarzyna Grabowska 4. Przemysław Prais 5. Beata Binek
Działalność pomocnicza. Finanse (grupa MD)	Działalność pomocnicza i struktury organizacyjne zakładu (organizacja i koszty). Analiza finansowa: zakład jako całość oraz w podziale na komórki. Przychody, koszty.	Lider: Michał Danowski <ol style="list-style-type: none"> 1. Joanna Kozłowska 2. Rafat Laszczak 3. Elżbieta Kubit 4. Maria Wiśniewska

ĆWICZENIE CZYNI MISTRZA

Olsztyńskiej transplantologii życzą większej liczby przeszczepów. Bo im więcej się robi przeszczepów, tym więcej nabiera się doświadczenia – mówi prof. Magdalena Durlik, kierownik Kliniki Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus, prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego.

Prof. Magdalena Durlik 3.12.2015 r. uczestniczyła w spotkaniu nefrologów i transplantologów w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, na którym przedstawiła prezentację pt.: „Wybrane problemy kwalifikacji pacjentów do zabiegu przeszczepienia nerki”

placi się takie same pieniądze za przeszczepianie, a są województwa, gdzie mamy 30 dawców na milion mieszkańców, ale i takie, gdzie jest ich zaledwie siedmiu czy dziewięciu, czyli bardzo mało. Średnia ogólnopolska to 15 dawców na milion mieszkańców. Ogromną rolę odgrywa aktyw-

tokrzyskie, podkarpackie, no i lubuskie, które jest bardzo małe. Ale tam też, podobnie jak w Olsztynie powstają uczelnie medyczne, więc myślę, że też będą tam powstawać ośrodki transplantacyjne.

Jak Pani ocenia młoda olsztyńską transplantologię na tle innych ośrodków w Polsce?

- Narządów do przeszczepienia bardzo brakuje. Stąd każdy ośrodek transplantacyjny, który wykonuje takie zabiegi jest korzyścią dla pacjentów, bo więcej osób otrzymuje przeszczep danego narządu. Nie twierdę, że w każdym województwie musi być kilka ośrodków transplantacyjnych. Wystarczy jeden, ale dobry, wykonujący powyżej 20 przeszczepów nerek rocznie. W Olsztynie ta liczba przekracza 30 i byłoby dobrze, gdyby dalej wzrosła. Bardzo się cieszę, że do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przyszedł dr Leszek Adadyński. I jest tu na stałe, a nie tylko dojeżdża. Ważne też, że jest to doświadczony transplantolog, doświadczony chirurg, który całe lata wykonywał zabiegi przeszczepienia nerki, więc świetnie sobie z tym radzi. Transplantologia nie należy do medycyny podstawowej, ale wymaga wysokospecjalistycznego ośrodka, zaplecza dobrego szpitala.

Oprócz wykonywania samego zabiegu przeszczepienia ważna jest aktywność w pozyskiwaniu dawców. Ośrodek transplantacyjny musi więc nawiązać współpracę, także edukacyjną ze szpitalami w regionie, w których są dawcy. Czynniki ludzki jest bardzo ważny. Bo przecież w całej Polsce obowiązuje ta sama ustawa transplantacyjna,

ność i umiejętność nawiązania współpracy ze szpitalami, w których powinni działać koordynatorzy transplantacyjni. W Polsce na 800 szpitali ma ich tylko około 450. Te osoby są szkolone w Studium Koordynatorów i te osoby mają znaleźć i zidentyfikować dawcę oraz załatwić liczne i skomplikowane procedury, które muszą być formalnie dopełnione.

Bardzo ważne, że w województwie warmińsko-mazurskim, gdzie była kiedyś biała plama prężnie działa ośrodek transplantologiczny. Zostały nam jeszcze tylko województwa świę-

Czyli byłaby pożądana współpraca między szpitalem i uczelnią medyczną?

Wiem, że w Szpitalu Wojewódzkim są kształceni studenci. W obecnych czasach student medycyny powinien zapoznać się z możliwościami przeszczepienia narządów. Ważne byłoby, żeby studenci zobaczyli chorego po przeszczepieniu. I myślę, że zobaczą, bo mają ćwiczenia u prof. Tomasza Stompóra, ordynatora Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych.

Czego by Pani życzyła olsztyńskiej transplantologii?

Przede wszystkim większej liczby przeszczepów, a w tym celu nawiązania współpracy z kilkoma większymi szpitalami. Wiem, że województwo warmińsko-mazurskie ma małą liczbę

mieszkańców, więc nie zakładam, że będzie to 150 nerek rocznie, ale może udałoby się osiągnąć 50. Bo im więcej się robi przeszczepów, tym więcej nabiera się doświadczenia. Obowiązuje zasada „ćwiczenie czyni mistrza” W ten sposób osiąga się tzw. efekt ośrodka. Musi to być co najmniej 20 przeszczepów rocznie. Jeśli nie będzie wykonywał większej liczby przeszczepów, nigdy nie osiągnie sukcesów i nie będzie się rozwijał.





Korzenie zespołu specjalistów, którzy w grudniu 1970 r. zaczęli pracować w Szpitalu Wojewódzkim sięgają stycznia 1946 r., kiedy w obecnym Szpitalu Miejskim powstała chirurgia. Jeden z dwóch oddziałów działających w tej placówce po prawie ćwierćwieczu przeniósł się na ul. Żołnierską tworząc oddział chirurgiczny w naszym Szpitalu. Tak

więc mamy podwójną rocznicę: 45 lat funkcjonowania w nowym budynku i 70 lat powojennej chirurgii w Olsztynie – mówi dr n. med. Piotr Malinowski, ordynator Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz Oddziału Klinicznego Chirurgii Naczyniowej.

Twórcą i pierwszym ordynatorem oddziału chirurgicznego w nowo wybudowanym Szpitalu Wojewódzkim był dr n. med. Mieczysław Szałkiewicz.

- Tak, to on wraz z zespołem lekarzy Oddziału Chirurgicznego Szpitala Mariackiego 1 grudnia 1970 r. przeszedł do nowo wybudowanego budynku Szpitala przy ul. Żołnierskiej. Właśnie w lecznicy przy ul. Mariańskiej, gdzie obecnie mieści się Miejski Szpital Zespolony 20 stycznia 1946 r. powstał pierwszy po wojnie oddział

chirurgiczny w Olsztynie. Przez wiele lat Szpital Mariacki był jednocześnie Szpitalem Wojewódzkim. Po kilku latach wyodrębniono dwa oddziały chirurgiczne. Kierownikiem jednego

PODWÓJNY JUBILEUSZ CHIRURGÓW

z nich został w 1960 roku dr Szałkiewicz. Ten właśnie zespół przeniósł się do szpitala przy ulicy Żołnierskiej, gdzie działa nieprzerwanie do dnia dzisiejszego. Do pierwszego oddziału chirurgicznego w Szpitalu Mariackim nawiązują też koledzy ze Szpitala Miejskiego. Podobnie lekarze pracujący w innych specjalistycznych oddziałach, które się z biegiem lat wyodrębniły z tego oddziału, czyli chirurdzy dziecięcy czy urologi.

Dr Mieczysław Szałkiewicz wielką wagę przykładał do zdobywania wiedzy i podnoszenia kwalifikacji. Sam się dokształcał i kształcił swoich uczniów i współpracowników. W 1970 r. uzyskał tytuł doktora nauk medycznych. Spośród Jego współpracowników siedem osób uzyskało tytuł doktora, jeden – doktora habilitowanego oraz 8 osób zostało ordynatorami oddziałów.

Zainicjował powołanie Oddziału Warmińsko-Mazurskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich. Był także jednym z pomysłodawców budowy nowego szpitala wojewódzkiego w Olsztynie. To jego zamiarem było powstawanie nowych oddziałów: Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Neurochirurgii oraz Torakochirurgii. Od lat sześćdziesią-

tych ubiegłego wieku szkolił się sam i kierował na szkolenia do Klinik Chirurgii Naczyniowej współpracowników, a następnie rozwijał tę dziedzinę w kierowanym przez siebie oddziale.

Następcą dr. Szałkiewicza został dr hab. Antoni Dutkiewicz.

- Dr Dutkiewicz kontynuował dzieło dr Mieczysława Szałkiewicza w trudnym okresie „transformacji ustrojowej”. Rozwijał chirurgię naczyniową, wprowadził technikę laparoskopową. Funkcjonował Pododdział Torakochirurgii prowadzony przez dr Aleksandra Stankiewicza, który obecnie kieruje oddziałem o takiej specjalizacji w Szpitalu Miejskim. W oparciu o nasz oddział powstał też Ośrodek Leczenia Żywnieniowego prowadzony przez dr Krystynę Urbanowicz, także chirurga. Działa on do tej pory, jako Ośrodek Żywnienia Klinicznego.



Praca pani doktor Urbanowicz umożliwiła postęp także w samej chirurgii. Pacjenci z zaburzeniami odżywienia przed laty umierali w przebiegu pooperacyjnym lub występowały u nich groźne dla życia powikłania. Teraz możemy ich leczyć z lepszymi wynikami i przy ograniczeniu liczby powikłań.

Z oddziału chirurgicznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym „wypączkowały” także inne specjalności medyczne.

- Tutaj powstawały nowe idee, i wychodzili stąd lekarze, którzy podejmowali nowe wyzwania. Poza wspomnianymi wyżej należy wspomnieć o transplantologii. Szpitalna przygoda z tą specjalnością zaczęła się w Oddziale Chirurgicz-

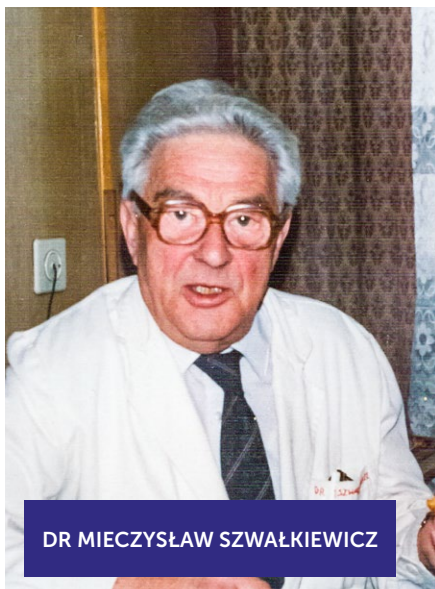
nym. To u nas pod koniec 2010 r. odbywały się pierwsze przeszczepy i u nas leżeli pacjenci po tych zabiegach. Do roku 2015 wykonano w Oddziale Chirurgii ponad 100 przeszczepień nerek. Było to zasługą dr Andrzeja Kobrynia oraz całego zespołu pielęgniarskiego i lekarskiego. W 2015 roku transplantologia usamodzielniała się, powstał nowy piękny Oddział Transplantologii i Chirurgii Ogólnej, którym kieruje dr Leszek Adadyński, ale wciąż ściśle ze sobą współpracujemy, a zespół tworzą chirurdzy, jak i pielęgniarki wywodzące się z naszego oddziału.

