



# MEDYK BIAŁOSTOCKI

MIESIĘCZNIK UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

NUMER SPECJALNY

BIAŁYSTOK, GRUDZIEŃ 2012

ISSN 1643-2734

**50 LAT**

**UNIWERSYTECKI SZPITAL  
KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU  
1962-2012**



# *Drodzy Pracownicy Szpitala, Szanowni Państwo*



Mówi się, że 50 lat to wiek średni i dobry moment na robienie bilansów. Jednak Uniwersytecki Szpital Kliniczny ma dopiero 50 lat! Możemy więc, co najwyżej zrobić wstępne podsumowanie: mamy doświadczenie oraz dojrzałą mądrość. Przed nami wciąż wiele do osiągnięcia i wspiane łe perspektywy. To jest nowy początek!

Minione pół wieku ze wszystkimi sukcesami oraz porażkami - one też uczą i wzmacniają - to nasz fundament, na którym będziemy budować przyszłość. Za rok rozpoczną się przeprowadzki klinik do nowej części szpitala. To będzie technologiczny skok w przyszłość. Nowoczesna aparatura pozwoli nam lepiej leczyć, prowadzić dokładniejszą diagnostykę, realizować nowatorskie badania naukowe i wspierać rozwój medycyny. Stworzy podstawy do lepszego kształcenia studentów, a pracujący tu lekarze będą stawali się lepszymi fachowcami. To bardzo istotne. Nowoczesny sprzęt bez obsługującego go specjalisty, to niewiele wart mebel. Po rozbudowie pacjenci otrzymają nowe sale chorych, dzięki czemu odczują większy komfort podczas pobytu i leczenia. My staniemy przed szansą na pokazanie, że jesteśmy jeszcze lepsi w tym, co robimy.

To, co już osiągnęliśmy, nie byłoby możliwe bez codziennej, żmudnej pracy setek pracowników. Nie tylko dyrektorów czy kierowników klinik, ale przede wszystkim lekarzy, pielęgniarek, techników i personelu pomocniczego. Dzięki Wam ten szpital jest tak dobrze oceniany przez pacjentów oraz funkcjonuje tak dobrze. Wciąż jest największą, a także najnowocześniejszą publiczną placówką w woj. podlaskim. Dziękuję Wam.

Musimy też pamiętać, dla kogo to wszystko robimy. Komu służyimy. Naszym powołaniem jest pomagać chorym, nieść ulgę w cierpieniu, a nierzadko ratować im życie. Chcemy, by pacjenci chcieli się leczyć w naszym szpitalu, czuli się u nas bezpiecznie, otoczeni fachową opieką. Niezwykle ważne jest też, by mieli zaufanie do lekarzy i pielęgniarek. Pamiętajmy o tym każdego dnia. Jesteśmy to winni wszystkim naszym poprzednikom, których nie ma już z nami, a którzy tworzyli ten szpital i dbali o jego dobre imię.

A handwritten signature in blue ink, reading "B Poniąkowski". The signature is written in a cursive style with a vertical line on the left side.

Dr n med. Bogusław Poniąkowski

Dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

# Premia za dobre leczenie, a nie procedurę

Sama zmiana wyceny procedur, bez wprowadzanych przez szpitale działań naprawczych, nie przyniesie oczekiwanego efektu - o planowanych zmianach w służbie zdrowia mówi minister zdrowia Bartosz Arłukowicz.

**KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK: Czego Pan Minister życzyłby szpitalowi z okazji jubileuszu 50-lecia istnienia?**

**BARTOSZ ARŁUKOWICZ, minister zdrowia:** - Dziękując całemu kierownictwu oraz wszystkim pracownikom za zaangażowanie oraz codzienny wysiłek i zmaganie się z niełatwymi problemami zarówno pacjentów, jak i ochrony zdrowia, życzę wytrwania w służbie drugiemu człowiekowi, satysfakcji i poczucia dobrze pełnionej misji. Życzę również dalszych sukcesów oraz zrealizowania wszystkich planów i zamierzeń związanych z pracą i rozwojem szpitala.

**Jak Pan Minister ocenia realizację inwestycji „Przebudowa i rozbudowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku”?**

- Biorąc pod uwagę faktyczne, finansowe i prawne uwarunkowania towarzyszące prowadzeniu przedsięwzięcia tej rangi i na tak dużą skalę, czyli przebudowy i rozbudowy największego szpitala w tym regionie, dotychczasowy przebieg realizacji programu należy ocenić pozytywnie.

**Dlaczego Pana zdaniem tylko jedna piąta szpitali klinicznych i instytutów naukowych w Polsce, w tym Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, nie ma długów?**

- Zadłużenie w części instytutów i szpitali klinicznych narasta od wielu lat. Jest to również efekt podejmowania wyłącznie doraźnych działań naprawczych, a nie głębokich zmian

systemowych. W przypadku instytutów medycznych skuteczną zmianą systemową będzie na przykład rozdzielenie działalności naukowej od klinicznej oraz zaangażowania w proces zarządzania kompetentnych menadżerów. Należy

*Minister zdrowia  
Bartosz Arłukowicz*



Autor foto: Ministerstwo Zdrowia

również pamiętać, że jesteśmy w przededniu zmian w NFZ, które zakładają m.in. wprowadzenie wyceny świadczeń medycznych poza Fundusz, co w konsekwencji również przyczyni się do trwałej poprawy sytuacji zarówno instytucji medycznych, jak i szpitali klinicznych. Pamiętajmy jednak, że nawet w obecnej sytuacji prawnej i ekonomicznej wiele z tych placówek radzi sobie bardzo dobrze dzięki sprawnemu i skutecznemu zarządzaniu.

