



Miesięcznik Wojewódzkiego
Centrum Medycznego w Opolu

ISSN 1689-6858

1 (36) styczeń 2012

wcm.opole.pl nr 1



W numerze m. in.:

- Wojewódzka Przychodnia
Chirurgii Stomatologicznej
i Szczykowo-Twarzowej
- Kriochirurgia...
- Postępowanie chirurgiczne...
- Widzące oczy...
- Poradnia Ortoptyczna
- Konsultanci c.d.
- ISO

2012



*"Jesteśmy profesjonalistami
specjalnie dla Ciebie"*

Wigilia 2011



Zgodnie z coroczną tradycją, przed Świętami Bożego Narodzenia, pacjentów i personel Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu, odwiedził opolski biskup. 18 grudnia, biskup opolski Andrzej Cząja podczas homilii, mówił do zgromadzonych w kaplicy szpitalnej, o tajemnicy wcielenia Syna Bożego, o początkach Królestwa Bożego na ziemi tj. początkach tworzenia kościoła, o potrzebie wznoszenia domu Boga bez cegieł, tylko wiary w sercu. Ksiądz biskup przypomniał słuchającym, o dzisiejszej ewangelii podpowiadającej, iż nie jesteśmy zdani tylko na siebie, a szpital szczególnie sprzyja by zasłuchać się w Słowo Boże.

W ciepłych słowach odniósł się do trudnej pracy do lekarzy, pielęgniarzek oraz pozostałego personelu. Po liturgii, zgromadzeni podzielili się opłatkiem. Następnie biskup Cząja odwiedził oddziały szpitalne, gdzie udzielił błogosławieństwa oraz podzielił się opłatkiem z pacjentami. Podczas odwiedzin w oddziale chirurgii dziecięcej oraz oddziale pediatrycznym towarzyszyła ks. biskupowi grupa „aniołków” z Radłowa.

Wigilijną kolację personelu Szpitala z biskupem Andrzejem Czają oraz przedstawicielami samorządu wojewódzkiego, Romanem Kolkiem, Antonim Konopką – Wice-marszałkami Województwa oraz Stanisławem Łągiewką - Dyrektorem Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego, uświetniły występy dzieci z Gminnego Ośrodka Kultury w Radłowie k/Olesna.

Wojewódzka Przychodnia Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej

Historia istnienia i funkcjonowania Przychodni jest dosyć długa, ponieważ jest jedną z najdłuższych funkcjonujących w Wojewódzkim Centrum Medycznym. O początkach i „rodzeniu” się Wojewódzkiej Przychodni Chirurgii Stomatologicznej (początkowa nazwa Przychodni), opowiada jej pierwszy Kierownik, dr Rafał Pędich, specjalista chirurgii stomatologicznej:

„... Jesienią 1990 roku zdałem egzamin specjalizacyjny z chirurgii stomatologicznej i wówczas dostałem propozycję od dyrektora Szpitala w budowie, w Opolu, przy Al. Witosa, utworzenia Przychodni Chirurgii Stomatologicznej. Realizację tego przedsięwzięcia rozpocząłem w sierpniu 1991 roku. Występujące także wówczas ograniczenia finansowe wymuszały skromne zakupy wyposażenia Przychodni. Dyrektor Browarski, dał mi w miarę wolną rękę, jeśli chodzi o dobór personelu. Dzięki temu można było zatrudniać lekarzy po stażach specjalizacyjnych odbywanych w naszej Przychodni. Przegląd ewentualnych kandydatów do pracy mieliśmy ogromny. Trzeba było tylko wyłowić „perły”. Łowiłem z dobrym skutkiem. Nie dość, że byli świetnymi fachowcami z dobrą ręką do chirurgii to jeszcze tworzyliśmy bardzo zgrany i lubiący się nawzajem zespół. Tacy lekarze jak Romek Sadowski czy Jola Mokrzycka stanowili początek „perłowego naszyjnika” naszej Przychodni. Z łezką w oku wspominam tamte czasy ciężkiej pracy, ale i trwałych przyjaźni. Wszyscy Oni są mi bliscy i jestem dumny, że przez te kilka lat miałem zaszczyt kierować zespołem wspólnych ludzi...”

Z dniem powstania Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej a więc od jesieni 1997 roku Przychodnia nosi nazwę, pod którą funkcjonuje do dnia dzisiejszego tj. Wojewódzkiej Przychodni Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej, łącząc w sobie zakres chirurgii stomatologicznej i chirurgii szczękowo-twarzowej. Już ponad 20!!! lat, zajmuje się diagnozowaniem i leczeniem patologii układu stomatognatycznego. Są to między innymi:

- zakażenia i zapalenia tkanek jamy ustnej, w tym tkanek miękkich i kości szczęk,
- ekstrakcje zębów proste i z użyciem technik operacyjnych (zęby zatrzymane, germektomie tj. wyłuszczenie zęba w postaci zawiązka lub usunięcie w okresie wczesnego stadium jego mineralizacji, zęby nadliczbowe),
- diagnozowanie i leczenie torbieli,
- leczenie chirurgiczne schorzeń przyzębia,
- chirurgiczne przygotowanie jamy ustnej do protezowania,
- resekcje wierzchołków korzeni,
- plastyki połączeń ustno-zatokowych,
- leczenie chorób gruczołów ślinowych,
- leczenie urazów zębów,
- traumatologia szczękowo-twarzowa,



piel. Aneta Stocka, dr Adam Łabiak

- diagnozowanie nowotworów części twarzowej czaszki, jamy ustnej i szczęk,
- leczenie chirurgiczne łagodnych zmian nowotworowych,
- zabiegi chirurgiczne ze wskazań ortodontycznych, w tym z umieszczeniem elementów ściągających zęb zatrzymanych do łuku zębowego.

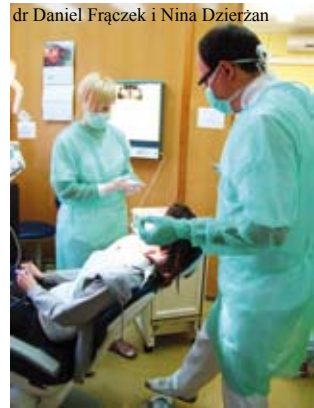
Rocznie udzielanych jest blisko 7 000 świadczeń medycznych u pacjentów. Ambulatoryjnie wykonywanych jest prawie 700 zabiegów operacyjnych, z czego ponad 300 to zabiegi dotyczące zębów zatrzymanych w jamie ustnej. W około 95 %, są to zatrzymane trzecie zęby trzonowe, zwane popularnie „zębami mądrości”. Lekarze Przychodni konsultują także pacjentów hospitalizowanych w Wojewódzkim Centrum Medycznym i innych opolskich szpitalach.