Zawsze zresztą chętnie współdziałamy z lekarzami innych specjalności i oddziałów. Wprowadzenie leczenia nerkozastępczego w nefrologii spowodowało konieczność wy-

twarzania dostępów do leczenia hemodializami oraz dializą otrzewnową. W dalszym ciągu jest to ważna część naszej pracy. Współpracujemy także z kardiologami. To chirurdzy wszczepiali pierwsze rozruszniki serca. Aktualnie zabiegi te wykonuje zespół specjalistów z kardiologii zabiegowej.

Zmienia się także sama chirurgia.

- W ostatnich kilkudziesięciu latach przeobraziła się bardzo mocno. Głównym rysem tego procesu jest dążenie do tego, żeby leczenie było mniej inwazyjne, powodowało mniejszy uraz, wiązało się z mniejszym ryzykiem, a także, aby czas pobytu w szpitalu stał się krótszy.



DR MIECZYŚLAW SZWAŁKIEWICZ



DR KRYSZYNA URBANOWICZ



DR PIOTR MALINOWSKI

W wyniku tego procesu wiele zabiegów jest wykonywanych metodami małoinwazyjnymi, w naszym przypadku wewnątrznaczyniowymi. To jest ogromna zmiana. W naszym szpitalu wielkie zasługi ma na tym polu pani dr n. med. Elżbieta Stefanowicz oraz aktualny kierownik Działu Diagnostyki Obrazowej dr n. med. Grzegorz Wasilewski wraz z zespołem.

Rozwój technik małoinwazyjnych umożliwił wdrożenie takich zabiegów, jak laparoskopowe usunięcie śledziony, nadnercza, nerki, jelita grubego i innych operacji, z których wiele zostało wykonanych w Olsztynie po raz pierwszy.

Nowy sposób naszej pracy nie byłby możliwy bez zmian w całym szpitalu. W ostatnich latach bardzo poprawiła się np. baza diagnostyczna. Kiedy zaczynałem pracę badania tomografem komputerowym były bardzo trudno dostępne. Teraz mamy dostęp do całego zakresu diagno-

Nowe oblicze zyskał także po modernizacji nasz oddział. Dzięki niej nasi pacjenci mają znacznie lepsze warunki pobytu. Oddział przed remontem nie spełniał warunków komfortowego pobytu chorych w trakcie leczenia. Aktualnie pacjenci ze wszystkich sal chorych mają bezpośredni dostęp do toalety i łazienki. Odcinek pooperacyjny wyposażono w sprzęt do monitorowania chorych, media, pompy infuzyjne etc. Lekarze, pielęgniarki oraz pracownicy administracyjni pracują w lepszym warunkach.

Od kilku lat pojawiają się na naszym oddziale młodzi ludzie w ubraniach medycznych. Najczęściej są to studenci kierunku lekarskiego, ale także pielęgniarstwa i ratownictwa. Powstanie Wydziału Nauk Medycznych na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim spowodowało, że staliśmy się Oddziałem Klinicznym, w którym odbywają się zajęcia dla studentów

le prawdziwą troskę i oddanie dla chorych. W naszym oddziale chory człowiek zawsze był najważniejszy, nawet wtedy, gdy nie istniało pojęcie misji szpitala. Ludzi uczestniczących w tej wspólnej walce, jaką niejednokrotnie jest dyżur na chirurgii łączą silniejsze więzi, niż tylko praca. To także duma, sukcesy, porażki, nieprzespane noce i prawdziwa przyjaźń. Trochę jak u weteranów wojskowych.

Jak widzi Pan przyszłość kierowanego przez siebie oddziału?

- Chcielibyśmy rozwijać chirurgię naczyniową, w tym dział zabiegów wewnątrznaczyniowych. Pomoże nam w tym powstanie sali hybrydowej, która ułatwi równoczesne wykonywanie zabiegów w technice otwartej i wewnątrznaczyniowej.

Kolejnym marzeniem jest powstanie podod-



OD LEWEJ: DR WOJCIECH BIEDAWSKI, DR ANTONI DUTKIEWICZ, DR TOMASZ PRZYBYSZEWSKI

styki obrazowej, z rezonansem magnetyczny, czy PET-em, a to bardzo ułatwia pracę. Kamieniem milowym jest także powstanie nowego bloku operacyjnego.



z chirurgii i chirurgii naczyniowej. W ten sposób zrealizowane zostało marzenie dr Szwatkiewicza o Akademii Medycznej w naszym szpitalu i naszym oddziale.

Pracuje Pan na chirurgii od 1993 r., a w grudniu 2006 r. został Pan ordynatorem tego oddziału. Jak w tym czasie kształtował się zespół?

- Od czasu mojego przyścia skład osobowy oddziału uległ dużym zmianom. Wiele osób zakończyło już swoją karierę zawodową. Niektórzy umarli pomimo młodego wieku, inni odeszli do innych miejsc pracy, kolejni przeszli na zastępną emeryturę. Z wszystkimi naszymi byłymi pracownikami staramy się utrzymywać kontakt. Jedną z okazji jest świętowanie jubileuszu oddziału. 9 stycznia 2016 r. spotkał się na wspólnej uroczystości. Był czas na wspomnienia, zadumę i wspólna zabawę. Myślę, że jest coś, co wszystkich nas łączy. Nasi poprzednicy zaszczepili w całym zespo-

działu chirurgii rekonstrukcyjnej wykorzystującej techniki mikrochirurgiczne. Nie chcielibyśmy także zaniedbać chirurgii ogólnej. Zamierzamy rozwijać niektóre działy: chirurgię endokrynologiczną, chirurgię onkologiczną. Ze względu na nasze doświadczenie naczyniowe jesteśmy przygotowani do wykonywania zabiegów, które nie są dostępne dla lekarzy innych oddziałów.

Liczę na to, że moi współpracownicy będą rozwijali swoje umiejętności i wiedzę, że będą także rozwijać się naukowo. Pragnąłbym, aby kolejne osoby osiągały tytuły naukowe i angażowały się w działalność dydaktyczną.

Chciałbym także żebyśmy zachowali ciągłość naszej pracy. Liczę na to, że uda się upamiętnić twórcę oddziału w obecnym kształcie - dr n. med. Mieczysława Szwatkiewicza. Byłby to piękny gest pamięci o naszych poprzednikach.

Przemysław Prais



ELEKTROFIZJOLOGIA W 2015 R.

45 lat Oddziału Kardiologicznego

Oddział Kardiologiczny i Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego jest pełno profilowym ośrodkiem odwoławczym w województwie warmińsko-mazurskim. Realizuje świadczenia z dziedziny kardiologii inwazyjnej i nieinwazyjnej w tym prowadzi 24-godzinny dyżur hemodynamiczny dla chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi. Najistotniejszym elementem kompleksowej działalności jest współpraca z oddziałem kardiologicznym. Do dyspozycji oddziału przez 24 godziny na dobę jest dostępna Pracownia Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego. Oddział Kardiologiczny dysponuje nowoczesnym sprzętem i realizuje pełny zakres świadczeń wysokospecjalistycznych.

Historia

W 2015 roku minęło 45 lat od powstania Oddziału Kardiologicznego w Szpitalu Wojewódzkim w Olsztynie. Otwarcie oddziału nastąpiło w 17.08.1970 roku. Początkowo oddział pełnił rolę placówki ogólninternistycznej z profilem kardiologicznym. Powstanie sali intensywnego nadzoru kardiologicznego z monitorowaniem funkcji życiowych wyróżniało ośrodek spośród innych oddziałów internistycznych. W 1970 roku powstała jednocześnie wojewódzka poradnia kardiologiczna. Pierwszym ordynatorem nowo powstałego oddziału został dr n. med. Ludwik Mirecki. W 1976 roku wszczepiono po raz pierwszy elektrodę endokawitarną pacjentowi z blokiem przedsionkowo-komorowym serca. Tego wyczynu dokonał dr Aleksander Stankiewicz pracujący wówczas w Oddziale Chirurgii. Pierwszym specjalistą chorób wewnętrznych, który uzyskał specjalizację z kardiologii był dr Tomasz Sankowski pracujący od początku istnienia oddziału. Współtwórcami kardiologii byli ordynator dr n. med. Ludwik Mirecki i dr Amelia Gadomska – zastępczyni or-

dynatora, która również w tym czasie uzyskała specjalizację z kardiologii. Po przejściu dr Mireckiego na emeryturę w 1982 roku na stanowisko ordynatora w 1983 roku powołano dr n. med. Michała Dowgirda. Dr Dowgird przeniósł się do Olsztyna z Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej w Białymstoku. Przywiózł ze sobą wiedzę i sprzęt w postaci pierwszego na Warmii i Mazurach echokardiografu. Lata osiemdziesiąte obfitowały w rozwój diagnostyki nieinwazyjnej – rozwijano echokardiografię, elektrokardiografię holterowską i czynnościową. Po raz pierwszy w Polsce w roku 1985 zastosowano leczenie fibrynolityczne zawału przy pomocy streptokinazy. Od tego czasu była to rutynowa procedura leczenia świeżego zawału serca z uniesieniem odcinka ST. W 1987 roku przemianowano Oddział Chorób Wewnętrznych na Oddział Chorób Wewnętrznych i Kardiologii. Lata dziewięćdziesiąte były okresem rozwoju elektroterapii. W 1992 roku pierwszy stymulator serca wszczepili dr Aleksander Stankiewicz i dr Romuald Wilczek. W 1995 roku przebudowano oddział, wydzielając 10-tóżkowy, jak na owe czasy nowoczesny Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego. W tym czasie założono sieć komputerową i wprowadzono elektroniczną dokumentację lekarską prowadzoną przy pomocy dedykowanego oprogramowania. To był pionierski projekt informatyczny na skalę krajową. W 1996 roku wykonano pierwszy echokardiograficzny test dobutaminowy. Od 1998 roku ordynatorem oddziału jest dr n. med. Jerzy Górny. W tym samym roku zmieniono nazwę i powołano Oddział Kardiologiczny. W 2001 roku otwarto Pracownię Hemodynamiki i rozpoczęto pracę kardiologii inwazyjnej. Po dwóch latach Oddział Kardiologiczny rozpoczął 24-godzinny dyżur z zakresu leczenia ostrych zespołów wieńcowych. Od 2007 roku rozpoczęto badania elektrofizjologiczne i zabiegi ablacji jeszcze w pracowni hemodynamiki. W 2008 roku utworzono

drugą pracownię hemodynamiki. W roku 2015 stworzono pracownię elektrofizjologii.