**Czy według Pana wdrażanie i certyfikowanie systemów zarządzania jakością, w tym programów akredytacji szpitali, ma przełożenie na dobrą kondycję finansową i rzeczywistą poprawę jakości?**

- W tej chwili szpitale mogą korzystać z dwóch systemów oceny zewnętrznej - akredytacji przyznawanej przez ministra zdrowia oraz normy ISO 9001 przyznawanej przez różne niezależne podmioty działające na rynku. Oba te systemy wpływają na poprawę działania podmiotów, które dostosowały się do wskazanych w nich wymagań. Akredytacja ma jednak większe przełożenie na jakość udzielanych świadczeń, gdyż proponuje konkretne rozwiązania i narzędzia dla poprawy procesów leczniczych i diagnostycznych prowadzonych w szpitalu. Wprowadzone przez szpital standardy akredytacyjne z pewnością generują spore oszczędności, na przykład poprzez prowadzenie racjonalnej farmakoterapii, minimalizowanie zakażeń szpitalnych oraz innych zdarzeń niepożądanych występujących w szpitalu.

**Jak ocenia Pan działalność USK w Białymstoku w ostatnich latach?**

- Uczelnie medyczne zobowiązane są do przeprowadzania kontroli w szpitalach klinicznych oraz przekazywania do resortu zdrowia wniosków z tych kontroli. Działania restrukturyzacyjne podjęte przez szpital w Białymstoku w ostatnich latach oraz osiąganie dodatniego wyniku finansowego pozwalają na pozytywną ocenę działalności szpitala oraz dają gwarancję jego efektywnego funkcjonowania w przyszłości.

**Czy stoi Pan na stanowisku, że również szpitale kliniczne mogą być prowadzone w formie spółek prawa handlowego?**

- Szpitale kliniczne mogą być prowadzone przez spółki utworzone przez uczelnie medyczne. Jednakże w przeciwieństwie do innych spółek powstałych w wyniku przekształcenia, wartość nominalna udziałów albo akcji należących łącznie do uczelni medycznych nie może stanowić mniej niż 51 proc. kapitału zakładowego spółki. Udziały albo akcje w tych spółkach poza uczelniami medycznymi mogą posiadać wyłącznie Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz jednoosobowe spółki Skarbu Państwa o szczególnym znaczeniu dla gospodarki państwa.

**Czy jest szansa na zmianę zasad finansowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ? Będą promowane duże regionalne ośrodki kliniczne, które oferują kompleksową opiekę?**



*Działania restrukturyzacyjne podjęte przez szpital oraz osiąganie dodatniego wyniku finansowego pozwalają na pozytywną ocenę jego działalności*

- Powierzenie wyceny procedur medycznych nowej, niezależnej od NFZ instytucji, pozwoli na ich weryfikację. Dotychczasowa sytuacja, w której NFZ sam wycenia świadczenia medyczne, sam je kontraktuje oraz sam kontroluje nie jest rozwiązaniem optymalnym i skutecznym. Podkreślam jednak, że sama zmiana wyceny procedur bez wprowadzanych równoległe przez szpitale działań naprawczych nie przyniesie oczekiwanego efektu.

Moim celem jest również wprowadzenie takich rozwiązań, dzięki którym placówki medyczne będą zajmowały się pacjentem kompleksowo, czyli oferowały świadczenia od profilaktyki, poprzez diagnostykę do skutecznej terapii. Powinniśmy premiować efekt, czyli poprawę stanu zdrowia pacjenta, a nie tylko procedury.

**Rozmawiała  
Katarzyna Malinowska-Olczyk**

# Człowiek jest ważniejszy od maszyny

Jak zarządzać szpitalem, by na tym nie tracić, jak porozumiewać się z setkami pracowników, aby wszystko było jasne i dlaczego nie warto robić tajemnic w pracy - o tym rozmawiamy z dr Bogusławem Poniatowskim, dyrektorem Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

**WOJCIECH WIĘCKO: Czy szpital ma długi?**

**BOGUSŁAW PONIATOWSKI, dyrektor USK w Białymstoku:** - Nie.

**To może ktoś strajkuje?**

- Nie.

**A może są zwolnienia pracowników?**

- Nie i się ich nie planuje.

**To przecież nie jest normalna sytuacja, jeżeli patrzymy na polską służbę zdrowia. Ciągłe w mediach słyszymy, że szpitale mają ogromne długi, są strajki, albo groźby zwolnień.**

- To zależy, jak na tę normalność patrzymy.

**W takim razie, co stało się w tym szpitalu, że można dobrze leczyć ludzi, rozwijać się i unowocześniać, a jednocześnie zarabiać na tym?**

- Kluczem do sprawdzenia kondycji finansowej szpitala jest poznanie, jaką pozycję zajmują w niej koszty osobowe. I od razu będzie wiadomo, czy ktoś sobie radzi, czy ma biedę. Jeżeli ma się ponad 80 procent kosztów osobowych, to nie można dobrze funkcjonować. W moim szpitalu wynoszą one ok. 50 procent. Granicą dopuszczalną, moim zdaniem, jest 55 procent. Poza tym ja mam bardzo mądre związki zawodowe. Był okres, kiedy zawieszony był nawet fundusz socjalny, gdy mieliśmy problemy, a chcieliśmy pozyskiwać środki unijne i potrzebny był wkład



własny. A przecież z długami nie można mówić o wkładzie własnym.

**To znaczy, że Pan, jako dyrektor, albo mało płaci ludziom, albo szpital ma ogromne przychody?**

- Płacę tyle, ile mogę. Pieniądze otrzymujemy za to, co wyprodukujemy, czyli za leczenie pacjentów. To nie jest mój szpital w sensie własności, bo ja jestem takim samym pracownikiem, jak każdy tutaj zatrudniony. Każdy ma swoją określoną rolę i zadania. A jestem tu po to, by rządzić tak, żeby szpital nie miał długów. A dodatkowo spełniał rolę szpitala uniwersyteckiego, miał dobrze wyposażony warsztat i nadążał za nowoczesnością. Nadto, aby pacjent, który tu trafił, miał leki, które mu są potrzebne, a nie tylko takie, na

*Dr n med. Bogusław Poniatowski, dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku*

które stać szpital, bo te właściwe są za drogie. Temu szpitalowi nikt nic nie daje. On nie ma organu założycielskiego, który miałby w swojej działalności statutowej możliwość finansowania jego działalności.

Zobowiązania, które podejmujemy, pozostają na barkach pracujących tu ludzi.