Przychodnia od wielu lat posiada akredytację Ministerstwa Zdrowia do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie chirurgii stomatologicznej a także staży cząstkowych w tej dziedzinie dla innych specjalności medycznych. Jej progi opuściło bardzo wielu lekarzy, specjalistów I bądź II stopnia. Aktualnie posiada 4 miejsca szkoleniowe, z czego 2 są aktywnie wykorzystywane a 2 do „uruchomienia” w najbliższym czasie. Od momentu wprowadzenia rocznych staży podyplomowych wpisana jest na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy dentystów i corocznie przyjmuje lekarzy, pragnących na jej terenie odbyć szkolenie podyplomowe.

Aktualnie w Wojewódzkiej Przychodni Chirurgii Stomatologicznej i Szczerkowo-Twarzowej zespół lekarski tworzy dwóch lekarzy specjalistów chirurgii stomatologicznej: dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka - absolwentka Akademii Medycznej w Białymstoku oraz dr Adam Łabiak - absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu. Doktor Andrzej Operacz - absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu jest w trakcie specjalizacji, a dwoje lekarzy jest rezydentami w trakcie szkolenia specjalizacyjnego - dr Joanna Radzioch - absolwentka Akademii Medycznej w Zabrze oraz dr Daniel Frączek - absolwent Akademii Medycznej w Szczecinie.



dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka



dr Daniel Frączek i Nina Dzierzan



od lewej 1 rzad: N. Dzierzan, J. Radzioch, J. Smerkowska-Mokrzycka, J. Olszewska, D. Hagner
od lewej 2 rzad: A. Operacz, D. Frączek, A. Stocka, A. Łabiak, I. Gałązka

Przychodnia pełni funkcję poradni konsultacyjnej i poszpitalnej dla pacjentów Oddziału Chirurgii Szczykowo-Twarzowej, z czym związana jest obecność personelu lekarskiego wyżej wymienionego Oddziału w Przychodni.



Od powstania do końca roku 1998, zespołem kierował dr Rafał Pędich, a od stycznia 1999 nieprzerwanie do chwili obecnej - dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka (*zdj. obok*), specjalista chirurgii stomatologicznej.

Dr Jolanta Smerkowska-Mokrzycka jest absolwentką Oddziału Stomatologicznego Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Białymstoku z czerwca 1985 roku. W zawodzie pracuje od września 1985 roku. W październiku 1992 roku uzyskała specjalizację I° ze Stomatologii Ogólnej, a w kwietniu 1996 roku, specjalizację II° z Chirurgii Stomatologicznej. Wiedzą i doświadczeniem chętnie dzieli się z młodymi współpracownikami, od wielu lat jest koordynatorem staży podyplomowych lekarzy dentystów (od roku 2001 do chwili obecnej koordynatorem staży 19 lekarzy dentystów), a także kierownikiem specjalizacji I° (4 lekarzy) i II° (5 lekarzy). Z dniem 1 marca 2002 roku została powołana przez Wojewodę Opolskiego na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii stomatologicznej dla województwa Opolskiego. Funkcję tę pełni do chwili obecnej.

Od początku swej drogi zawodowej jest członkiem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego - w tym od roku 1990 Oddziału Opolskiego, a od października 2009 roku członkiem Stowarzyszenia Wspierania Rozwoju Chirurgii Szczykowo-Twarzowej w województwie opolskim.

Od jesieni 1991 roku, średnim personelem medycznym kieruje st. pielęgniarka Jolanta Olszewska (*zdj. obok*), przez kilka lat funkcjonująca jako pielęgniarka koordynująca i nadzorująca a obecnie pielęgniarka specjalistka. W roku 1992 do zespołu dołączyły: st. pielęgniarka Danuta Hagner i st. pielęgniarka Izabela Gałązka oraz w roku 2005 najmłodsza w zespole - st. pielęgniarka Aneta Stocka - wszystkie pracują do chwili obecnej. W historii Przychodni na trwałe zapisały się panie (już nieobecne, ale wciąż pracujące w Wojewódzkim Centrum Medycznym): Elżbieta Siwak - obecnie Oddziałowa Oddziału Chirurgii Szczykowo-Twarzowej, Małgorzata Czempora i Małgorzata Jakobsze - obie pracujące w Oddziale Laryngologicznym, Małgorzata Szalek - pracuje w Oddziale Chirurgii Szczykowo-Twarzowej.



Kriochirurgia jako metoda lecznicza i jej zastosowanie w chirurgii stomatologicznej

Jolanta Smerkowska-Mokrzycka

Wykorzystanie niskich temperatur w leczeniu znane jest od dawna, jednakże dużym bodźcem do ich rozwoju stały się dokonania techniki. Narodziny kriochirurgii związane są z rokiem 1961 (Cooper i Lee), w którym jako

chłodziwo zastosowano CO₂, freon, ciekły azot. Zamrażanie żywych tkanek z zastosowaniem krioaplikatora kontaktowego (temperatury rzędu - 180 do - 190 stopni C), wywołuje zmiany widoczne makroskopowo: po kilkunastu sekundach występuje anemizacja okolicy, co daje możliwość bezkrwawego działania. Następuje zamarzanie tkanki do konsystencji twardego lodu, pole operacyjne przybiera wygląd twardej, białej grudki, której zasięg rozszerza się w czasie prowadzenia dalszego ochładzania. Wyraźnie widoczne jest w czasie trwania zabiegu przesuwanie się tzw. frontu lodu. Strefa zamrożenia, zgodnie z zasadami termodynamiki, bez względu na kształt krioaplikatora przybiera formę półkuli. Od momentu ogrzania się zamrożonej tkanki do temperatury tkanek otaczających, w zamrożonej okolicy pojawia się zaczerwienienie, będące przejawem przekrwienia a następnie szybko narastający obrzęk. Na tle tych zmian miejsca wymrażane są wyraźnie odgraniczone od tkanek je otaczających. Po kilkudziesięciu minutach w miejscu działania niskiej temperatury, stwierdza się powstawanie pęcherza wypełnionego wodnistym płynem surowicznym lub wysiękiem, utrzymującym się 4 do 5 dni w okolicy pozbawionej naskórka. Po 24 godzinach zaznacza się obszar martwicy tkanek poddawanych leczeniu a wyraźnie zarysowuje się po upływie 3 - 4 dni od zabiegu. Wytworzenie strupa i oddzielenie tkanki nekrotycznej trwa średnio 21 dni.