Oddział Kardiologiczny dzisiaj

Oddział kardiologiczny realizuje świadczenia z dziedziny kardiologii inwazyjnej i nieinwazyjnej. Hospitalizuje ponad 3 000 pacjentów rocznie. W ramach tych hospitalizacji wykonuje około 2 000 koronarografii, 900 angioplastyk wieńcowych, z czego 2/3 stanowią zabiegi w ostrych zespołach wieńcowych wykonywane w ramach 24-godzinnego dyżuru hemodynamicznego. W oddziale wszczepianych jest rocznie ponad 500 stymulatorów i kilkadziesiąt kardiowerterów-defibrylatorów i CRT-D. Oddział realizuje również całą gamę badań nieinwazyjnych dla pacjentów hospitalizowanych oraz ambulatoryjnych. W ciągu roku wykonuje ponad 400 echokardiograficznych testów dobutaminowych, ponad 200 echokardiograficznych badań przezprętykowych, ponad 60 scyntygraficznych badań wysiłkowych serca oraz kilka tysięcy badań echokardiograficznych, testów wysiłkowych EKG i badań Holtera. Średni czas pobytu w oddziale wynosi 4 dni. Ze względu na infrastrukturę szpitala Oddział Kardiologiczny ma wsparcie w innych dziedzinach medycyny. Najistotniejszym elementem kompleksowej działalności jest współpraca z pełno profilowym Oddziałem Kardiologicznym, wykonującym ponad 500 zabiegów rocznie. Oddział Kardiologiczny dysponuje nowoczesnym sprzętem diagnostycznym i realizuje pełny zakres diagnostyki angiokardiograficznej i echokardiograficznej włącznie z przezprętykową echokardiografią śródoperacyjną. W 2014 roku zakupiono nowoczesny angiograf do pierwszej pracowni hemodynamiki, pozwalający na ograniczenie dawki promieniowania bez utraty jakości badania. Wprowadzono nowe metody diagnostyczne, takie jak: ultrasonografia wewnątrzwieńcowa

(IVUS) oraz rotablacja- udrażnianie zamkniętych naczyń wieńcowych. Rutynowo prowadzi się badania czynnościowej oceny zwężeń w naczyniach wieńcowych (FFR, iFR). W Pracowni Hemodynamiki przeprowadzono pierwszy w regionie zabieg przeszkońskiego zamknięcia ubytku w przegrodzie przedsionkowej. Pracownia echokardiografii wzbogaciła się o echokardiograf z obrazowaniem 3D. W roku 2015 otwarto w nowej lokalizacji Pracownię Elektrofizjologii i Elektroterapii wyposażoną w nowoczesny sprzęt do zabiegów ablacji migotania przedsionków i częstoskurczów komorowych (Carto-3).

Podsumowując 45 lat kardiologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, pracownicy oraz

osoby które przyczyniły się do rozwoju olsztyńskiej kardiologii spotkali się by wspólnie uczcić to wydarzenie. Podczas uroczystej kolacji wręczono pamiątkowe statuetki zasłużonym pracownikom ośrodka kardiologicznego, którzy rozpoczynali w nim pracę i go współtworzyli. Wyróżnienia otrzymali prof. dr hab. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz, dr n med. Michał Dowgird, dr Justyna Sochocka-Żagałkiewicz, dr Amelia Gadomska, dr Elżbieta Domostawska, dr n med. Aleksander Stankiewicz, Teresa Grynkiewicz, Jadwiga Gutowska, Dorota Rybińska i Bogumita Tomkus. Następne uroczyste spotkanie czeka nas za 5 lat.

dr n.med. Jerzy Górny

Ordynatorzy

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

Pielęgniarki Oddziałowe

1970 r. - Anna Wrzosek
1971 r. - Danuta Kierska
1973 - 1977 - Krzysztofa Falkowska
1977 - 1979 - Krystyna Łukasik
1979 - 2013 - Teresa Grynkiewicz
2013 r. - mgr Jolanta Szekłowska



HEMODYNAMIKA W 2011 R.



ZESPÓŁ W 2010 R.



WSPÓŁTWÓRCY OLSZTYŃSKIEJ KARDIOLOGII
L.MIRECKI ORAZ A.GADOMSKA



Inauguracja akcji „Olsztyn wyraża zgodę”



Ogólnopolskie i olsztyńskie media uczestniczyły w konferencji prasowej, rozpoczynającej lokalną odsłonę kampanii Ministerstwa Zdrowia, promującą ideę zachęcania do publicznego deklarowania swojej woli w kwestii dawstwa narządów. Współorganizatorem spotkania był Urząd Miasta w Olsztynie.

Ministerstwo za pośrednictwem Urzędu Miasta w Olsztynie zaprosiło mieszkańców do udziału w kampanii. Władze Olsztyna zaprosiły do współpracy Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, gdzie od 2010 r. przeszczepia się nerki, a od maja 2015 r. Oddział Transplantologii i Chirurgii Ogólnej działa w nowej, nowoczesnie wyposażonej siedzibie.

We wtorek 26 stycznia w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie z dziennikarzami spotkali się prezydent Olsztyna Piotr Grzymowicz, przedstawiciele WSS oraz pacjenci, którzy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym przeszli przeszczep nerki.

Prezydent zachęcał do wypełnienia deklaracji woli przekazania narządów i sam zaprezentował wypełniony formularz. – To bardzo ważne, by miesz-

kańcy naszego miasta poparli akcję wypełniając podobne ankiety. W ten sposób mogą pomóc lekarzom, ratującym życie osobom potrzebującym przeszczepu – mówił. – Ja także wypełniłem takie oświadczenie woli. Nikomu z nas nasze narządy nie będą potrzebne po śmierci. A jeśli tylko możemy komuś pomóc, musimy to zrobić.

Lekarze ze Szpitala Wojewódzkiego: dr n. med. Beata Januszko-Giergielewicz - z-ca ordynatora Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej i Iwona Podlińska koordynator ds. Transplantologii w WSS w Olsztynie, lekarz Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii przedstawił etapy procesu transplantacyjnego oraz zasady opieki po operacji.

Dr n. med. Leszek Adadyński, ordynator Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej podkreślił wagę współpracy medyków różnych specjalności przy transplantacjach. Przypomniał też słowa Jana Pawła II, który apelował: „Nie zabieraj swoich narządów do nieba - one potrzebne są tu, na ziemi”. Zaś Marta Jaworska, regionalny koordynator ds. transplantacji naszkicowała etapy procesu koordynacji transplantacyjnej.

Na zakończenie spotkania Hanna Komsta i Edmund Wojtkiewicz pacjenci, którzy przeszli przeszczep nerki w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, zaapelowali o wypełnianie deklaracji woli. – Dzięki dawcom możemy znów normalnie żyć – podkreślali.

Zarówno przed konferencją, jak i potem lekarze, w tym dr n. med. Tomasz Stompór, ordynator Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych udzielali wywiadów przedstawicielom mediów. 26 stycznia przypadała 50. rocznica pierwszego w Polsce przeszczepu nerki wykonanego przez profesorów Jana Nielubowicza i Tadeusza Orłowskiego. Z tej okazji 26 stycznia obchodzony jest Ogólnopolski Dzień Transplantacji. Kampania „Zgoda na życie” potrwa do końca 2016 r. Jej celem jest upowszechnienie wiedzy na temat medycyny transplantacyjnej, zachęcenie Polaków do publicznego deklarowania swojej woli w kwestii dawstwa narządów oraz zostawiania potencjalnymi dawcami szpiku kostnego.

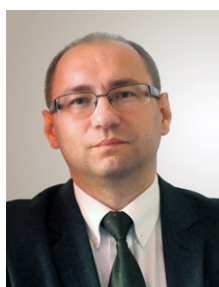




W naszym warsztacie. Od lewej: Tomasz Barczak, Grzegorz Olszewski, Tomasz Bartoszewski, Ryszard Właźlak, Marek Koliński

O APARATURZE MEDYCZNEJ WIEMY (PRAWIE) WSZYSTKO

Dział Aparatury Medycznej ma pod swoją opieką ponad 2,5 tys. urządzeń. Potrafimy o nie zadbać dzięki wiedzy zdobytej na szkoleniach i wyposażeniu w niezbędną aparaturę kontrolno-pomiarową. Systematycznie obniżamy też koszty utrzymania w ruchu sprzętu medycznego.



Niemal „od zawsze” rozpoznawalnym znakiem zawodu lekarza jest stetoskop. Z biegiem lat pojawiły się ciśnieniomierze, aparaty EKG, narzędzia chirurgiczne, diatermie, aparaty do znieczulenia, respiratory. Pozostałą aparaturę medyczną towarzyszącą w diagnostyce, terapii, zabiegach, rehabilitacji można wymieniać niemal w nieskończoność.

Wszystkimi tymi urządzeniami zajmował się pion techniczny. Dbał o sprawność i naprawy, by aparatura medyczna była zawsze gotowa dla pacjentów, zgodnie z misją naszego Szpitala „Pacjent przede wszystkim”.