#### Narodowy Fundusz Zdrowia płaci wam tyle, ile byście chcieli otrzymać?

- Fundusz płaci nam za to, co wyprodukujemy, i to jest związane z wysokością kontraktu. NFZ

zastrzega z góry, że nie będzie w stanie zapłacić nam pełnych nadwykonań, z wyjątkiem zabiegów ratujących zdrowie i życie. Z drugiej jednak strony nadwykonania muszą być, żeby był asumpt do ubiegania się o wyższy kontrakt. Kiedy nie ma realizacji zawartego kontraktu, to w następnym roku niestety jest on obniżany. I żeby było jasne, to nie jest zła wola Funduszu. Oni po prostu mają za mało środków do podziału.

#### Co Pan zastał w 2004 r., kiedy został dyrektorem?

- Kłopoty. Największymi była mentalność ludzi i zobowiązania finansowe szpitala, które wynosiły ponad 46 mln zł.

#### Co było trudniejsze do opanowania?

- Zdecydowanie mentalność ludzi. Trzeba było ich przekonać, aby utożsamiali się z tym miejscem. By uświadomili sobie, że to od ich pracy i zaangażowania zależy wynik finansowy. To nie jest tak, że tu są najgorsze zarobki ze wszystkich podobnych jednostek w regionie. Jak porównamy rok 2005 i 2012 to jednak pensje są istotnie większe. Być może nie są one zgodne z oczekiwaniami, bo te są zawsze większe niż możliwości. Ja uważam, że największym potencjałem dla rozwoju każdego szpitala nie jest aparat, tylko ludzie. Nie w sensie ilości, ale jakości. Chcąc być dobrym specjalistą, trzeba nie tylko skończyć medycynę i zrobić specjalizację, ale trzeba jeszcze mieć doświadczenie. To się nabywa w jakimś przyzwoitym ośrodku, przy przyzwoitym mistrzu. Aparat można kupić w leasingu,

na raty, za gotówkę, czy zdobyć z programu unijnego. Pytanie tylko, kto go potem obsłuży, kto wyciągnie wnioski z uzyskanych wyników? Tego się nie przeskoczy. Można mieć cudowny sprzęt, ale jak się nie ma fachowców do obsługi, wtedy jest to tylko mebel. Dlatego największym zadaniem takiego szpitala jak nasz, jest ciągłe kształcenie kadr.

#### A sprawy finansowe?

- Kiedy przyszedłem na to stanowisko wprowadziłem budżetowanie jednostek już na poziomie

---

*Kluczem do sprawdzenia kondycji finansowej szpitala jest poznanie jego kosztów osobowych. Jeżeli jest ich ponad 80 procent, to nie można dobrze funkcjonować. W moim szpitalu wynoszą one ok. 50 procent.*

---

każdej komórki [np. kliniki - red]. Dlatego jej kierownik wiedział, jakim budżetem dysponuje, i jakie ma możliwości. W 2004 r. to była nowość, teraz to podstawowa rzecz w zarządzaniu.

To, co przedtem było tabu, teraz jest jawne. Kierownik ponosi pełną odpowiedzialność za jakość świadczeń medycznych i za wynik finansowy komórki. To się sprawdza. Jak jest kontraktowanie usług, to szef komórki zgłasza mi, ile może wykonać usług, i ile chce środków, a moim zadaniem jest wywalczyć taki kontrakt.

#### A budowa nowej części szpitala? Po co? Już teraz szpital jest ogromny. Teraz jesteśmy praktycznie na jednej wielkiej budowie.

- Rozbudowa nie jest mi potrzebna, ona jest potrzebna pacjentom i pracownikom. Draścicznie - bo to słowo najlepiej tu pasuje - na plus zmieniają się warunki socjalne pacjentów. Będą jedno- i dwuosobowe sale chorych, każda z węzłem sanitarnym, stworzona zostanie lepsza baza dydaktyczna dla studentów i kursantów, unowocześniony zostanie warsztat diagnostyczno-leczniczy. Pojawiają się nowe jednostki, których w szpitalu teraz nie ma, a ich powstania wymaga nowoczesna medycyna. Rozwiążemy



„Gepard Biznesu 2011 r.”. Osiągnięcia szpitala doceniane są nie tylko w sferze medycznej, ale też biznesowej

problem archiwizacji, bo szpital ma z nią problem w zasadzie od samego swojego początku. Jest też problem z parkingami przy szpitalu i będziemy chcieli zbudować parking wielopoziomowy, podziemny i nadziemny.

Nie ukrywam, że w związku z modernizacją są trudności. Ciężko jest budować i jednocześnie realizować kontrakt z Funduszem. Jeżeli byśmy utknęli, albo nie wykonali kontraktu, to konsekwencje są poważne. Oznacza to zmniejszenie kontraktu na rok następny. Co prowadzi do zmniejszenia przychodów szpitala, a to do braku dochodu na działalność bieżącą. Zdaję też sobie sprawę z tego, że po rozbudo-

---

*Kiedy zostałem dyrektorem największymi kłopotami w tym szpitalu była mentalność ludzi i zobowiązania finansowe placówki – 46 mln zł*

---

wie szpital będzie o ponad 100 proc. większy i wzrosną koszty jego utrzymania. Zakładając, że stopień kontraktu będzie taki sam jak dziś, to może być ciężko. Dlatego już dziś staramy się podejmować ruchy oszczędnościowe, żeby podwojenie powierzchni nie powodowało podwojenia kosztów utrzymania.

**Z czego jest Pan najbardziej dumny, kiedy ogląda Pan budowę?**

- Każda rozbudowa, modernizacja daje satysfakcję. Mnie jednak najbardziej się podoba, kiedy widzę, że kierownicy komórek,

traktują szpital jakby był ich. Oni nie mówią, że to szpital państwowy, czy publiczny, że to problem dyrektora, tylko że nasz. Oni starają się coś poprawić, chcą uzyskać lepszy wynik. Oczywiście nie wszystko jest jeszcze tak doskonałe, nie na wszystkich odcinkach to się udaje. To, co mnie niepokoi, to fakt, żeby ludzie nie zgubili misji szpitala i nie sprowadzili go tylko do wyników finansowych oraz swoich żądań płacowych.

**Jakie ma Pan zawodowe marzenia?**

Aby w zdrowiu doczekać zakończenia modernizacji szpitala. Nikt przecież nie zakłada, że wydarzy się coś złego, ale życie uczy, że różnie z tym bywa.