W Wojewódzkiej Przychodni Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej leczy się tą metodą następujące schorzenia:

- brodawczakowatość błony śluzowej jamy ustnej,
- przerost zapalny brodawczakowaty podniebienia,
- ziarniniaki naprawcze,
- guzy zlokalizowane w dziąśle, tzw. nadziąślaki,
- leukoplakia błony śluzowej jamy ustnej,
- leukokeratoza,
- nadmierne rogowacenie skóry i czerwieni wargowej,
- afty proste i nawracające,
- łagodne, niewielkie guzy błony śluzowej (brodawczaki, włókniaki),
- naczyniaki.

Zabiegi wykonuje się w warunkach ambulatoryjnych. Okolice poddawane leczeniu zazwyczaj nie wymagają zastosowania leków miejscowo znieczulających, zabiegi mogą być powtarzane wielokrotnie i nie kolidują z innymi sposobami leczenia, dając wysoki procent wyleczeń (np. w przypadku leukoplakii błony śluzowej jamy ustnej ok. 97% chorych jest wyleczonych), są łatwe do wykonania, dobrze znoszone przez pacjentów. Rocznie wykonujemy blisko 50 takich zabiegów.

Postępowanie chirurgiczne w guzach powiek

Rafał Pławszewski, st. asystent Oddziału Okulistyki WCM Opole

Rak podstawnokomórkowy (basal cell carcinoma-BCC), jest najczęściej występującym guzem złośliwym powiek, stanowi ok. 90 % z wszystkich no-



wotworów złośliwych powiek.

Najczęstsza lokalizacja to w kolejności: powieka dolna, kął przyśrodkowy, powieka górna, kął boczny. BCC to guz miejscowo złośliwy nie dający przerzutów odległych.

5-10 % nowotworów złośliwych powiek stanowi **SCC - rak kolczysto komórkowy** (squamous cell carcinoma). Jest guzem bardziej złośliwym, dając przerzuty do okolicznych węzłów chłonnych i drogą okołonerwową może penetrować poprzez oczodoł do jamy czaszki. Najczęstsza lokalizacja to powieka dolna i brzeg powiekowy.

Rak gruczołu łojowego (sebaceous gland carcinoma - SGC) występuje częściej na powiece górnej a inne lokalizacje to mięsko łożowe oraz skóra wokół oczu. Wczesne stadia tego nowotworu wykazują podobieństwo do gradówki charakteryzując się obecnością żółtawych mas nowotworowych wewnątrz guza.

Czerniak - wysoce złośliwy guz i choć nie należy do częstych nowotworów skóry powiek to może stwarzać wątpliwości diagnostyczne ponieważ ok 50 % czerniaków to postacie kliniczne bezbarwnikowe.

Kolejnym agresywnym nowotworem jest **rak komórek neuroendokrynych Merkela**, częściej obejmuje powiekę górną i stosunkowo szybko daje wielonarządowe przerzuty.

Mięsak Kaposiego, jest o tyle szczególnym nowotworem że występuje u pacjentów z obniżoną odpornością w przebiegu AIDS, może być jedynym objawem tej choroby we wczesnym stadium choć zwykle spotykany jest w pełnoobjawowym AIDS - może wykazywać podobieństwo ze znamieniem skórnym lub krwiakiem.

W chirurgii guzowatych zmian powiek, wyróżnić należy II etapy: całkowite wycięcie zmiany wraz z oceną histologiczną oraz rekonstrukcja powstałego ubytku.

Rekonstrukcja powieki dolnej:

rozmiar ubytku decyduje o doborze techniki rekonstrukcyjnej. Małe ubytki nie przekraczające 25% - u młodych i 30% - u starszych pacjentów, szerokości powieki - zaopatrywane są zwykle przez proste zszycie ubytku łącząc ze sobą części spojówkowo-tarczkowe powieki i odpowiednio warstwę mięśniowo-skórną. Przy tej technice uwzględnić należy elastyczność i podatność powieki, która jest inna w różnych grupach wiekowych.

Ubytki średniej wielkości dochodzące do 50% szerokości powieki zaopatruje się zwykle płatem rotacyjnym Tenzela, po uprzednim wykonaniu kantolizy bocznej (przecięcia więzadła bocznego operowanej powieki).



Ubytki duże - przekraczające 50% szerokości powieki, mogą być zaopatrzone płatem rotacyjnym policzkowym Mustarde'a i przeszczepem śluzówkowo-chrząstnym lub z wykorzystaniem śluzówki policzka pełnej grubości lub mogą wymagać zastosowania materiału spojówkowo-tarczowego oraz skórno-mięśniowego celem odtworzenia obu tych różnych anatomicznie i funkcjonalnie warstw powieki z wykorzystaniem płata Koellnera lub techniką Dupuys-Dutemps-Hughes czy metodą Landolt-Hughes. Metoda Mustarde'a ma przewagę w przypadku ubytków przeważająco wertykalnych, natomiast 3 wymienione wyżej techniki rekonstrukcji powieki dolnej tzw. techniki z podziału powieki górnej raczej znajdują zastosowanie w przypadku ubytków przeważająco horyzontalnych. Wykorzystują one materiał do rekonstrukcji blaszki wewnętrznej pochodzący z powieki górnej tego samego oka lecz różnią się miejscem pobrania. W metodzie D-D-H powieka górna rozszczepiana jest na 2 blaszki w linii podziału którą stanowi linia szara. Płat Koellnera wypreparowywany jest poprzez poziome nacięcie spojówkowo-tarczowe w odległości 4 mm od wolnego brzegu powiekowego i 2 cięcia pionowe biegnące do górnego załamka podobnie jak w metodzie Landolt-Hughes. Warstwa skórno-mięśniowa odtwarzana jest poprzez płat uszypułowany pochodzący z powieki górnej lub w wyniku pionowej transpozycji niżej położonych warstw lub w drodze wolnego przeszczepu skórno-mięśniowego. Tak więc rekonstrukcja blaszki wewnętrznej spojówkowo-tarczowej dokonywana jest przez wykorzystanie materiału pochodzącego z tarczki powieki górnej - jeżeli jest dostępna. Korzystamy wtedy z płata uszypułowanego lub pobieramy materiał jako wolny przeszczep z powieki górnej drugiego oka.

Warstwa blaszki zewnętrznej odbudowywana jest przy pomocy płata uszypułowanego z tej samej lub przeciwnej strony - płat wolny. Należy zwrócić uwagę, że materiał wykorzystywany do rekonstrukcji, powinien być jak najbardziej zbliżony do pierwotnej tkanki jeżeli chodzi o strukturę, właściwości i barwę co pozwala uzyskać dobry efekt pooperacyjny. Korzystamy również z chrząstki pobranej z małżowiny usznej lub skóry pobieranej z przestrzeni za uchem.