Liczba nagromadzonej przez lata aparatury spowodowała w 1985 r. wydzielenie z pionu technicznego Sekcji Aparatury Medycznej. Jej pierwszym kierownikiem został Jan Jakubowski, który wraz z Barbarą Pacewicz, Ryszardem Właźlakiem, Waldemarem Kowalczykiem i Krystianem Zawiszą dbali o sprawność urządzeń medycznych. Jan Jakubowski na przetomie lat 2011/2012 przekazał kierownictwo nowo zatrudnionemu inżynierowi Grzegorzowi Olszewskiemu.

W roku 2012 Sekcję Aparatury Medycznej przekształcono w Dział Aparatury Medycznej. Stan liczebny urządzeń w 2012 r. wynosił 1600. Taka liczba wymagała opracowania systemu i metodyki postępowania z nimi. Oczywiście poruszamy się w ramach obowiązujących przepisów. Na podstawie ustawy o wyrobach medycznych opracowano procedurę nadzorowania aparatury medycznej oraz zarządzanie w sprawie postępowania w przypadku awarii sprzętu i aparatury medycznej.

Obecnie Dział liczy siedem osób. Stawiamy na profesjonalną kadre: Grzegorz Olszewski, kierownik to mgr inż. elektroniki medycznej, Tomasz Barczak, starszy inspektor jest mgr. informatyki, Tomasz Bartoszewski, inspektor to inż. energetyki, a Celina Waszak, inspektor ma tytuł mgr inż. mechaniki medycznej. Z kolei Barbara Pacewicz, elektronik jest technikiem elektroniki medycznej, Ryszard Właźlak, konserwator aparatury medycznej to mechanik precyzyjny, optyk, a Marek Koliński, elektronik jest technikiem elektronikiem.

Od 2010 r. prowadzimy skrupulatną archiwizację wszystkich wydatków związanych z kupnem i utrzymaniem w ruchu aparatury medycznej (Wykres 3).

Liczba urządzeń zwiększyła się z 1 504 w 2010 r. do 2 526 w 2015r.(Wykres 1), a ich wartość odpowiednio z 11 173 201,82 zł do 80 825 342,84 zł (Wykres 2). Ten dynamiczny wzrost był związany z budową i otwarciem nowych obiektów szpitala, w tym bloku operacyjnego.

Zarządzanie utrzymaniem w ruchu aparatury medycznej oraz gromadzenie danych z tym związanych nie jest łatwym przedsięwzięciem. W związku z tym pierwszym krokiem było w 2011 r. zakupienie kompleksowego systemu informatycznego, który służy Działowi do wszystkich niezbędnych prac. Dzięki temu systemowi rejestrujemy wszystkie koszty związane z utrzymaniem w ruchu urządzeń medycznych, wszystkie zgłoszenia awarii napływające z komórek szpitala, ewidencjonujemy każdą aparaturę medyczną, prowadzimy tzw. Paszport Techniczny dla każdej aparatury medycznej, tworzymy zamówienia związane z naprawami i przeglądami okresowymi, generujemy harmonogram przeglądów i wykaz aparatury na bieżący rok oraz wykonujemy wiele innych działań ułatwiających nam bieżącą pracę.

Program informatyczny umożliwia nam, przy ponad 2 500 sztukach nadzorowanej aparatury, ewidencjonować rocznie blisko 700 faktur, generować ponad 700 zleceń, napraw i przeglądów, co wiąże się z przygotowaniem kilku różnych dokumentów dziennie.

Rozwój Działu odbywa się nie tylko w dziedzinie informatyki. Przyjęliśmy sobie za cel zdobycie jak najszerszej wiedzy o posiadanej aparaturze oraz wyposażenie warsztatu Działu Aparatury Medycznej w niezbędną aparaturę kontrolno-pomiarową, by móc w zgodzie z ustawą o wyrobach medycznych prowadzić przeglądy okresowe.

Przez trzy lata prowadzono intensywne działania, by firmy zewnętrzne dostarczające aparaturę przeprowadzały szkolenia dla pracowników Działu z zakresu wykonywania przeglądów okresowych. Z sukcesem przeprowadzono szkolenia z obsługi strategicznej grupy aparatury medycznej, która jest najliczniejsza.

Potrąfimy i wykonujemy przeglądy dla urządzeń medycznych, takich jak: łóżka szpitalne, pompy infuzyjne, kardiomonytory, defibrylatory, inkubatory, respiratory.

Posiadamy również aparaturę kontrolno-pomiarową: tester bezpieczeństwa elektrycznego, tester pomp infuzyjnych, symulator parametrów życiowych pacjenta, tester defibrylatorów.

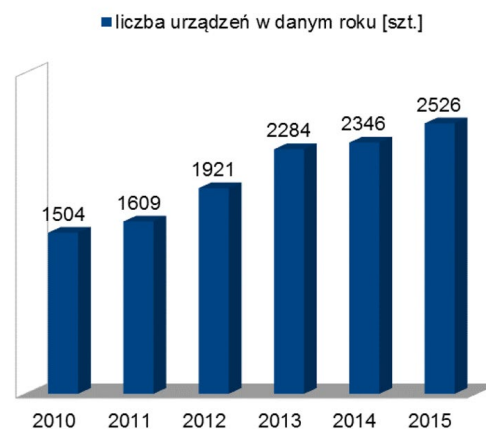
Uważamy, że odbyte szkolenia oraz wyposażenie w aparaturę kontrolno-pomiarową to nasz sukces. Z ogromnym zadowoleniem patrzymy na spadające koszty utrzymania w ruchu aparatury medycznej. W 2013 r. wyniosły one 2 890 406,34 zł natomiast w 2015 r. już 2 413 133,68 zł, czyli nasz systematyczny cichy rozwój pozwolił w okresie 2 lat zmniejszyć koszty o 477 272,66 zł.

Ten nasz rozwój chcemy dalej kontynuować.

Grzegorz Olszewski,
kierownik Działu Aparatury Medycznej

WYKRES 1

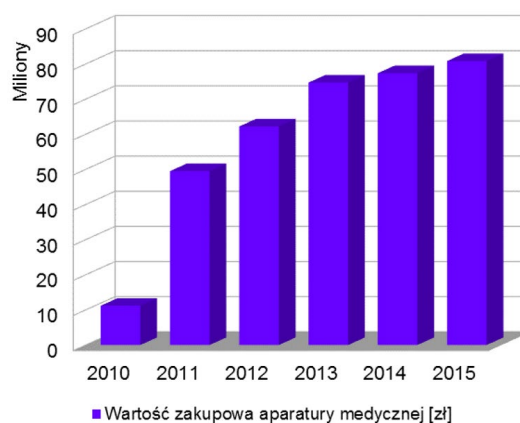
Urządzenia medyczne w latach 2010-2015



Źródło: Opracowano na podstawie własnych danych

WYKRES 2

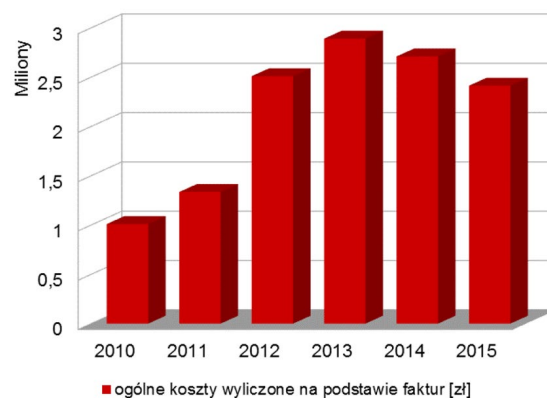
Wartość aparatury medycznej w latach 2010-2015



Źródło: Opracowano na podstawie własnych danych

WYKRES 3

Koszty utrzymania w ruchu aparatury medycznej w latach 2010-2015



Źródło: Opracowano na podstawie własnych danych

TO JUŻ 50 NUMER PULSU SZPITALA

Z okazji wydania 50 numeru Pulsu Szpitala przeprowadziłam sondę wśród naszych pracowników, aby zobaczyć, czy czytają kwartalnik i jakie mają na jego temat opinie.

Bardzo cieszy redakcję, że czytacie Państwo to wspólnie tworzone czasopismo, bo przecież bez Was i Waszych historii nie mogłoby ono istnieć. Tak jak wspólnie tworzymy organizm, jakim jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, tak też ten kwartalnik nie tylko z nazwy odzwierciedla jego puls. Czasami jest przyspieszony, bo dużo się dzieje w naszym Szpitalu, a niekiedy jest wolniejszy. Ale najważniejsze, że Szpital żyje. O tym właśnie chciałam porozmawiać z Wami drodzy czytelnicy.

Z większości wypowiedzi dowiedziałam się, że czytacie nasze czasopismo, a wielu z Was kolekcjonuje nawet wszystkie numery. Największym zainteresowaniem cieszą się artykuły, prezentujące naszych pracowników oraz nowe procedury medyczne wykonywane w Szpitalu. W Waszych wypowiedziach można było odczuć dumę z tego, co wspólnie osiągamy i widać, jak wielu z Was bardzo identyfikuje się z pozostałymi pracownikami i swoim miejscem pracy. To co usłyszałam daje nam, redakcji jeszcze większą motywację do pracy, ale też nadzieję, że nadal z chęcią będziecie Państwo z nami współpracowali przy tworzeniu Pulsu Szpitala. Chcemy wykorzystać pomysły na tematy, które zgodnie z Waszą sugestią, mogłyby się pojawić w kolejnych numerach. Ponieważ z oczywistych przyczyn, nie mogłam dotrzeć do wszystkich naszych czytelników, zachęcam Państwa do przesyłania swoich pomysłów na adresy podane w stopce redakcyjnej. To może właśnie ktoś z Was, okaże się wspaniałym pomysłodawcą na kolejne ciekawe tematy tego magazynu. Przy okazji wszystkim, którzy do tej pory współtworzyli i współtworzą z nami ten kwartalnik po przez artykuły autorskie, wywiady, reportaże, krzyżówki itp. serdecznie dziękujemy i oczywiście zapraszamy do dalszej współpracy. Możemy sobie nawzajem pogratulować, że jest to już 50 numer kwartalnika, który towarzyszy nam od 2002 r.

Przedstawiam wypowiedzi osób, które zechciały wziąć udział w sondzie i przedstawiły swoje pomysły na nowe rozwiązania.