**A co Panu spędza sen z powiek?**

- Ja śpię bardzo dobrze. Nie narzekam. Wystarczy mi 6-7 godzin. Codziennej pracy mam tyle, że nie mam czasu na hobby [polowania i wędkarstwo - red.]. Tylko tego mi brakuje.

**Jak o Panu pisać na potrzeby tej publikacji? Lekarz czy menedżer?**

- Próbuję łączyć jedno z drugim. Jednak obecnie bardziej jestem menedżerem. Z pacjentem nadal mam codzienny kontakt. Od 17 lat prowadzę prywatną praktykę. A dodatkowo mam stały kontakt z nowościami medycznymi, bo biorę udział w różnych konferencjach czy sympozjach i to nie tylko ze swojej specjalności. Muszę być na czasie, bo szpital organizuje różne przetargi i kupuje sporo nowoczesnego sprzętu. Nie chcę się opierać tylko na informacji z ulotki, muszę też poznać opinie innych użytkowników, uczyć się na cudzych błędach.

**Rozmawiał Wojciech Więcko**

**Dr Bogusław Poniatowski** - absolwent Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Ma kilka specjalizacji, m.in. z chorób wewnętrznych i z medycyny ratunkowej. Pracę lekarza rozpoczął w 1979 r. w szpitalu w Suwałkach, a od 1981 r. jest zatrudniony w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku (obecnie USK). Zajmował różne stanowiska - w szpitalu był adiunktem w Klinice Kardiologii, świetnie sprawdzał się też w zadaniach organizacyjnych, dlatego był m.in. lekarzem wojewódzkim, czy pełnomocnikiem premiera ds. wdrażania reformy administracji publicznej i ustawy o ochronie zdrowia, a także pełnomocnikiem wojewody podlaskiego ds. ratownictwa medycznego. Od 2008 roku wchodzi w skład zespołu powołanego przez Ministerstwo Zdrowia ds. analizy funkcjonowania szpitali klinicznych. Dr Poniatowski jest autorem wprowadzonego na Podlasiu i rozszerzonego na całą Polskę systemu leczenia ostrych incydentów wieńcowych przy pomocy angioplastyki pierwotnej. Otrzymał za to nagrodę I stopnia od ministra zdrowia oraz Srebrny Krzyż Zasługi.

# Szampan zamiast wstęgi

Uniwersytecki Szpital Kliniczny oficjalnie rozpoczął swoją działalność 15 grudnia 1962 roku. Tego dnia do szpitala trafili pierwsi pacjenci I Kliniki Chirurgii.

**N**ie było jednak uroczystego otwarcia, ani przecięcia wstęgi, ani też mediów. Jak wspomina ten dzień prof. Zbigniew Puchalski, były rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, a także wieloletni szef I Kliniki Chirurgii, to był zimowy, choć niezbyt mroźny dzień z niewielką ilością śniegu. Pacjentów I Kliniki Chirurgii, która mieściła się w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym (w budynku obok chirurgicznej izby przyjęć WSZ, w którym potem przez wiele lat mieściła się Klinika Chirurgii Szczękowej) sanitariusze sadzali na wózki inwalidzkie, opatulali kocami i tak transportowali do nowego budynku szpitala klinicznego - na trzecie piętro. Tego dnia działały już windy osobowe i towarowe, więc cała operacja przebiegła dość sprawnie.

- Po przeniesieniu chorych, spotkaliśmy się w ówczesnym gabinecie dyrektora szpitala dr. Antoniego Tołłoczki (powołany został na to stanowisko podczas budowy). Gabinet mieścił się na pierwszym piętrze, tam gdzie teraz jest Klinika Hematologii - wspomina prof. Puchalski. - Przybyli tam też: prof. Jakub Chlebowski, rektor uczelni, oraz prof. Feliks Oleński, szef Kliniki Chirurgii, a jednocześnie prorektor ds. klinicznych. Były też

dwie czy trzy osoby z władz, których nazwisk, ani funkcji nie pamiętam. Dyrektor otworzył butelkę szampana, wypiliśmy po lampce. I rozeszliśmy się do pracy.

W kolejnych miesiącach 1963 roku do szpitala przenosiły się kliniki: w kwietniu II Klinika Chirurgiczna, w czerwcu Klinika Otolaryngologiczna, w czerwcu Klinika Położnictwa i Chorób Kobiety, w lipcu Klinika Neurologii, a we wrześniu I i II Kliniki Chorób Wewnętrznych.

- Ja rozpocząłem pracę w Państwowym Szpitalu Klinicznym 15 czerwca 1963 roku - wspomina prof. Marian Szamatowicz. - Razem ze mną z ul. Warszawskiej zostali oddelegowani: dr Andrzej Cretti, dr Celina Dubiel i dr Jan Urban. Jesienią ruszyła sala porodowa i zaczął funkcjonować oddział patologii ciąży. Jeślibyśmy porównali warunki, jakie były w szpitalu przy ulicy Warszawskiej, i w tym nowym przy ul. M. Skłodowskiej-Curie, to było jak niebo i ziemia. My, jako klinika, mieliśmy to szczęście, że mogliśmy zgłosić swoje uwagi, jeszcze na etapie projektowym. Wywalczyliśmy, że dwa schrony TOPL (terenowej ochrony przeciwlotniczej) zostały przekazane nam na nasze pracownie.

Z kolei prof. Marian Furman, wieloletni kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej zapamiętał z pierwszych dni pracy w PSK jeszcze coś innego.

- Pamiętam, że na salach, co było wówczas nowością, były dzwonki przy łóżkach pacjentów - opowiada. - I na początku non stop tak bardzo głośno dzwoniły. Dopiero po jakimś czasie udało się je nieco wyciszyć.

Wszyscy nasi rozmówcy podkreślają, że szpital 50 lat temu był bardzo nowoczesną placówką. Jednak czas jego świetności już minął. Dlatego tak wielkie są oczekiwania co do budowy nowej części i modernizacji starej.