Aby zminimalizować ryzyko martwicy tkanek po przeszczepie, obowiązują reguły zwiększające szanse na prawidłowe gojenie, w związku tym nie korzystamy z dwóch wolnych przeszczepów celem rekonstrukcji obu blaszek jednocześnie, jeżeli jedną warstwę rekonstruujemy płatem wolnym to druga warstwa powinna zostać odtworzona płatem uszypułowanym. Zmniejsza to ryzyko niedokrwienia i nieopodowienia zabiegu wskutek nekrozy tkanek. Można stosować też dwa płaty uszypułowane jednocześnie.

Rekonstrukcja górnej powieki przedstawia się jako odrębny problem, ponieważ rekonstrukcja taka uwzględniać musi aspekt anatomiczny i czynnościowy tej powieki - jej zdolność unoszenia i zamykania przestrzeni międzypowiekowej.

Podobnie ubytki do 25% wymiaru horyzontalnego można zaopatrzyć przez proste połączenie brzeg do brzegu. Ubytki 25-50% nie kwalifikują się do tego typu postępowania ze względu na możliwość wystąpienia ptozy (opadnięcie powieki), wynikającej z zaburzeń mechaniki powieki. W tych sytuacjach wykorzystujemy płatek pełnościenny pochodzący z powieki dolnej uszypułowany nie większy niż $\frac{1}{4}$ wymiaru poziomego, który rotujemy 180° i wszywamy w miejsce ubytku lub rekonstruujemy wolnym przeszczepem kombinowanym

z płatem uszypułowanym.

Ubytki przekraczające 50% wymagają postępowania kilkuetapowego, jeżeli korzystamy z płata uszypułowanego pochodzącego z powieki dolnej to po okresie 4-6 tygodni możemy uwolnić podstawę płata i wszyć go w powiekę górną dbając o prawidłowe wszycie mięśnia dźwigacza, natomiast ubytek powieki dolnej można zaopatrywać płatem rotacyjnym skroniowym lub policzkowym. Alternatywnie zastosować można wolny przeszczep blaszki wewnętrznej i pokryć go płatem uszypułowanym z sąsiedztwa.

Chirurgia rekonstrukcyjna powieki górnej jest trudniejsza i przy dużych ubytkach kilkuetapowa ale za to lokalizacja guzów zdecydowanie rzadsza niż na powiece dolnej.

W postępowaniu chirurgicznym guzów powiek, pomimo iż działamy lokalnie, pamiętać musimy o możliwości występowania zmian wielonarządowych. Dlatego niezmiernie ważny jest obszerny wywiad i badanie ogólne pacjenta. Często wieloetapowe postępowanie operacyjne powinno być poprzedzone szczerą rozmową z naszym pacjentem, aby dokładnie omówić strategię postępowania, cel i co najważniejsze uzyskać akceptację dla naszych planów operacyjnych. Współpraca pacjenta i lekarza jest w tej sferze istotna, ponieważ bardzo często pojawia się niepokój powodowany obecnością zmiany nowotworowej, a także lęk przed okaleczeniem w wyniku procedury chirurgicznej. Uświadomienie pacjenta, jego współpraca i zaufanie są kluczowe w procesie terapeutycznym.

Widzące oczy to skarb - rola pielęgniarki w Oddziale Okulistycznym



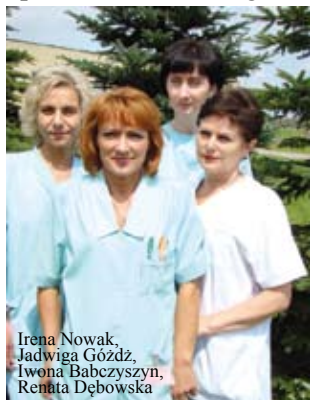
Wpływ na ocenę pracy pielęgniarek w oddziale okulistycznym i w poradniach okulistycznych ma zapewne niewielka wiedza na temat okulistyki, która najczęściej kojarzona jest z leczeniem „zapalenia spojówek” i podawaniem kropli do oczu. Postępujący znaczący rozwój techniki na świecie i w Polsce ma istotny wpływ na szybki rozwój chirurgii okulistycznej.

Wraz z wkroczeniem do medycyny nowoczesnej techniki, pielęgniarka obsługuje skomplikowane aparaty elektroniczne oraz uczestniczy w diagnostyce badań specjalistycznych. **Sprawia to, że pielęgniarka musi być świadomym i pełnowartościowym partnerem lekarza w leczeniu schorzeń okulistycznych.**

Rola pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do zabiegu operacyjnego na gałce ocznej ma duże znaczenie w końcowym efekcie leczenia. Każdy z nas może oddziaływać świadomie lub nie na drugiego człowieka przez słowo i przykład, dlatego zawsze staramy się podejmować trud pokonania wszelkich słabości, tak by stać się profesjonalistami w swoim zawodzie. Pielęgniarka przygotowująca pacjenta i pielęgnowająca po zabiegu, postępuje zgodnie z obowiązującymi

standardami szczególnie, zabezpieczając przed zakażeniem rany operacyjnej. Zadaniem pielęgniarki jest wykonanie zabiegów pielęgniarstwa, rozpoznanie potrzeb chorego w celu niesienia mu ulgi w fizycznym i psychicznym cierpieniu.

W Oddziale Okulistycznym przebywają pacjenci nie tylko do zabiegów operacyjnych, ale także osoby do diagnostyki, po urazach gałki ocznej, ze stanami zapalnymi oczu oraz dzieci. Opieka nad wszystkimi pacjentami wymaga ze strony personelu pielęgniarstwa wykonywania też czynności jak: zakrapianie oczu 5 razy na dobę, często w ściśle określonych godzinach, doprowadza pacjentów na badania, do toalety, karmienie lub pomoc w trakcie spożywania posiłków (podeszły wiek, niedowidzenie, demencja). W przypadku niektórych schorzeń: odklejenie siatkówki, wylewy, urazy, pacjent wymaga założenia opatrunku obuoocznego i unieruchomienia w łóżku. Pacjent nie powinien pozostawać sam na długi czas, sprzyja to bowiem utracie poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji. Jest on wtedy ściśle uzależniony od pielęgniarki, od której wymaga się szczególnej delikatności, troskliwości i pełnej profesjonalności. Bardzo często naszymi pacjentami są osoby z dużym niedowidzeniem mające trudności w poruszaniu się oraz z zaburzeniami orientacji, dlatego ze względu na ich bezpieczeństwo szczególnie w godzinach nocnych wymagają wzmoczonego nadzoru oraz pomocy.



Irena Nowak,
Jadwiga Goźdz,
Iwona Babeczyszyn,
Renata Dębowska

Praca w Oddziale Okulistycznym nie odbiega w zasadzie od pracy w innych oddziałach szpitalnych z tą różnicą, że pacjentami Oddziału są w większości ludzie starsi (70-95 lat), z różnymi schorzeniami związanymi z wiekiem, co wymaga ze strony personelu pielęgniarstwa wiedzy nie tylko z dziedziny okulistyki, ale również z interny, geriatryi a nawet psychiatrii.