Joanna Kozłowska - pielęgniarka oddziałowa Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego

Czytam każdy numer Pulsu Szpitala, podobnie jak mój mąż, który tak jak ja lubi dowiadywać się o różnych ciekawostkach. Bardzo fajne są artykuły z podróży. Chociaż samemu nie zawsze można odwiedzać dalekie kraje, to dobrze poczytać, że był w nich ktoś inny. Ciekawe są też publikacje o

prekursorskich zabiegach. Czasami wracam do starych wydań Pulsu na naszej stronie www. Także moi współpracownicy z niecierpliwością czekają na kolejny numer czasopisma. Egzemplarz z przyjemnością bierze się do ręki. Lubię charakterystyczny zapach farby drukarskiej. Dobrze, że nie jest to gazeta tylko medyczna, ale mówi także o sprawach z życia Szpitala, a i jest też coś dla relaksu. Fajnie gdyby znalazł się w niej także jakiś mały porad kulinarny przysyłanych przez pracowników z nowymi przepisami np. na sałatkę.

Bożena Jabłońska - pielęgniarka Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego

W Pulsie interesuje mnie właściwie wszystko. Pracując na jednym oddziale nie zawsze mogę poznać ludzi z innych szpitalnych komórek. Puls daje mi tę możliwość. Bardzo dobre są artykuły medyczne, ale i te dr Paszkowskiej o dalekich podróżach zawsze czytam i bardzo mi się podobają.



Ewa Pietrusińska, Katarzyna Grabowska - specjalistki ds. epidemiologii, Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych

Czytamy właściwie wszystkie numery Pulsu. Najbardziej interesują nas artykuły dotyczące naszej dziedziny epidemiologicznej, zakażeń itd. oraz nowych zabiegów i pracowników. Puls pozwala nam lepiej się poznać. Choć jesteśmy taką komórką, że bywamy w każdej części Szpitala i znamy bardzo dobrze zarówno tworzące go elementy, jak i wiele zatrudnionych w nich osób, to zawsze jednak znajdziemy w Pulsie coś ciekawego.

Marek Zawisza - kierownik Działu Eksploatacyjno - Technicznego

Najbardziej interesują mnie kwestie techniczne, znając temat mogę też od razu zweryfikować te informacje (uśmiech). Czytam wszystkie numery. Ciekawe są artykuły o wycieczkach. Interesujące są również wypowiedzi pani dyrektor, w których mówi o kierunku w jakim Szpital podąża. Dobrze byłoby, aby w Pulsie pojawiło się więcej informacji o procedurach leczniczych naszych lekarzy, nowości, które dla nich wydają się

normalne, a dla nas okazują się nieznaną i bardzo ciekawą. Powinniśmy więcej się chwalić, bo nie odstawiamy od innych wiodących placówek. Puls czyta także moja żona, która jest sentymentalnie związana z naszym Szpitalem, pracowała tu bowiem wiele lat.

Marzena Żwirko, Hanna Kowalska, Elżbieta Szulc, Joanna Skonieczna - Dział Księgowości

Czytamy z zaciekawieniem każdy numer. Interesujące są artykuły medyczne, ale i te o ludziach. Kiedyś było więcej tekstów o hobby, jakie mają nasi pracownicy. Może warto by było do tego wrócić?

Izabela Jastrzębowska - inspektor ds. kancelaryjnych, Kancelaria i Sekretariat

Czytam Puls i czekam na każdy kolejny numer. Lubię dowiadywać się o nowościach, dziejących się w Szpitalu. Fajnie się czyta o czyichś osiągnięciach. Jestem też ciekawa kto wygrał nagrodę za rozwiązanie krzyżówki, chociaż sama jej nie rozwiązuję (uśmiech).

Katarzyna Szychulska -Topa - starszy inspektor, Sekcja Zarządzania Rentownością Oddziałów

Z koleżankami czytamy zwłaszcza ciekawostki z medycyny i o nowych procedurach wykonywanych w Szpitalu. Bardzo podoba mi się cykl artykułów o pamięci. To z nich dowiedziałam się bardzo ciekawych rzeczy, o których nie miałam wcześniej wiedzy. Wiem, że i w oddziałach panie sekretarki medyczne też chętnie czytają ten magazyn.

Krystyna Kowalczyk - telefonistka, portierka, Dział Gospodarczy

Pracuję w Szpitalu 25 lat, a Puls czytam, od pierwszego numeru, od deski do deski. Jest bardzo ciekawy i mogę się z niego zarówno dowiedzieć wielu rzeczy, jak i się nauczyć. Szczególnie interesują mnie artykuły, które dotyczą mojego Działu Gospodarczego. Ciekawe są też artykuły o profilaktyce zdrowia. Puls daje też do przeczytania mojej sąsiadce i bratowej, które, tak jak ja, czekają na każdy nowy numer. W Pulsie mogłoby być więcej porad zdrowotnych. Bardzo ciekawe np. były artykuły dotyczące dbania o kręgosłup.

Ewa Mordwa - pielęgniarka opatrunkowa, Oddział Kliniczny Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa

Puls Szpitala czytam od pierwszego numeru. Pracowałam też przy redagowaniu pierwszych numerów kwartalnika, którym kierowała dr Beata Januszko-Giergielewicz. Mamy koleżankę

w oddziale, która ma wszystkie numery. Czytam wszystko oprócz krzyżówek, bo nie bardzo lubię Jolki, wołę krzyżówki panoramiczne. Fajne są reportaże o podróżach. Cykl opracowany przez naszego psychologa jest także bardzo ciekawy.

mgr Beata Binek - położna oddziałowa, Oddział Ginekologiczno-Położniczy

Widzę sens wydawania takiej gazety. Tam możemy poczytać o osiągnięciach pracowników, o tym co się dzieje w oddziałach, o nowych procedurach. Mogłoby być więcej informacji o pracownikach liniowych, którzy też mają bardzo interesujące osiągnięcia, zainteresowania, wiedzę i doświadczenie. Przykładem mogą być położne, które mają różne specjalizacje dotyczące np. nowoczesnych rozwiązań prowadzenia porodu w pozycjach wertykalnych lub dotyczące laktacji. W każdej dziedzinie znajdziemy specjalistów na wysokim poziomie.

dr Mariusz Przybyłowicz - z-ca ordynatora, Oddział Ginekologii Onkologicznej

Nie czytam Pulsu często, ale czasami do niego zaglądam. Czytam o ludziach, których znam, o nowych osiągnięciach, zabiegach, technikach, których na co dzień się nie zauważa. Można tam też znaleźć informacje o tym co się dzieje w Szpitalu.

dr Jacek Nowak – lekarz, Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej

W Pulsie Szpitala czytam wszystko. Świat jest tak szeroki, a każdy ma coś interesującego do przekazania. Ciekawe jest to, co dotyczy ludzi pracujących w Szpitalu. Można by było wprowadzić jakieś nowe elementy, jak np. co się teraz czyta. Ktoś poleciby jakąś ciekawą sztukę teatralną, czy wydarzenie kulturalne lub np. gdzie w Olsztynie można fajnie pobiegać, a któreś wiodą dobre trasy rowerowe.

Agnieszka Przybytek - pielęgniarka oddziałowa, Oddział Okulistyczny

Oczywiście czytam Puls i czekam na kolejne numery. Są tam ciekawe wiadomości o tym co się dzieje w Szpitalu, a nie zawsze takie informacje do nas docierają. Krzyżówka też jest ciekawa. Fajnie byłoby również czasami napisać co nowatorskiego w sferze medycyny pojawiło się na świecie, nowinki dotyczące badań i wynalazków medycznych. Dobre są artykuły na temat zdrowego trybu życia, pacjenci nasi również czytają te artykuły.

dr Agnieszka Osowska - p.o. ordynatora, Oddział Rehabilitacyjny

Odkąd pracuję w naszym Szpitalu zawsze czytam Puls. O planach na przyszłość, o nowościach, o zmianach organizacyjnych i kadrowych. Dobre są artykuły podróżnicze pokazujące niemedyczną stronę zainteresowań pracowników Szpitala.

Marzena Woźniak – neurologopeda, Oddział Rehabilitacyjny oraz Oddział Rehabilitacji Neurologicznej

Czytam kolejne numery Pulsu i nawet kiedy nie było mnie przez jakiś czas w Szpitalu, to nadrobiłam zaległości. Nie czytam go od deski do deski, ale mam swoje ulubione tematy, jak nowinki z dziedziny medycyny. Czytam artykuły mojego

kolegi psychologa. Ciekawe są wywiady z nowymi osobami. Zauważyłam ostatni cykl o odżywianiu. Próbuję rozwiązywać krzyżówki z różnym skutkiem (uśmiech). Może mogłyby się pojawić praktyczne wskazówki dla rodzin pacjentów, np. spis placówek współpracujących ze Szpitalem, które sprawują opiekę nad pacjentem, bo nasi pacjenci też czytają ten kwartalnik.

Dorota Rąkowska – kierownik, Dział Służby Pracowniczej

Dla mnie szczególnie interesujące są rozmowy z naszymi pracownikami i opisy nowatorskich zabiegów. Można by było stworzyć rubrykę poświęconą pracownikom odchodzącym na emeryturę. Podoba mi się szata graficzna. Przyjemnie bierze się ten kwartalnik do ręki.

Danuta Achmatow - kierownik, Kancelaria i Sekretariat

Puls przeglądają nasi goście. Oceniają naszą gazetę pozytywnie. Jeden z nich zauważył, że korzystniejsza jest nowa szata graficzna. Inny zwrócił uwagę, że kwartalnik lepiej wygląda z mniej bityszą okładką. Ja myślę, że co jakiś czas dobrze zrobić lifting kwartalnikowi, aby ludzie odbierali go zawsze z zainteresowaniem i odnajdowali w nim coś nowego. Dla mnie najciekawsze są artykuły branżowe.

Stanisława Małowska- kierownik, Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia

W Pulsie nie wszystko czytam. Czasami weryfikuję fakty, gdy znam sprawę dokładniej, niż jest to przedstawione. Podoba mi się, że pewnymi rzeczami się chwalimy. Gdy są przedstawiane pionierskie zabiegi, to czuję że mam w nich udział przez to, że Zamówienia Publiczne biorą udział w postępowaniu przy zakupie nowych narzędzi i sprzętu. Oczywiście są artykuły, które mnie mniej interesują. Fajnie, że przedstawiane są nowe osoby oraz to gdzie ktoś był i co tam widział.