*Wizytacja budowy szpitala. Pierwszy z lewej prof. Jakub Chlebowski, rektor Akademii Medycznej w Białymstoku*



Foto: Antoni Zdrodowski

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**



# Jeden szpital, trzy historie

Historia szpitala pełna jest ważnych dat. Jednak to nie budynek jest w tym wszystkim najważniejszy, a pracownicy, którzy tę historię tworzyli. Dlatego swoje historie - i jednocześnie szpitala - opowiadają ci, którzy są jednymi z najdłużej pracujących

## Prof. dr hab. n. med. Jerzy Ludański

Kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej,  
w szpitalu klinicznym zatrudniony od 45 lat



**W** Państwowym Szpitalu Klinicznym pojawiłem się pierwszy raz podczas trzeciego roku studiów, był rok 1963, czyli niedługo po otwarciu. Pracę - na dwuletnim stażu podyplomowym - rozpocząłem 1 października 1967 roku. Było to bezpośrednio po zakończeniu studiów i zdaniu egzaminów dyplomowych. Staż obejmował cztery oddziały: internę, chirurgię, pediatrię i ginekologię. Zacząłem w Klinice Chorób Wewnętrznych u prof. Beaty Bogdanikowej. Szpital był zupełnie nowy, dopiero pięć lat po otwarciu. Na owe czasy był piękny. Od początku wiedziałem, że po stażu będę pracować na chirurgii, bo już podczas studiów byłem w kole naukowym przy I Klinice Chirurgicznej prowadzonej przez doc. Stanisława Adamskiego. I tak się stało. Po ukończeniu stażu rozpocząłem pracę w I Klinice Chirurgicznej, a kontynuowałem ją w utworzonej w 1971 r. Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej, Serca i Naczyń. Tu przeszedłem kolejne szcze-

ble kariery naukowej i zawodowej. Uzyskałem specjalizację I i II stopnia z chirurgii ogólnej, następnie specjalizację z chirurgii klatki piersiowej. W międzyczasie obroniłem doktorat. W latach 80. nastąpił podział Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, Serca i Naczyń (która była takim omnibusem, ponieważ zajmowała się także chirurgią ogólną) na kilka klinik. Najpierw została utworzona nowa Klinika Kardiochirurgii, a po odejściu prof. Stanisława Adamskiego na emeryturę - powstały dwie kolejne kliniki: Chirurgii Naczyń i Chirurgii Klatki Piersiowej. W tej ostatniej od 1986 roku pracowałem pod kierownictwem prof. Mariana Furmana. Przełomowa w moim życiu była habilitacja, bo wtedy mogłem się starać o objęcie kierownictwa kliniki. Stało się to w 2000 roku.

Każdy rok pracy wnosił coś nowego, doświadczenia chirurgicznego nabiera się przez całe życie. Nawet teraz pod koniec mojej pracy zawodowej zdarzają się takie operacje, które wykonuję pierwszy raz w życiu. Każdy chory jest inny. Wydawałoby się, że jednostka chorobowa jest ta sama, ale inny jest stan pacjenta, inne stadium zaawansowania choroby. Stąd nie ma czegoś takiego w chirurgii, jak rutyna. Doświadczenie ma wpływ na szybsze i bardziej właściwe podejmowanie decyzji, ale niespodzianki zdarzają się zawsze.

Jeśli chodzi o szpital, to był nowoczesny 50 lat temu. Rozwiązania, które wtedy zastosowano, w żaden sposób nie przystają do wymagań obecnych czasów. Jak np. patrzę na koedukacyjną (jedyną) toaletę w klinice, to ogarnia mnie przerażenie. Mam nadzieję, że jeszcze zdążę uczestniczyć w przeniesieniu kliniki (planowane na wiosnę 2014 r.) do nowej części szpitala, gdzie będą już zupełnie inne warunki pobytu dla pacjentów, jak i pracy dla personelu. Ale w dalszej perspektywie cieszyć się nimi będzie mój następcą.

## Krystyna Lautsch

*Pielęgniarka, 37 lat  
pracuje na sali porodowej*



**P**amiętam swój pierwszy dzień pracy. Było to 17 lutego 1975 roku. Po 10 latach zostałam oddziałową. Przez te lata miałam trzech szefów: prof. Aleksandra Krawczuka, prof. Jana Urbana, i obecnego prof. Tadeusz Laudańskiego (brat Jerzego). Kiedy zaczynałam pracę 37 lat temu sala porodowa była podzielona na cztery boksy, była też jedna separotka. Kiedyś rocznie było 2,5-2,8 tys. porodów (teraz 1600-1800). Z sentymentem wspominam czasy, kiedy w nocy

---

*Pamiętam sylwestra w zimę stulecia  
w 1978 roku. Karetki nie dojeżdżały,  
rodzące przywoził nam śmigłowiec. W tę  
noc na świat przyszło 11 dzieci*

---

zdarzało się ponad 10 porodów. Mój rekord to 14, na 12-godzinnym dyżurze. Zdarzało się, że kobiety rodziły na kozetce, bo brakowało łóżek. Kiedy zaczynałam pracę, nie było USG. Bywało, że dopiero w czasie porodu dowiadaliśmy się, że jest ciąża bliźniacza. Kiedy podejrzewaliśmy to przed porodem, wieźliśmy pacjentkę na rentgen. Nie było KTG, dysponowaliśmy jedynie słuchawką położniczą. Trzeba było bardzo uważnie robić badania fizykalne. Nie było znieczuleń do porodu. Idąc do pracy latem na nocną zmianę, kiedy były otwarte okna, to czasem po krzyku mogłam ocenić, ile kobiet rodzi. Kiedyś też po

porodzie od razu zabierano dziecko od matki. Noworodki były karmione o określonych godzinach, a nie na żądanie. Nikt pacjentek nie mógł odwiedzać. Przepelnienie było ogromne, bo pacjentki leżały u nas przez tydzień po porodzie.