Poddanie się leczeniu operacyjnemu jest dla każdego dużym przeżyciem. Perspektywa zabiegu jest wydarzeniem emocjonalnym często wywołującym lęk. Każda choroba, operacja, pobyt w szpitalu pociąga za sobą obciążenie psychiczne, często urastające do dramatycznego. Dlatego przygotowanie chorego to zarówno przygotowanie fizyczne jak i psychiczne.

Przygotowanie fizyczne obejmuje okres od przyjęcia chorego do Oddziału oraz przygotowanie w dniu operacji, aż do momentu przewiezienia chorego na salę operacyjną. Niezależnie od rodzaju planowanego zabiegu, pielęgniarka swoją pracę z pacjentem rozpoczyna już w momencie przyjęcia do Oddziału zbierając dokładny wywiad dotyczący: istniejących schorzeń, pobieranych przez pacjenta leków co pozwala jej na dokonanie kategoryzacji opieki pielęgniarstwa i ustalenie prawidłowej diety. Do operacji przygotowuje się cały ustrój pacjenta mając na uwadze ogólny stan chorego. Pacjent skierowany do zabiegu na gałce ocznej podlega badaniu lekarskiemu uwzględniając szczególnie choroby układu krążenia, oddechowego, przemiany materii, choroby nosa i gardła, choroby zębów oraz procesy ropne skóry, które mogą być przyczyną zakażenia oka. Czynności bezpośrednio związane z zabiegami okulistycznymi odbywającymi się zarówno w bloku operacyjnym jak i na sali zabiegowej od-

działu to: wykonanie pomiaru ostrości wzroku, podanie odpowiednich kropli przygotowujących oko do badania lekarskiego, obcięcie rzęs oka operowanego, wykonanie EKG, pomiaru ciśnienia tętniczego, założenie wkłucia obwodowego, pobranie krwi do badań zgodnie ze zleceniem oraz wykonanie zleconych konsultacji.

Obciążenie psychiczne pacjenta łączy się często z niepokojem, obawami i lękiem. Wraz z lękiem pojawiają się dodatkowe objawy somatyczne typu: podwyższone RR, wzmożone pocenie, kołatanie serca, problem ze snem, biegunka, dezorientacja. Ograniczone widzenie, często trudności w poruszaniu, niedosłuch (podeszły wiek pacjentów) sprawiają że nasi podopieczni domagają się poświęcenia im większej uwagi oraz pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności pielęgnacyjnych.

Pielęgniarka jest pierwszą osobą, która pomaga choremu przezwyciężyć lęk związany z hospitalizacją, poświęca mu dużo czasu wykonując zarówno typowe zabiegi pielęgniarstwa, udziela wyjaśnień oraz informacji istotnych dla dobrego samopoczucia pacjenta.

Dbajmy o nasze oczy, które zdrowe umożliwiają widzenie otaczającego nas świata. Pamiętajmy, że zmysł wzroku jest dominującym i najbardziej wykształconym zmysłem człowieka. Oczami odbieramy aż 80% wszystkich informacji z otoczenia.

Widzące oczy to skarb, dbajmy o nie!

Praca pielęgniarki w Przychodni Okulistycznej odgrywa ważną rolę w profilaktyce, diagnostyce i leczeniu chorób oczu.

Pielęgniarka jest łącznikiem między pacjentem a lekarzem. Ten pierwszy kontakt jest dla chorego bardzo ważny. Pacjenci, często zagubieni, zdezorientowani, onieśmieleni, wymagają dużej uwagi, zrozumienia, spokoju i zainteresowania ich osobą. Pacjentami Wojewódzkiej Poradni Okulistycznej są także dzieci do 16 roku życia i wcześniaki. Pielęgniarka przygotowując pacjenta do zabiegu lub badania, uświadamia go o istocie zabiegu, jego wskazaniach i przeciwwskazaniach. Czynności wykonywane przez pielęgniarkę przed zabiegiem to: sprawdzenie ostrości wzroku, kilkakrotne podanie kropli do oczu, pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego, wykonywanie pola widzenia (kinetycznego i statycznego), przygotowanie zestawów do zabiegów. Przygotowanie do badania okulistycznego wymaga dużej ilości czasu (np. kilkakrotne kropienie by przygotować oko do badania lub zabiegu), co spotyka się często z brakiem zrozumienia i zniecierpliwienia ze strony pacjentów i rodzin. Dochodzi do sporów między nimi, dlatego od pielęgniarki wymagana jest też umiejętność łagodzenia konfliktów oraz przekazanie „że wszystkich powinien obowiązywać wzajemny szacunek, takt i zrozumienie drugiego człowieka”. Pielęgniarka po przygotowaniu pacjenta sprawdza aparaturę medyczną i asystuje przy zabiegu monitorując stan ogólny i miejscowy pacjenta a w razie potrzeby kieruje się z nim do innego gabinetu na dodatkowe badania. Po wykonaniu zabiegu dezynfekuje sprzęt oraz wypełnia dokumentację medyczną zgodnie z obowiązującymi procedurami.

Poradnia Ortoptyczna

Marzena Żółtaniecka* mgr tyflopedałog, dyplomowana ortoptystka



Od 21 lat prowadzę gabinet ortoptyczny w ramach Wojewódzkiej Poradni Okulistycznej dla Dzieci oraz Poradni Zezowej. W pracy tej łączę kompetencję ortoptysty (z greckiego orto - prosto i opticas - widzenie) i tyflopedałoga (z gr. tyflo - ślepy, niewidomy).

Ortoptyka, zdaniem Międzynarodowego Towarzystwa Ortoptycznego, to „mała” profesja o wielkim znaczeniu. Jest to dział okulistyki zajmujący się badaniem i leczeniem zaburzeń ustawienia i ruchów gałek ocznych, czyli zezów oraz usprawnianiem funkcji obuocznego widzenia.

Główne działania ortoptystów to: badanie stanu widzenia obuocznego (w sensie funkcji korowych widzenia), przygotowanie pacjentów do zabiegów operacyjnych zezów, nadzór i pooperacyjna rehabilitacja, prowadzenie ćwiczeń głównie u dzieci z niedowidzeniem i zezem (które mają na celu poprawę ostrości widzenia, zmniejszenie kąta zezów, kontrolowanie ruchów oczu, niwelowanie dwojenia, poprawę lokalizacji koordynacji wzrokowo-ruchowej, poprawę widzenia obuocznego, a przez to funkcjonalnie komfortu widzenia).

Ortoptyka zaistniała w Anglii w roku 1930. W Polsce twórcą szkoły leczenia zezów i metodyki pracy ortoptystki byli krakowscy profesorowie: prekursor dyscypliny Marian Wilczek i jego kontynuatorka, Krystyna Krzystkowska, u której miałam możliwość się kształcić.