Gabriela Rudzińska- pielęgniarka oddziałowa, Oddział Kliniczny Neurochirurgiczny

Lubię czytać Puls i podoba mi się również jakość jego wydania (ładny papier). Ciekawe byłyby zobaczyć zdjęcia zespołów pracowników z każdego oddziału i innych komórek Szpitala, bo nie znamy wszystkich, a co jakiś czas kadra się zmienia. W ostateczności można wymienić nazwiska osób pracujących w danej komórce. Przeznaczcie jedną stronę na przepisy kulinarne. W Szpitalu pracuje dużo kobiet, które na pewno mają się czym podzielić.

Beata Jastrzębowska- kierownik, Sekcja Dokumentacji i Rejestracji Chorych

Puls czytam z wielką przyjemnością, aby wiedzieć co ostatnio wydarzyło się w naszym Szpitalu, bo jest duży i nie o wszystkim wiemy na bieżąco. Ciekawe są artykuły przedstawiające osoby nowo zatrudnione lub pełniące nowe funkcje w Szpitalu. Niejednokrotnie przymierzałam się do krzyżówki. Brakuje mi strony ze śmiesznymi wpisami z dokumentacji medycznej. Widzę czasami takie na facebooku, a u nas też się zdarzają, oczywiście anonimowe. Myślę, że umiemy śmiać się sami z siebie.

Barbara Szymczuk

Pierwszy numer Pulsu Szpitala redagowali:

- Redaktor naczelna:
dr Beata Januszko-Giergielewicz

Kolegium redakcyjne:

- Agnieszka Strepikowska
- Piotr Malinowski
- Dariusz Onichimowski
- Katarzyna Oniszczyk
- Marcin Sarna

Stała współpraca:

- Ryszard Wasiński
- Stefan Barabas
- Jerzy Badowski
- Alicja Markiewicz
- Hanna Taraszkiewicz
- Jarosław Parfianowicz
- Piotr Janowski
- Marcin Sutkiewicz
- Magdalena Pepol

Przy pierwszych numerach współpracowali także

- Antoni Kotakowski
- Bogdan Kibiłda
- Ewa Labes- Kunicka
- Radosław Kowalski

W późniejszych numerach kolegium redakcyjne ustąpiło miejsca redakcji, w której skład wchodzi:

- Kornelia Kotwicka-Łucewicz
- Alicja Biernacka
- Magdalena Kantorczyk
- Maciej Kozłowski
- Elżbieta Majchrzak-Kłokocka
- Przemysław Prais
- Barbara Szymczuk

Od początku aż do teraz z redakcją Pulsu Szpitala stale współpracują Hanna Taraszkiewicz i Jerzy Badowski. Do wielu numerów artykuły napisali: dr Emilia Paszkowska i dr Piotr Markiewicz.

Redaktorami naczelnymi byli kolejno:

- Beata Januszko-Giergielewicz - 6 numerów
- Magdalena Kantorczyk - 3 numery
- Maciej Kozłowski - 2 numery
- Kornelia Kotwicka-Łucewicz - 23 numery
- Barbara Szymczuk - 17 numerów

Pamięć i jej zagadki

cz. 19



Zapominanie informacji pamięciowych ma typowo charakter automatyczny i nieświadomy - dzieje się bez naszej woli i niekiedy wbrew woli. Czasem zapominamy coś, co chcemy zapamiętać i pamiętamy coś, czego nie chcemy pamiętać. Okazuje się, że zdolność zapominania jest objawem prawidłowo działającego umysłu i mózgu.

Tematem kilku ostatnich odcinków były intrygujące zjawiska działania pamięci w warunkach stresu oraz metody redukowania obciążających, traumatycznych lub niechcianych wspomnień. Ostatnia część naszej serii o pamięci (część 18) dotyczyła farmakologicznych metod modyfikacji śladów pamięciowych. Pomimo obiecujących wyników, jak na razie farmakoterapia negatywnych wspomnień powoduje zmienne efekty i wzbudza kontrowersje. Czy jednak poza „pigułką niepamięci” są jeszcze inne sposoby korygowania śladów pamięciowych, bardziej kontrolowane przez samego posiadacza negatywnych wspomnień?

Okazuje się, że dysponujemy metodami świadomej kontroli procesu zapominania informacji. Generalnie zjawisko zapominania dopiero od niedawna zaczyna być doceniane w ogólnej mechanice pamięci. Dlaczego dopiero od niedawna? W tym odcinku spróbuję odpowiedzieć na to podstawowe pytanie. Następny odcinek zostanie poświęcony metodom świadomej korekty śladów pamięciowych i odpowiadającym im procesom mózgowym.

BŁĘDY ZAPOMINANIA

Gdy mówimy, że coś zapomnieliśmy, traktujemy to typowo jako pewien błąd lub wadę pamięci. Jeśli nie pamiętamy, gdzie położyliśmy klucze, o której godzinie jest ważne spotkanie i jaka jest właściwa odpowiedź w teście egzaminacyjnym, to raczej nie mamy się czym chwalić, jeśli chodzi o nasze zdolności pamięciowe. W skrajnej sytuacji - w różnych otępieniach - ludzie stale zapominają o bieżących sprawach i takie zapominanie wskazuje na poważny problem, a nie coś pozytywnego. Dlatego trudno znaleźć właściwie jakieś korzyści z zapominania. Zgodnie z tymi potocznymi intuicjami toczyły się różne badania naukowe nad pamięcią, które zazwyczaj przeciwstawiły zjawisko zapominania tak ważnym procesom jak uczenie się i pamięć. Krótko mówiąc: jeśli utrwalasz informacje, to twoja pamięć działa efektywnie, a jeśli zapominasz, to twoje zdolności pamięciowe raczej wymagają poprawy, a nawet farmakoterapii.

Od lat wiadomo też, że zapominamy informacje z różnych powodów (na ten temat szerzej zob. odcinek nr 11, Puls Szpitala 41/2013). Najczęściej po prostu nie skupiamy uwagi i różne zdarzenia nie zostają zakodowane, a tym bardziej utrwalone. Inne powody zapominania to upływ czasu (np. im dawniejsze zdarzenie, tym trudniej przypomnieć detale), zakłócanie wzajemne śladów pamięciowych (interferencja), problemy ze sposobem dotarcia do określonej informacji w pamięci (brak dostępu) oraz niechęć do negatywnych doświadczeń (wyparcie). Wszystkie te

powody są naturalne i nie wskazują na jakiś patologiczny proces umysłowy czy mózgowy, co sugeruje, że zapominanie niekoniecznie jest wadą systemu pamięci.

O tym, że zapominanie nie musi być błędem pamięci, wskazują przypadki osób, które mają doskonałą pamięć i jednocześnie wiele problemów z tego powodu. Najbardziej znanym przypadkiem jest Solomon Szereszewski, który dość szczegółowo został opisany przez A. Łurję - neuropsychologa rosyjskiego (zob. ramka Przypadek Solomona Szereszewskiego). Jego wyjątkowa pamięć wzbudzała podziw, ale samemu Szereszewskiego spowodowała zaśmiecenie umysłu nieistotnymi i przypadkowymi infor-

BŁĘDY PAMIĘTANIA

macjami, które zapamiętywał przez lata i nie potrafił ich zapomnieć.

Przypadek Szereszewskiego pokazuje, że zdolność zapominania może być niezbędnym zjawiskiem w systemie sprawnie działającej pamięci. Wówczas zapominanie jest czymś w rodzaju „odkurzacza” śmieci pamięciowych. Bez zapominania nie następuje selekcjonowanie informacji, różne ślady pamięciowe mogą nawzajem się modyfikować i wywoływać nieoczekiwane skojarzenia lub pseudowspomnienia. Sam Szereszewski tak opisywał swój stan przy próbie zrozumienia słyszanych opowieści: „To za wiele. Każde słowo wywołuje obrazy. Te kolidują ze sobą, a efektem jest chaos. Nic z tego nie mogę zrozumieć”.

Podobnie przypadki ludzi z hipertymezją - wyjątkową pamięcią autobiograficzną (dotyczącą szczegółów osobistej historii życia) - wskazują, że „superpamięć” ma też negatywne konsekwencje. Ludzie z hipertymezją poświęcają nienaturalnie dużo czasu na wspomnianie swojej przeszłości kosztem wymogów związanych z aktualnym funkcjonowaniem. Co więcej, takie wspomnianie nie może zostać zahamowane i praktycznie każda wskazówka pamięciowa (np. słowo, obraz, zapach, doznanie smakowe) wyzwała bezwiednie serie skojarzeń - podobnie jak w przypadku Szereszewskiego. Dlatego różni badacze opisują przypadki hiper-

w trzech zdaniach

- zjawisko zapominania jest zazwyczaj traktowane jako mniej lub bardziej poważny błąd pamięci
- objawem różnych zaburzeń psychicznych jest uporczywość pamięci i niska zdolność zapominania
- zapominanie może usprawniać funkcjonowanie psychiczne

tymezzji jako formy patologiczne, gdyż w tej sytuacji brakuje zdolności powstrzymywania pojawiających informacji pamięciowych. Brak hamowania danych jest uznawany za przejaw wadliwie działających funkcji wykonawczych, związanych z planowaniem, monitorowaniem i zarządzaniem informacjami w umyśle. Co ciekawe, identyczne problemy ujawniają ludzie z autyzmem, ADHD (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi), OCD (zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, dawniej nerwica natręctw), zespołem Tourette'a i schizofrenią. W każdym z tych zaburzeń obserwuje się występowanie automatycznych, często niechcianych i niekontrolowanych myśli lub wyobrażeń.