Szczególnie pamiętam sylwestra w zimę stulecia w 1978 roku. Karetki nie dojeżdżały, był trzaskający mróz. Rodzące przywoził nam śmigłowiec. W tę noc na świat przyszło 11 dzieci. Pamiętam też poród w dużym fiacie. Koleżanki zadzwoniły, że w samochodzie przed izbą rodzi się dziecko. Kiedy zbiegłam na dół, okazało się, że dziecko już się urodziło. Na szczęście było ciepło. To był nowiutki duży fiat, jeszcze była folia na fotelach. W aucie oprócz rodzącej siedział błądy i przerażony mąż, a także sąsiadka z malutkim dzieckiem. I ta rodząca podtrzymywała ich na duchu.

Kiedy zaczynałam pracę wszystko było wielorazowe i trzeba było to odkażać w sterylizatorach parowych, które były na oddziale: igły, strzykawki, cewniki, rękawice, narzędzia. Katorzniczą pracą było robienie gazików, zawijanie na palcu wacików. To, że wszystko jest jednorazowe, to wielkie ułatwienie, teraz ten czas można poświęcić pacjentce.

Zwiastunem nadchodzących zmian w szpitalu, było pojawienie się sali „eko” jakieś 10-12 lat temu. Potem te zmiany ruszyły w piorunującym tempie. Teraz jest inny świat. Kobiety już nie krzyczą w czasie porodu, wszystkie są znieczulone, z każdą jest mąż lub osoba towarzysząca, która trzyma za rękę. Dzieci po porodzie, jeśli oczywiście nie ma zagrożenia życia, zostają z matką, są kładzione skóra do skóry, pod koszulę. Potem razem z matką jadą do sali.

Kobiety teraz są bardziej wymagające, wiedzą, czego oczekiwać. To one szykując się do porodu pilnują mężów, żeby coś zjedli czy wypili. Mówią: w domu na trzeciej półce w lodówce jest przygotowany dla ciebie obiad... Kobiety były i są twarde. Mężczyźni, zdarza się, że mdleją. Raz jeden zasłabł i tak niefortunnie upadł na kosz na śmieci, że trzeba było zawieźć go na SOR i zszywać głowę.

Moje podejście do porodów nie zmieniło się przez te lata. Za każdym razem cieszę się, gdy trzymam na rękach nowo narodzone zdrowe dziecko. Każdy poród przeżywam razem z matką. Nie da się stać obok bez emocji: razem z mamami się cieszę, razem smucę, razem płaczę. Bo są różne sytuacje. Uczestniczyłam w porodzie, gdzie rodziło się jedno dziecko żywe, a jedno martwe. Były powody do radości i do smutku.

### Krystyna Kochanowska

*Jako socjalna w USK pracuje 38 lat*



**P**racę w dziale socjalnym rozpoczęłam 18 października 1974 roku, i pracuję w nim do dziś. Był wtedy inny świat, inny szpital. Było może biedniej, ale weselej. Pracownicy szpitala znali się ze sobą i byli bardziej życzliwi. Non stop coś się w szpitalu działo: jeździliśmy razem na grzyby, na spartakiady, wystawy, bale sportowca, do teatru. Kiedyś ludzie nie mieli samochodów. Wypożyczaliśmy więc autokar i jechaliśmy do lasu: na majówkę, albo na grzyby. Były organizowane wycieczki: poczynając od Krakowa, przez Wrocław, do Krynicy Morskiej, do Świętej Lipki. Zwiedzaliśmy, wspólnie spędzaliśmy czas. Z tych wyjazdów zrodziło się niejedno „szpitalne” małżeństwo. Bardzo często organizowaliśmy wyjazdy kulturalne do Warszawy, do Teatru Wielkiego. Zdarzyło się, że na „Straszny Dwór” jechały aż cztery autokary! Organizowaliśmy choinki dla dzieci. Najpierw wspólnie z Akademią Medyczną w auli Pałacu Branickich, potem w Kręgu, w Filharmonii przy ul. Podleśnej, a już pod koniec w holu szpitala na pierwszym piętrze. Sami przygotowywaliśmy paczki, kupowaliśmy słodycze. A kiedyś było 1200-1300 dzieci, teraz jest 500, choć liczba pracowników niewiele się zmieniła.

Organizowaliśmy bale w Sokoldzie, gdzie był ośrodek wypoczynkowy Akademii Medycznej. I choć było tam tylko 50 miejsc noclegowych, nieraz nocowało nawet i 100 osób. Były kuligi z noclegami. Mieliliśmy też w szpitalu taką tradycję, że po pochodzie pierwszomajowym wszyscy zbierali się w szpitalu, w klubie pracowniczym. Ktoś przynosił kanapki, jedzenie. Nieraz któryś z lekarzy-profesorów zaczynał

grać na pianinie, ktoś inny na gitarze. Były śpiewy, tańce, które nieraz przeciągnęły się do białego rana.

W czasie stanu wojennego trafiły do nas dary z Holandii. I w głównym holu to wszystko dzieliliśmy. A czego tam nie było: kożuchy, palta, spodnie, kurtki, ale też zabawki. Dzieliliśmy wszystko, pakowaliśmy w worki i obdzielaliśmy najbiedniejszych. A co zostało, losowaliśmy wśród pracowników klinik. W stanie wojennym dział socjalny zajmował się też dystrybuowaniem deficytowych artykułów, takich jak żyłетки, proszki do prania, papier toaletowy i innych środków higienicznych, które trafiały do kiosku w holu szpitala. Robiliśmy rozdzielnik, listy, żeby wszyscy mogli kupić.

Dział socjalny kiedyś mieścił się razem z kadrą w budynku głównym szpitala, tam gdzie teraz jest Klinika Hematologii. W czasie stanu wojennego w dziale socjalnym pracowały aż cztery osoby - jedna została przyjęta, by dzielić kartki żywnościowe. Razem z nami pracowała też plastyczka. Przygotowywała tablice, różne wystawy, ogłoszenia, napisy. Niektóre z jej tablic wiszą do dziś.

Tam, gdzie teraz jest kaplica, kiedyś była świetlica. Pracownicy mogli tam przyjść, odpocząć, pograć w bilard, obejrzeć telewizję. Była biblioteka dla pracowników i pacjentów, dobrze zaopatrzona.