Ortoptyka jest swoistą rehabilitacją, rewalidacją korowych funkcji widzenia i tylko systematyczne ćwiczenia są w stanie korygować ten proces na etapie trwającego jeszcze fizjologicznego rozwoju korowych ośrodków wzrokowych; po ukończeniu procesu nie da się już niczego zmienić. Operacja może jedynie kosmetycznie poprawić wygląd pacjenta, nie jest w stanie przywrócić widzenia w sensie ostrości widzenia i procesów widzenia przestrzennego.

Leczenie niedowidzenia to długotrwałe i stałe tłumienie dominacji oka prowadzącego w konkurencji siatkówkowej; jest najskuteczniejsze przez wyłączenie oka z aktu widzenia przez okresowe jego zasłanianie lub na drodze optycznej i farmakologicznej degradacji.

Ponieważ średnia wieku moich pacjentów znacznie się obniżyła od kilku lat zajmuję się usprawnianiem widzenia u dzieci kilku-, kilkunastomiesięcznych, w tym sporej grupie wcześniaków. Znajomość etapów rozwoju widzenia pozwala zaprojektować i stosować ćwiczenia adekwatnie do wieku i sytuacji testowej czy terapeutycznej.



Miałam okazję być stypendystką Fundacji K.N. Hilton-Perkins z USA w programie „Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka niewidomego i słabowidzącego z dodatkowymi ograniczeniami”, by w codziennej pracy wykorzystywać zdobytą w ten sposób wiedzę.



Usprawnianie widzenia polega na kontroli pola widzenia, śledzeniu z przekraczaniem linii środkowej ciała, stymulacji płamkowej fiksacji (kształtowaniu odruchów optomotorycznych)



Funkcja emocjonalno-komunikacyjna narządu wzroku polega na nawiązaniu kontaktu wzrokowego z mamą i naśladownictwie, w przypadku nie-



skorygowanej wady, brak jest tego tak ważnego elementu rozwoju.

Ortoptysta na podstawie przeprowadzonych badań stawia diagnozę funkcjonalną. Diagnoza ma odpowiedzieć na pytanie, ile dziecko widzi, w jakich warunkach używa wzroku i ma pokazać rodzicom, jak i kiedy należy ćwiczyć, by skutecznie ten proces wspomagać.



Terapię najlepiej rozpocząć jeszcze w ramach OIOM-u.

Jeśli wystarczą ćwiczenia domowe, dzieci umawiane są tylko na kontrole. Te które wymagają ćwiczeń z użyciem sprzę-



tu, przychodzą na terapię.

Diagnoza funkcjonalna jest oparta na okulistycznej diagnozie klinicznej, ale wykracza poza nią o czynnik praktycznego, emocjo-



nalnego, komunikacyjnego i sprawczego wykorzystania wzroku.

Bęben do wywołania oczopląsu optokinetycznego (udostępniony przez niemiecką Politechnikę w Jenie), jest nie tylko prostym testem na sprawdzenie prawidłowości podstawowych funkcji wzrokowych i świadomości bodźca, ale i świetną pomocą do ćwiczeń; kontrast jest duży i możliwość pokręcenia bębnem zachęca dzieci do wykonania ruchu albo samej intencji ruchu.

Reasumując:

umiejętność widzenia nie jest wrodzona i jej rozwój nie przebiega automatycznie, umiejętność widzenia nie jest wyznaczona wyłącznie przez ostrość wzroku i nie może być oceniana jedynie na tej podstawie, umiejętność widzenia i funkcjonowanie wzrokowe nie są wyznaczone wyłącznie przez rodzaj i stopień schorzenia lub uszkodzenia układu wzrokowego, umiejętność widzenia i sprawności posługiwania się wzrokiem można się nauczyć poprzez wykonywanie odpowiednio zaprogramowanych ćwiczeń wymagających wykorzystania wzroku.

Widzenie jest procesem mózgowym rozwijającym się z wiekiem i poddającym się ćwiczeniom; okulista dba o percepcyjny obwodowy odcinek narządu wzroku, ale praca nad rozwojem analizatora wzrokowego należy już do nauczyciela. Okulista umożliwia widzenie, nauczyciel - rozumienie i interpretację oglądanych obrazów.

Prowadzę działalność naukową i dydaktyczną na Wydziale Fizyki Politechniki Wrocławskiej, (optyka okularowa i optometria), gdzie wykładam teorię i praktykę przedmiotu fizjologia i patofizjologia widzenia w zezie, widzenie obuoczne i strabologia; badam stan widzenia obuocznego i prowadzę statystykę występowania zezu wraz z jego etiologią. Ponieważ zauważam braki w badaniach przesiewowych, moją uwagę zwróciły prewencyjne badania wzroku organizowane na terenie NY dzielnicy Brooklyn przez Helen Keller Services for the Blind. Ten model przenoszę w badaniach, które od kilku lat prowadzę ze studentami, moimi magistrantami w południowo-zachodniej Polsce. Oto kilka interesujących wyników.

U matek palących 5-9 papierosów dziennie ryzyko zezu u dziecka było o 38% wyższe niż u niepalących; palenie 10 i więcej papierosów dziennie zwiększało ryzyko do 90%. W przeanalizowanych grupach czynników najistotniejszy wpływ na występowanie zezu i niedowidzenia (wyznaczony na podstawie średniej wyliczonej z procentowego udziału czynników przynależnych do danej grupy) określono, odpowiednio w kolejności dla:

1. palenia papierosów - 45,8%,
2. dziedziczenia - 18,5%,
3. stanu zdrowotnego dziecka - 15,6%,
4. przebiegu ciąży - 11,8%.

15% dzieci ma zaburzenia widzenia obuocznego, częściej zezują dziewczynki, zez częściej dotyczy oka prawego, zaobserwowano wzrost występowania zezów rozbieżnych, który to należy łączyć ze wzrostem krótkowzroczności w populacji.



Nieocenioną i niedocenioną pracę na rzecz profilaktyki i badań przesiewowych w Polsce wykonał dr Sergiusz Karpowicz - ordynator Oddziału Okulistycznego w Opolu, który w latach 1951-1957 przeprowadził akcję (Actio Preventiva Antistrabismatica APA), polegającą na zapisywaniu 7-12 miesięcznym dzieciom okularów wyrównujących wadę refrakcji. Przeprowadzone 8 lat później badania przesiewowe wykazały mniejszy odsetek zezów w mieście Opolu w porównaniu z grupą kontrolną z terenu województwa.