NIEEFEKTYWNE ZAPOMINANIE

Jednym z problemów pamięci, na który skarżą się ludzie, jest uporczywość wspomnień. Pamięć wydarzenia lub dowolnej informacji pojawia się nieoczekiwanie, często wiąże się z negatywnym doświadczeniem i po prostu nie może

Z różnych badań wynika, że różni się w zakresie tendencji do zapominania negatywnych wspomnień. To samo zdarzenie może spowodować u jednej osoby uporczywe wspomnienia przez lata, a u innej wywoła tylko krótkotrwałe negatywne przeżycie bez powielania wspomnień. Jedno z wyjaśnień dlaczego tak jest odwołuje się do kategorii „schematu ja”. W ciągu życia przeżywamy różne porażki i sukcesy, które budują ogólną ocenę nas samych i naszej skuteczności w reagowaniu na odmienne zdarzenia. To właśnie te przeżycia i ich ocena decydują o ukształtowaniu obrazu naszej osobowości (czy naszego „ja”). Schemat „ja” stale uczestniczy w ocenie aktualnych sytuacji i siebie w tych sytuacjach. Dlatego np. ludzie zdrowi emocjonalnie częściej przypisują sobie cechy pozytywne niż negatywne, a ludzie z zaburzeniami emocjonalnymi (np. depresja) zachowują się dokładnie odwrotnie. Osoby z depresją ujawniają często negatywny schemat „ja” i w efekcie opisują siebie w negatywnym świetle. Co więcej, takie osoby mają tendencję do przypominania i rozpamiętywania głównie negatywnych zdarzeń - nie mogą zapomnieć o nich, a jednocześnie łatwiej zapominają zdarzenia oceniane jako pozytywne.

Z badań zespołu C. Brewina z University of London wynika, że pacjenci z depresją kliniczną mają silną tendencję do uporczywości wspomnień i częściej niż osoby zdrowe są nękani przez negatywne wspomnienia. Z kolei badania zespołu S. Nolen-Hoeksema z University of Michigan wykazały silny związek koncentrowania się na własnym negatywnym nastroju i rozpamiętywania negatywnych zdarzeń z powtarzalną uporczywością wspomnień i zwiększonym ryzykiem wystąpienia depresji.

Opisane przypadki ludzi z pozornie prawidłową lub wyjątkową pamięcią sugerują, że przy zachowanej zdolności do zapamiętywania różnych informacji jednocześnie może występować poważnie zaburzona zdolność zapominania informacji. W efekcie - przy takiej zbieżności - pojawiają się na co dzień poważne dysfunkcje - chaos w psychice, zaburzenia nastroju i uporczywość wspomnień. Właśnie w takich przypadkach i tych opisanych

w ostatnich odcinkach (pamięć traumatyczna) remedium polega na usprawnieniu zdolności zapominania. A więc coś, co typowo jest uznawane za wadę pamięci, czyli zapominanie, może być jej czynnikiem naprawczym. W następnym odcinku przyjrzymy się innym niż farmakologiczne metodom zapominania.

dr Piotr Markiewicz

Przypadek Solomona Szereszewskiego

Solomon Szereszewski (1886-1958) był rosyjskim dziennikarzem. Przejawiał nietypowe zdolności pamięciowe - jego pamięć określano jako „pamięć, która nie zna granic”. W kontrolowanych warunkach potrafił bez błędów odtworzyć dowolnie długie listy słów i cyfr, dodatkowo w dowolnej kolejności.



W procesach zapamiętywania i przypominania wykorzystywał wyobrażenia, synestezję (np. doświadczanie doznań smakowych przy słuchaniu słów) oraz różne mnemotechniki. Dzięki temu pracował też jako artysta sceniczny, popisując się swoimi umiejętnościami. Końcówka jego życia nie jest dobrze poznana - wiadomo tylko, że był hospitalizowany w szpitalu psychiatrycznym.

Jego ogólna inteligencja była przeciętna, a uzdolnienia pamięciowe nie dotyczyły np. pojęć abstrakcyjnych czy metaforycznych oraz były bardzo wrażliwe na zakłócenia (np. gdy ktoś kaszlał w trakcie zapamiętywania). Pomimo tak wyrafinowanych zdolności pamięciowych Szereszewski miał jeden bardzo uciążliwy problem - nie potrafił zapomnieć raz zapamiętanych informacji. Próbował zapisywać na tablicy zbędne informacje, a następnie je ścierać, ale ta metoda nie przynosiła oczekiwanych wyników (także sama wizualizacja zapisu i ścierania nie przynosiła efektu). Inna metoda w postaci zapisywania danych na kartkach i palenia ich w piecu także nie okazała się skuteczna. Brak możliwości efektywnego zapominania spowodował, że umysł Szereszewskiego był obciążony zbędnymi informacjami i wspomnieniami.

być zapomniana (na temat byłam w ostatnim odcinku naszej serii o pamięci). Tu także podstawowym problemem nie jest zdolność zapamiętywania i utrwalania informacji, ale zdolność zapominania negatywnych, często traumatycznych i obciążających emocjonalnie wspomnień. Zauważmy - zjawisko zapominania można interpretować w kategoriach pożądanego zdolności umysłowych. Jeśli efektywnie zapominasz niektóre informacje, nie ulegasz uporczywym i wyniszczającym wspomnieniom.

Chcesz wiedzieć więcej?

- Łuria A.R. (1970). O pamięci, która nie miała granic. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Wickelgren I., (2012), Spróbuj tylko zapomnieć. Psychologia dziś, 2, 14-23.
- Parker E.S., Cahill L., McGaugh J.L. (2006), A case of unusual autobiographical remembering. Neurocase, 12, 35-49.



Oaxaca – kraina Indian

Stan i miasto Oaxaca na południu Meksyku jest przede wszystkim krainą Indian z dominującymi Zapotekami i Mistekami. Nazwa Oaxaca, oznacza „miejsce, gdzie rosną tykwy”. Górski klimat tego miejsca, leżącego na wysokości 1500 m n.p.m. jest optymalny i przyjemny, nigdy tu nie jest za zimno ani za gorąco. Obecnie w mieście żyje ok. 0,5 mln mieszkańców i ma ono zaskakująco kosmopolityczny charakter. Główną atrakcją miasta są słynne targowiska, ze szczególnie interesującymi wyrobami miejscowych rzemieślników, w tym tkane dywany, kolorowe haftowane obrusy, ceramika.

W okolicy Oaxaca znajduje się starożytna stolica Zapoteków – Monte Alban, które powstało ok. 500 r. p.n.e., a w nim Wielki Pałac, boisko do ry-



tualnej gry w piłkę i budowla zwana jako Obserwatorium oraz dwa górujące budynki zwane jako Platformy Północna i Południowa.

Mitla

Jest centrum religijnym Misteków i Zapoteków, które zyskało na znaczeniu po upadku Monte Alban i było zamieszkałe do XVI w. Charakterystyczne misterne mozaiki, przypominają geometryczne fryzy starożytnych Greków - według legendy, przerwa pomiędzy rękami obejmującymi kolumnę odpowiada liczbie lat życia, które jeszcze zostały. Znajdują się tu także podziemne groby w kształcie krzyża.

Tabasco i Chiapas

To dwa bardzo odmienne stany, rozciągające się od Zatoki Meksykańskiej aż po Ocean Spokojny w drodze na półwysep Jukatan. Zielona, tropikalna Tabasco to stolica meksykańskiego przemysłu naftowego, ale wielu z nas kojarzy tę nazwę tylko z ostrą przyprawą. Chiapas to parna, górzysta kraina, przecinana przez liczne rzeki, wykorzystywane jako drogi handlowe przez Olmeków, którzy mieszkali tu przed około 3 tys. lat, stąd z wyjątkowych krajobrazów i zmiennego klimatu – w niektórych zakątkach deszcz pada nieustannie niemal przez cały rok.

Stan słynie z pięknych i ciekawych historycznych miast, do których należy San Cristobal de las Casas otoczone wioskami Indian, którym udało się zachować tradycje i obyczaje swoich przodków. Do innego rodzaju atrakcji zalicza się Canon del

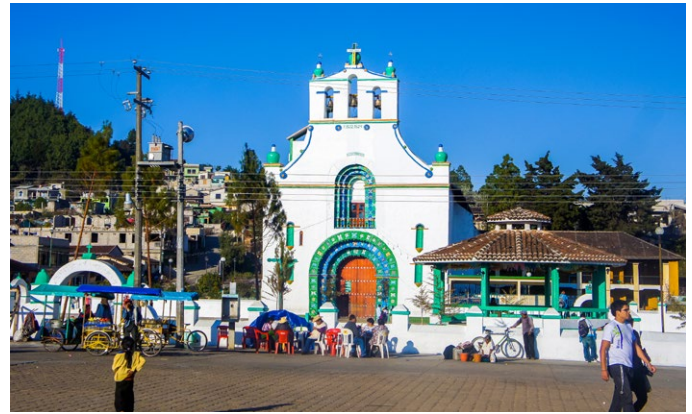
Sumidero (wąwóz Sumidero) w przepięknym parku narodowym, z którym wiąże się legenda wg której w XVI stuleciu kilkuset Indian, którzy nie chcieli poddać się władzy konkwistadorów, rzucito się z urwistych skał w przepaść.

San Cristobal de las Casas

Obecnie kulturalna stolica stanu Chiapas. Do XIX w. było stolicą administracyjną stanu Chiapas pod zarządem Gwatemali. Jest położone na wysokości 2300 m n.p.m. – jest tu zdrowy i chłody klimat, panuje spokojna atmosfera. Znajduje się tu piękny, barokowy kościół św. Dominika z misterną, różową fasadą z XVII w. Przed kościołem Indianki sprzedają kolorową odzież, ceramikę, wyroby ze skóry i wełny. Indianie przybywający do San Cristobal z pobliskich górskich wiosek często mają własne, tradycyjne stroje – białe tuniki i czerwone pasy, z kapeluszami z barwnymi wstążkami (...dłuższe wstążki mają kawalerowie), w kobiecych strojach dominują haftowane aplikacje z motywami zwierząt i ptaków – taka wspaniała, indiańska rewia mody.

San Juan Chamula

To wioska indiańska położona ok. 10 km od San Cristobal, gdzie potomkowie Majów pieczętowanie kultury starych tradycji. Religia miejscowych Indian to połączenie katolicyzmu i prekolumbijskich wierzeń Majów, co ma swoje odzwierciedlenie w miejscowym kościele (niestety robienie zdjęć jest tutaj zabronione), którego podłoga usłana jest gałązkami sosnowymi, a za oświe-



tlenie służą setki świec. Światło pada na grupy Indian, którzy chrześcijańskim świętym składają dary – kurczaki, owoce, bardzo popularna ofiara to również coca-cola. Miejsce niezwykle klimatyczne, poruszające i na swój sposób tajemnicze.