*Na grzyby, na majówkę, do teatru. Kiedyś na wspólne wycieczki jeździło wielu pracowników szpitala*



Foto: Antoni Zdrodowski

Teraz wszyscy są zaganiani. Każdy walczy tylko o siebie. Ludzie żyją obok siebie. Ostatnią wycieczkę zorganizowałam chyba 15 lat temu - do Wrocławia - na Panoramę Raclawicką. Z trudem nabierałam dziesięć osób w szpitalu. Potem szukałam chętnych w Dziecięcym Szpitalu Kliniknym i w UMB. I dałam spokój z wycieczkami.

# Kalendarium

Uniwersytecki Szpital Kliniczny oficjalnie rozpoczął swoją działalność 15 grudnia 1962 roku. Tego dnia do szpitala trafili pierwsi pacjenci I Kliniki Chirurgii.

15 grudnia 1962 – pierwsi pacjenci zostają przyjęci do Państwowego Szpitala Klinicznego

1970 r. - wyodrębniono kilka nowych klinik: Klinikę Alergologii, Gastroenterologii, Hematologii, Kardiologii;

1971 r. – powołano do życia Klinikę Chirurgii Szczękowo-Twarzowej;

1978 r. – utworzono Klinikę Urologii;

1980 r. - powołana zostaje Klinika Endokrynologii i Klinika Reumatologii.

1987 r. - zespół kierowany przez prof. Mariana Szamatowicza doprowadza do narodzin pierwszego w Polsce dziecka z zapłodnienia pozaustrojowego.



2006 r.- utworzono Klinikę Kardiologii Inwazyjnej - pionierski ośrodek interwencyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych na Podlasiu

2007r. - uruchomiono lądowisko dla śmigłowców

2007 r. – zapadła decyzja o rozpoczęciu inwestycji „Rozbudowa i modernizacja Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku”.

2008 r. – po remoncie otwarte zostają kliniki: Ginekologii i Rozrodczości; hol szpitalny zyskuje nowy wygląd;

2010 r. - w Klinice Ginekologii otwarto jedną z najnowocześniejszych w Polsce pracowni endoskopowych;



1998 r. - rozpoczyna działalność Klinika Kardiochirurgii – pierwszą operację serca w Białymstoku przeprowadza prof. Zbigniew Religa



2011 (lipiec) – rozpoczęto budowę nowej części Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego;

2011 r. (wrzesień) – w oparciu o zaplecze pełnoprofilowego szpitala klinicznego rozpoczyna działalność Centrum Urazów Wielonarządowych.

2012 - kardiochirurdzy wspólnie z kardiologami inwazyjnymi wykonali pionierską operację wszczepienia sztucznej zastawki aortalnej w miejsce biologicznej zastawki mitralnej.

1999 r. - Zespół Poradni Specjalistycznych zyskuje siedzibę w nowo wybudowanym Bloku M

2005 r. - uruchomiony zostaje Szpitalny Oddział Ratunkowy



Podgrzewane lądowisko dla śmigłowców na dachu szpitala |

# Raport z rozbudowy szpitala

**G**mach nowej części szpitala i jej zewnętrzne elewacje są już gotowe. Robotnicy uwijają się teraz przy pracach wykończeniowych. W nowym obiekcie lekarze pojawią się już za rok.

- Konstrukcja jest już skończona, fasady są zrobione i jesteśmy na etapie realizowania instalacji. Aktualnie wykonujemy typowe roboty wykończeniowe. Zaawansowanie prac oceniam na ponad 70 procent - relacjonuje ich przebieg Radosław Górski, dyrektor budownictwa ogólnego Budimexu, spółki, która odpowiada za wybudowanie nowej części szpitala.

Nawet atak srogiej zimy już w żaden sposób nie opóźni prac budowlanych. Dyrektor Górski planuje, że jego podwładni zakończą całe przedsięwzięcie we wrześniu przyszłego roku.

- Ja się bardzo cieszę z postępów na budowie, bo wyprzedzają zakładane harmonogramy. Dlatego może już jesienią przyszłego roku będziemy mogli oddać budynek do wyposażenia i pierwszych translokacji klinik - nie ukrywa satysfakcji prof. Jacek Nikliński, rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. To właśnie UMB - a nie Uniwersytecki Szpital Kliniczny - jest odpowiedzialny za rozbudowę.

Obiekt jest ze wszech miar imponujący. Ma w sumie 32 tys. mkw. i jest o 7 tys. mkw. większy od głównego gmachu szpitala. Największe wrażenie robi ogromny, całkowicie przeszklony hol oraz zlokalizowane na dachu piątego piętra podgrzewane lądowisko dla śmigłowców.

Cały obiekt został wyposażony w bardzo nowoczesny system wentylacyjno-klimatyzacyjny. Chłód będzie uzyskiwany z gorącej pary wodnej.

Kiedy do nowej części przeprowadzą się kliniki, robotnicy zajmą się remontem starej części szpitala. Jednak placówka nawet na moment nie przestanie działać. Według harmonogramu remont ten będzie trwał do wiosny 2017 roku.



Rozbudowa szpitala. U góry nowatorski agregat produkujący chłód z gorącej pary wodnej. U dołu - nowy szpitalny hol



**Wojciech Więcko**

# Co się zmieni po rozbudowie?

Wszyscy opowiadają o rozbudowie szpitala, ale w zasadzie nikt nie mówi, co konkretnie się zmieni. Dlatego pytamy szefów klinik i oddziałów, w których zmiany będą największe, aby opowiedzieli o ich specyfice.

## Dr hab. n. med. Urszula Łebkowska

*P. O. Kierownik Zakładu Radiologii*



Zmieni się lokalizacja naszego zakładu - znajdzie się on w nowej części szpitala. Powierzchnia zwiększy się dwukrotnie i będziemy zajmować dwa poziomy. Na dolnym poziomie zostaniemy bezpośrednio połączeni z SOR-em - gdzie będziemy diagnozować pacjentów SOR-u, ale także pacjentów z poradni. Znajdzie się tam tomograf komputerowy, USG, klasyczne aparaty RTG. Na pierwszym piętrze, gdy chodzi o sprzęt, będą same „mercedesy”. Jeśli zostanie zakupione to, co jest planowane, staniemy się najnowocześniejszym zakładem radiologii w całym regionie. Będziemy dysponowali trzyletowym rezonansem magnetycznym, którego nie ma jeszcze w naszym województwie oraz drugim rezonansem półtorateslowym, cyfrowym mammografem, dwoma tomografami komputerowymi oraz kilkoma gabinetami USG. Znajdzie się też nowoczesna pracownia naczyniowa, z jedną salą zabiegową, a drugą diagnostyczną. Lekarze z poszczególnych klinik będą mogli drogą elektroniczną ściągać wyniki badań wraz ze zdjęciami (tzw. system PAX i RIS).