Wymagania stawiane badaniom przesiewowym:

- ✓ schorzenie powinno stanowić istotny problem zdrowia publicznego,
- ✓ powinna występować wczesna, bezobjawowa faza schorzenia,
- ✓ dostępne jest odpowiednie badanie przesiewowe (dokładne, proste, nieinwazyjne),
- ✓ istnieje uznany standard leczenia tego schorzenia,
- ✓ istnieją dowody na to, że leczenie schorzenia we wczesnej, bezobjawowej fazie schorzenia ma wpływ na stan pacjenta w odległej przyszłości.

Postulaty te spełniają badania profilaktyczne przeciwdziałające zezom i niedowidzeniu.

Zez jest nie tylko jednostką chorobową i defektem kosmetycznym, jest złożonym procesem psychofizjologicznym, który sprawia duże problemy w edukacji szkolnej, a w konsekwencji uniemożliwia zdobycie wielu zawodów. Dlatego tak ważne jest jego wczesne wykrycie i leczenie.

** Marzena Żółtaniecka licencjonowana ortoptystka, członek Międzynarodowego Towarzystwa Ortoptycznego, Sekcji Strabologicznej Polskiego Towarzystwa Okulistycznego. Ekspert Środowiskowej Komisji Akredytacyjnej Optyki Okularowej i Optometrii.*

Pedagog wczesnej interwencji w zakresie wspomaganie rozwoju widzenia.

Terapeuta widzenia w Poradni Rehabilitacji Noworodka i Małego Dziecka w Opolu.

Propagator i autor publikacji z zakresu ortoptyki i rehabilitacji wcześniaków ze sprzężonymi niepełnosprawnościami.

Prywatnie mama trójki dzieci, taterniczka, zapalona turystka planująca kolejną wyprawę do południowej Afryki.

Konsultanci z Wojewódzkiego Centrum Medycznego c.d.

Dr n. med. Teresa Szymczyk



tszymczyk@konto.pl 77 452 01 82 /sekr. 784 /

Urodziła się w 1951 roku we Wrocławiu. Pochodzi z wielopokoleniowej rodziny lekarskiej. W 1952 roku przeniosła się wraz z rodzicami do Zabrza, gdzie ukończyła szkołę podstawową i zdała maturę w 1968 roku. W tym roku rozpoczęła naukę na wydziale lekarskim Śląskiej Akademii Medycznej a w 1974 roku otrzymała dyplom lekarza.

W lipcu 1974 roku rozpoczęła staż w Zespole Opieki Zdrowotnej Zabrzu. Od stycznia 1975 do sierpnia 1996,

pracowała w Klinice Pediatrii Śląskiej Akademii Medycznej w Bytomiu, początkowo na etacie asystenta potem adiunkta. W trakcie pracy w Klinice Pediatrii w Bytomiu uzyskała w roku 1978 I° specjalizacji z pediatrii a w roku 1981 II° z pediatrii. W roku 1983 obroniła pracę doktorską z immunologii klinicznej. Pracując w Klinice Pediatrii Śląskiej Akademii Medycznej była autorem wielu prac, prowadziła koło naukowe dla studentów. Za osiągnięcia naukowe otrzymała nagrodę 3 stopnia od Rektora Śląskiej Akademii Medycznej. W październiku 1996 roku po wygranej konkursie na stanowisko ordynatora Oddziału Dzieci Młodszych rozpoczęła pracę w Wojewódzkim Centrum Medycznym w Opolu.

W trakcie pracy na stanowisku Ordynatora we wrześniu 1997 roku zdała egzamin specjalizacyjny z alergologii. W latach 2003-2009 po likwidacji oddziału Wojewódzkiego Dzieci Młodszych została zastępcą ordynatora Wojewódzkiego Oddziału Dziecięcego.

Wyspecjalizowała 8 lekarzy na 1° z pediatrii i 3 lekarzy na 2° z pediatrii.

Nagrała dla Radia Opole kilka audycji informacyjnych dla rodziców z zakresu alergologii i pediatrii okresu niemowlęcego.

Brała czynny udział w szkoleniach doskonalących dla ordynatorów organizowanych w Centrum Zdrowia Dziecka, w kursach z zakresu alergologii i sympozjach z alergologii i immunoterapii. Przez cały czas pracy uczestniczyła w Ogólnopolskich Zjazdach i Konferencjach Towarzystwa Pediatrycznego gdzie przedstawiane były prace z Wojewódzkiego Oddziału Pediatrii w Opolu. Ponadto brała udział w szkoleniach „Zarządzanie kosztami w służbie zdrowia” i „Ordynator a reforma służby zdrowia” w Warszawie. W roku 1999 została wybrana wiceprzewodniczącą Oddziału Opolskiego Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.

Od marca 2002 roku jest Konsultantem Wojewódzkim ds. pediatrii dla województwa opolskiego.

W trakcie pracy jako konsultanta wizytuje corocznie wszystkie oddziały dziecięce na terenie naszego województwa. Dzięki stałemu kontaktowi z ordynatorami udało się Jej załatwić wiele problemów. Dla celów szkolenia pediatrów, 5 oddziałów dziecięcych uzyskało akredytację do szkolenia specjalizacyjnego.

Zorganizowała konferencje szkoleniowe, ostatnio wraz z Opolskim Centrum Zdrowia Publicznego dotyczącą nowotworów u dzieci.

Współpracuje także z Wielką Orkiestrą Świątecznej Pomocy - kilka oddziałów otrzymało cenny sprzęt medyczny.

Od stycznia 2010 jest na emeryturze pracuje nadal w 3 Poradniach Alergologicznych na terenie naszego województwa.



Diagnostyka Laboratoryjna mgr farmacji Anna Zacher
anna.zacher@tlen.pl 77/452 03 90/399

Specjalista analityki klinicznej. Ukończyła w 1978 roku Wydział Farmacji - kierunek Analityki Klinicznej Wrocławskiej Akademii Medycznej.

W początkach swojej drogi zawodowej zdobywała doświadczenie równocześnie w aptece, wykonując zawód farmaceuty jak i w laboratorium. Ostatecznie laborato-

rium stało się priorytetem.

Pracę w laboratorium rozpoczęła w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym. W tamtym czasie Szpital dysponował trzema laboratoriami. W początkowym okresie pracowała w laboratorium nr 1 przy placu Kopernika, które obsługiwało oddział wewnętrzny, hematologii i kardiologii.

Od 1984 roku w laboratorium nr 4 zatrudniona została u boku swojego nauczyciela zawodu lek. med. Renaty Komorowskiej pełniąc tam funkcję zastępcy. Laboratorium obsługiwało oddziały nefrologii, pulmonologii oraz onkologii z przyległymi przychodniami.

Ówczesna współpraca z lekarzami wymienionych oddziałów zbudowała solidne fundamenty analitycznej oceny badań laboratoryjnych, ich klinicznej interpretacji i wykorzystania w diagnozowaniu pacjentów.