Palenque – zagubiona stolica Majów

Zieleń wilgotnych lasów równikowych zakryła ruiny dawnej stolicy Majów – Palenque. Ich widok wywołuje jednocześnie zachwyt i strach, a przecież to co zachowało się do dzisiaj to zaledwie 10% niewiarygodnego kompleksu pałaców, świątyń, tarasów i schodów, które powstały w VII w. Dla wielu turystów to Palenque jest głównym celem podróży do Meksyku. W Palenque zwraca uwagę słynny grobowiec króla Pacala w Świątyni Inskrypcji - jest to piramida ze świątynią górującą nad całym obszarem, której nazwa pochodzi od hieroglificznych inskrypcji na ścianach z 692 r. W 1952 r. zostało odkryte wąskie przejście prowadzące do komory grobowej 25 m pod ziemią – znaleziono w niej szkielet króla Pacala pochowanego w mozaikowej masce pośmiertnej z nefrytu.

Cały odkryty obszar to wspaniałe przykłady klasycznej architektury Majów, w tym Świątynia Stońca, Świątynia Krzyża Liściastego, Obserwatorium i oczywiście boisko do gry w piłkę (...a co mieli robić, jeśli nie było telewizji i Internetu?).

Kolejne dwa ważne obiekty kultury Majów to Bonampak i Yaxchilan, chowające się w tropikalnym lesie przy granicy z Gwatemalą, zostały odkryte dopiero w połowie XX wieku.

Bonampak to starożytne miasto Majów, w którym zachowały się niezwykle realistyczne malowidła ściennie, które są żywą opowieścią historyczną o obrządkach, bitwach, uroczystościach i tańcach.

Trzeba mieć duszę podróżnika, aby dojechać do dużo większych i zachwycających ruin Yaxchilan, gdzie można dotrzeć tylko łódką lub awionetką, a podziwia się tu misterne sztukaterie i ozdoby dachowe.

Tequila i spółka

Słynna wódka z agawy musi wg prawa meksykańskiego być zrobiona z co najmniej 51% gatunku agawy Agavatequilana Weber, która rośnie tylko w okolicach miasteczka Tequila, leżącego w cieniu wygasłego wulkanu sięgającego wysokości prawie 3 tys. m n.p.m. Najlepsze gatunki tequili są produkowane z wyciśniętego soku, do wyrobu tańszych używa się koncentratu.

Po 8 – 10 latach uprawy agawy usuwa się liście pozostawiając ok. 50 kilogramowy rdzeń, tzw. pina, który miądzy się i gotuje na parze, a później rozdrabnia i wyciska. Po dodaniu drożdży i cukru następuje kilkudniowa fermentacja poprzedzająca dwie destylacje. Część uzyskanego bezbarwnego alkoholu przelewa się do butelek,

a resztę do dębowych kadzi, gdzie leżakuje przez kilka lat, nabierając złocistego koloru i łagodnego posmaku.

Rytuał picia tequili ma kilka wersji. Jedną z nich to nasypianie szczypty soli w zagłębieniu między kciukiem i palcem wskazującym, a następnie wciśnięcie na nią soku z cytryny. Po zlizaniu mokrej mieszaniny upija się tyk z caballito (małego kieliszka używanego do picia tequili) - tak aby uzyskać odpowiednią równowagę między słodkim smakiem trunku a słono-kwaśnym smakiem „zakąski”.

Mezcal - jest wysokoprocentowym trunkiem, który podobnie jak tequila został poddany destylacji, ale innym sposobem. Do trunku dodaje się larwę zakonserwowanego w alkoholu robaka bytującego w agawie i jest on uważany za wyjątkowy przysmak, a ten któremu do kieliszka wpadnie robak jest uważany za szczęściarza i z dumą musi go połknąć. Oczywiście w czasie testowania mezcala ten przekłty robak wpadł do mojego kieliszka – z duszą na ramieniu i pokonując obrzydzenia dzielnie połknęłam ten „przysmak” licząc na obiecane powodzenie i szczęście..., co okazało się znacznie przereklamowane!

Pulque - jest napojem alkoholowym znanym już cywilizacjom indiańskim, powstającym przez fermentację a nie destylację, ma ostry aromat i zdecydowany smak, ma też zdolności halucynogenne, co było wykorzystywane przez dawnych kapłanów do wprowadzenia się w trans. c.d.n.

lek. Emilia Paszkowska
Dział Diagnostyki Obrazowej



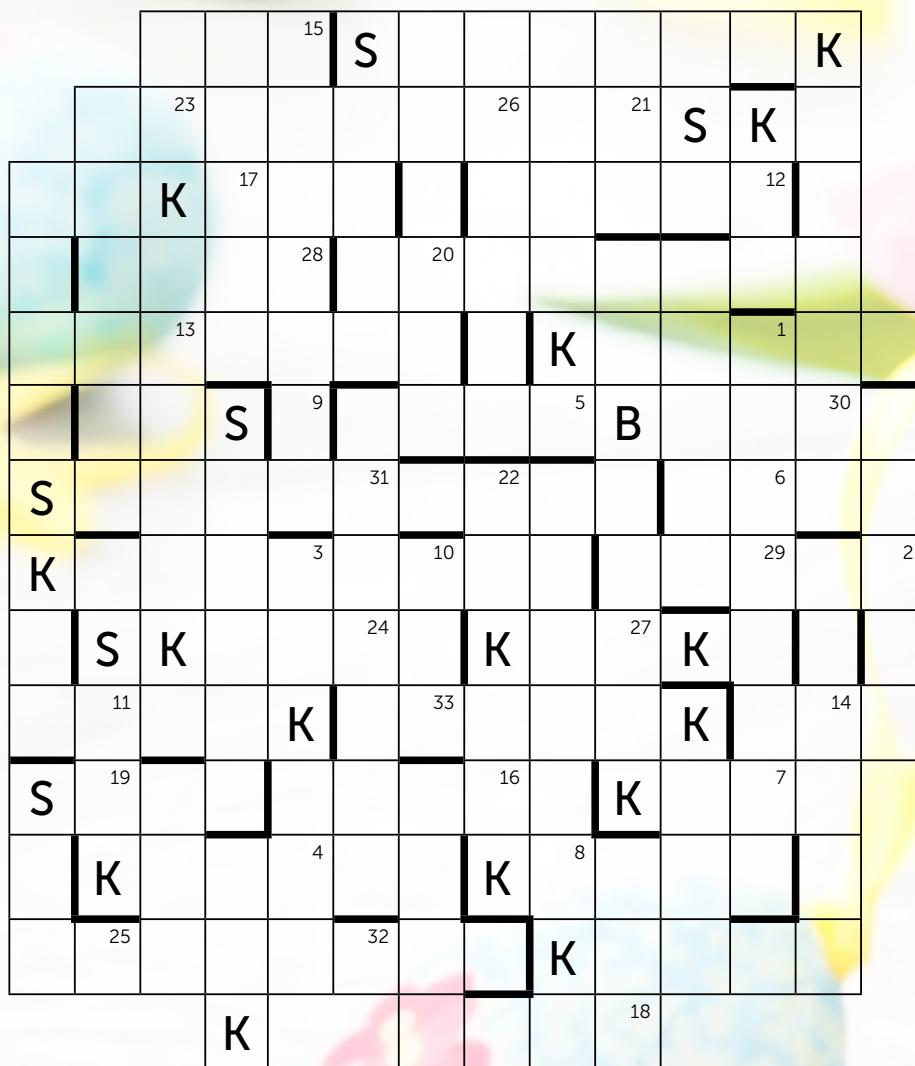
49 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 59 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: **B, K i S**. Na ponumerowanych polach ukryto **33 litery hasła**, które stanowi rozwiązanie. Jest to starożytna modrość arabska.

Hasło w zaklejonej kopercie prosimy zostawić w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy oraz nr kontaktowy. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wylosujemy osobę, która otrzyma nagrodę.

BJER

- na rękach chirurga
- świetlik świętojański
- padlinożerca z rodziny jastrzębi
- przedwojenna poprzedniczka Radwańskiej
- 2.54 cm
- partnerka Krościenka
- między wanadem a manganem
- na tacy lub stosie
- między basem a sopranem
- góruje nad Gurdzufem (Krym)
- rajd gwiazdzisty
- Poprzeczka holka
- podolsztyńska wieś ze stokiem narciarskim
- wielokrotne powtarzanie tych samych operacji
- $a+b / 2$
- wódz polski lub litewski
- stolica ostanu Fars
- łóżko na statku
- między renem a irydem
- krwawnik, odmiana chalcedonu
- wirujący krążek do nawigacji
- pn.-wsch. Prowincja Niz. Weneckiej
- niepowodzenie, przegrana
- praskarpety
- ischias
- kameduł lub cysters
- listwa na burcie na dulki
- wąż z „Księgi i džungli”
- wody otwarte mórz i wielkich jezior
- główny gród nad Angarą
- krzew iglasty w parku
- patron naszego teatru
- zakątek, zakamarek
- trójlistna koniczyna, godło Irlandii
- karcz
- dzielnica przemysłowa Piaseczna
- część Teb poświęcona Amonowi
- druciane oczka bakteriologa
- żeton
- stolica prowincji w Emilia-Romania
- dekret cara
- pomost do ładowania
- waluta RPA
- Miron, nasz działacz ukraiński
- żeńska marynarka
- teolog islamski
- Wyspy Korzenne



- wieńczy dzieło
- izba więzienna
- rodzaj buta w krośnie tkackim
- nowotwór złośliwy
- walkower tenisowy
- partner Chartumu z grobem Mahdiego
- złamana nóżkę
- Adam El...
- żydowska dzielnica Krakowa
- wywiad USA
- płynie w Wientian
- hamuje reakcje chemiczne

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	32	33			

Rozwiązanie krzyżówki nr 48 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 49): „**Młody nie może być mądrym, a stary silnym**”.

Nagrodę otrzymuje Anna Podlaska – Oddział Nefrologii. Gratulujemy! Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



Wiosna

Pierwsze roślinki wychodzą z trawy,
pierwsze listki zielenią na drzewie,
pierwsze koty, najbardziej ciekawe
wietrzą noskiem wiosenne powiewy.

fragment wiersza : Marty "Majorka" Chociłowskiej-Juszczak
<http://majorkowo.mrumru.eu>
Fot. Ewa Maculewicz