Od 1996 roku związana jest z Wojewódzkim Centrum Medycznym i tutejszym Zakładem Diagnostyki Laboratoryjnej, gdzie od 2003 roku pełni funkcję zastępcy kierownika Zakładu.

W 1986 roku uzyskała pierwszy stopień specjalizacji, a w 1999 roku drugi stopień specjalizacji - oba pod kierunkiem dr nauk med. Jacka Kujawskiego.

Od czerwca 2006 roku została jej powierzona funkcja konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej. Priorytetem dla niej stało się podnoszenie kwalifikacji diagnostów. Podczas jej kadencji 10 diagnostów zostało specjalistami i obecnie w województwie jest 21 specjalistów w tej dziedzinie.

Należy do Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej. Od 2004 roku pełni funkcję zastępcy Opolskiego Oddziału PTDL. Inicjator i współorganizator wielu szkoleń zorganizowanych w ramach Towarzystwa. Jest również członkiem Kolegium Medycyny Laboratoryjnej - w grupie roboczej biochemii klinicznej/diagnostyki laboratoryjnej.

Aktualnie pod jej opieką 4 diagnostów specjalizuje się w dziedzinie medycznej diagnostyki laboratoryjnej. Pod jej kierunkiem 8 osób uzyskało specjalizację pierwszego stopnia z analityki klinicznej, a 4 osoby zostały specjalistami w tej dziedzinie.

Uczestniczyła w wielu kursach i konferencjach poświęconych diagnostyce laboratoryjnej i organizacji pracy w laboratorium.

Mężatka, matka dwojga dzieci, syna Michała - absolwenta Wydziału Informatyki Politechniki Wrocławskiej, córki Agnieszki - absolwentki Wydziału Zarządzania i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, aktualnie kontynuującej studia na drugim kierunku.

Z pasją oddaje się swoim zainteresowaniom: turystyce, narciarstwu, joggingowi. Wolne chwile lubi spędzać z książką w rękę. Ukochane miejsca - góry.



Certyfikacja Szpitala

Okresowy audyt nadzoru w zakresie Zintegrowanego Systemu Zarządzania wg norm ISO 9001:2008, ISO 14001:2004 i PN-N 18001:2004 został przeprowadzony w naszym Szpitalu w dniach 24-25.11.2011r przez Zespół audytorów firmy DNV pod przewodnictwem audytora wiodącego Pana Andrzeja Radonia i audytorów Bogumiłę Mazur, Alicję Górską i Zbigniewa Wąsika. Zakres audytu obejmował „Świadczenie wysokospecjalistycznych, kompleksowych usług medycznych w zakresie profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji”. Obszary szczególnego zainteresowania dotyczyły: FAQ (jakość) - ograniczenia ryzyka funkcjonowania szpitala poprzez identyfikację aspektów prawnych w obszarze białym;

FAE (środowisko) - doskonalenia organizacji w obszarze zarządzania ryzykiem środowiskowym poprzez identyfikację zagrożeń środowiskowych, działania operacyjne i środków kontroli; FAS (bhp) - celów w zakresie BHP - jako narzędzi służących do ciągłej poprawy bezpieczeństwa pracy. Audyty zostały przeprowadzone w następujących komórkach organizacyjnych: dyrekcja, pełnomocnik, koordynatorzy, pielęgniarka epidemiologiczna, Zakład Diagnostyki Obrazowej, Zakład Mikrobiologii, Zespół Radców Prawnych, Apteka, Oddział Neurochirurgii, Oddział Kardiochirurgii, Blok Operacyjny, Zakład Medycyny Sądowej, Oddział Laryngologii, Zakład Patomorfologii, Oddział Ratunkowy, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Oddział Pediatrii, Wojewódzka Przychodnia Urologiczna, Wojewódzka Przychodnia Chirurgii Stomatologicznej i Szczękowo-Twarzowej, Wojewódzka Przychodnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Pracownia Badań Endoskopowych, inspektor ochrony radiologicznej, Centralna Sterylizacja, Dział Służb Pracowniczych, Dział Administracji, Sekcja Zamówień Publicznych, Sekcja Transportu Wewnętrznego i Zewnętrznego, Sekcja Gospodarcza, Dział BHP, Sekcja Wodna, Sekcja Mechaniczna, Sekcja Elektryczna, Dział Techniki Medycznej, inspektor ds. p/pož., Dział Żywnienia, Sekcja Higieny i Porządku oraz Sekcja ds. Obrony Cywilnej. Uzyskano następujące wyniki audytu: Liczba niezgodności zidentyfikowanych podczas audytu - 0, liczba obserwacji zidentyfikowanych podczas audytu - 22, liczba możliwości doskonalenia zidentyfikowanych podczas audytu - 3, liczba działań godnych uwagi zidentyfikowanych podczas audytu - 6. Obszary szczególnego zainteresowania zostały ocenione w skali od 1-5 na poziomie 4. Kolejny audyt planowany jest w roku 2012 w dniach 6-7 grudnia.

W imieniu dyrekcji i swoim własnym składam serdeczne podziękowania koordynatorom Pani Alicji Poskart i Panu Stanisławowi Kulinie oraz wszystkim pracownikom za zaangażowanie w przygotowaniu naszego Szpitala do certyfikacji Zintegrowanego Systemu Zarządzania- gratuluję ☺

Maria Grzeczna

Co roku w dniu 6 grudnia do oddziałów szpitalnych zapraszany jest św. Mikołaj, który przynosi dzieciom znajdującym się w Szpitalu różne upominki. Jest to inicjatywa Oddziałów współpracujących z Fundacją „Dr Clown”, która przywraca dzieciom uśmiech w chorobie, oraz z Komendą Wojewódzką Policji w Opolu, Wydziałem Prewencji. Na zdjęciach wspólna zabawa w Oddziale Pediatrycznym.

Mikołaj w WCM



Wigilia 2011



Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej

Wojewódzkie Centrum Medyczne

45-418 Opole, Al. W. Witosa 26

e-mail: centrum@wcm.opole.pl www.wcm.opole.pl

Redaktor Naczelny - Wiesław Duda, e-mail: wduda1@op.pl, tel. 601 688 692

Sekretariat Dyrektora 77 45 20 745, 77 54 13 745, fax 77 45 20 123

Kancelaria 77 45 20 124, 77 54 13 124

Informacja dla pacjentów 77 45 20 711, 77 54 13 711, 77 45 79 067

Rejestracja Główna 77 45 20 111, 77 54 13 111

Skład i druk: Eurocent, 45-049 Opole, ul. Dwernickiego 4, tel. 77 44 10 777, biuro@eurocent.opole.pl

1 str. okładki: dr Daniel Frączek i Nina Dzierżan