Poszerzy się też zakres diagnostyki neurochirurgicznej i neurologicznej. Chcemy poszerzyć

diagnostykę serca za pomocą trzyletowego rezonansu magnetycznego, wykonywać dyfuzję, perfuzję, pracować bliżej z kardiochirurgami. Do pełni szczęścia zabraknie nam jedynie PET-CT - to byłoby spełnienie marzeń moich i prof. Janusza Myśliwca z Zakładu Medycyny Nuklearnej. Przydałby się nam drobny ukierunkowany sprzęt - tomograf dla chirurgii szczękowo-twarzowej, plastycznej, stomatologii i ortodontji. Można byłoby wykonać wiele badań potrzebnych w tych dziedzinach. Niezależnie jednak, czy będziemy mieli ten sprzęt, to i tak zrobimy ogromny krok do przodu, to będzie diagnostyka XXI wieku.

## Dr n.med. Paweł Kosierkiewicz

*Zastępca kierownika Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii*



o rozbudowie USK dysponować będziemy zdecydowanie większym Oddziałem Intensywnej Terapii. W chwili obecnej na stanie OIT A posiadamy 10 stanowisk respiratorowych, a w nowych warunkach ich liczba wzrośnie do 30. Pozwoli to na poprawę komfortu pracy oraz działań logistycznych szpitala. W chwili obecnej skromna baza łóżkowa zmusza nas czasami do leczenia pacjentów respiratorem

w innych klinikach USK do czasu uzyskana wolnego miejsca w OIT A. Nie jest to, jak widać, komfortowa dla nas sytuacja. Nowo powstający Oddział Intensywnej Terapii pozwoli nie tylko na zwiększenie ilości stanowisk leczniczych, ale także ze względu na mniejsze sale łóżkowe, izolację chorych z wieloopornymi patogenami. Pomimo oczekiwania na nowy oddział staramy się dokonywać stałej modernizacji systemu oraz warunków pracy w OIT A. W ciągu kilku tygodni powinny ruszyć prace instalacyjne podwieszanego systemu transportu chorych. System ten pozwoli nam na komfortowe przemieszczanie chorych w obszarze OIT, bezpieczną zmianę pozycji ciała oraz wszelkie czynności pielęgnacyjne.

Moim pragnieniem jest poprawienie skuteczności leczenia pacjentów, którzy ulegli wypadkom komunikacyjnym, a także wdrożenie bardziej intensywnej rehabilitacji - rozwiązaniem tego problemu okazać się może podjęcie stałej współpracy ze specjalistą z zakresu rehabilitacji.

### **Prof. dr hab. n. med. Anna Kuryliszyn-Moskal**

*Kierownik Kliniki Rehabilitacji*



**N**ajbardziej cieszę się z tego, że w Klinice Rehabilitacji będą łóżka. Według planu ma być ich 20. To nie jest może zadowalająca liczba, ale ważny krok do przodu. Teraz bardzo nam doskwiera ich brak. Oddział rehabilitacji osób dorosłych jest jedynie w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym i zajmuje się przede wszystkim rehabilitacją neurologiczną i pourazową. W całym województwie, w ogóle w całym makroregionie, nie ma wczesnej rehabilitacji kardiologicznej poza-walowej, rehabilitacji pulmonologicznej (POChP), czy też pracowni leczenia nietrzymania moczu (chodzi o przypadki nienadające się do leczenia operacyjnego). I tym chcielibyśmy się też zająć.

Rehabilitacja jest najbardziej skuteczna, jeśli jest prowadzona wcześniej. A teraz nie mamy takiej możliwości. Po zawale moglibyśmy rehabilitować w drugiej-trzeciej dobie, podobnie po udarze.

Z nowości w mojej klinice będzie kriokomora. A także komora hiperbaryczna. Do tej pory najbliższa była w Gdańsku. A jest bardzo dużo wskazań do takiego leczenia - chociażby wszelkiego rodzaju niedotlenienia. Dzięki tej komorze można będzie zmniejszyć śmiertelność powypadkową. Ponadto będzie trzy razy większy zakład kinezyterapii.

### **Prof. dr hab. n. med. Stawomir Dobrzycki**

*Kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej  
z OIOK i Pracownią Hemodynamiki*



**P**o przebudowie moja klinika będzie w dwóch miejscach: tu gdzie jest teraz, ale też na miejscu Zakładu Medycyny Nuklearnej i Zakładu Diagnostyki. Bardzo źle, że nie będzie w jednym kompleksie. Teraz bardzo brakuje nam łóżek na oddziale. Nie jest tak, choć powinno być, że przychodzi do nas chory i już czeka na niego łóżko. A często jest tak, że pacjent czeka na korytarzu na wypis innego pacjenta. Teraz mamy 23 łóżka, po modernizacji będzie 38. Co ważne, powstanie nowy 8-łóżkowy Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, spełniający wszystkie standardy. Teraz też mamy niezłe wyposażony 5-łóżkowy oddział OINK, ale mieści się on w zbyt małym, bo zaadaptowanym pomieszczeniu.

Po modernizacji będziemy mieli pracownię testów wysiłkowych, echokardiograficzną i holterowską, co jest niezbędne w dzisiejszych czasach. Będą też trzy (obecnie są dwie) pracownie hemodynamiczne, co ułatwi nam pracę i pozwoli jeszcze bardziej rozszerzyć zakres wykonywanych zabiegów.

# Szpitalne perły

## Klinika Kardiologii Inwazyjnej z OIOK i Pracownią Hemodynamiki



To specjalistyczny ośrodek w zakresie inwazyjnych technik leczenia chorób sercowo-naczyniowych. Głównym obszarem działalności jest interwencyjne leczenie ostrych zespołów wieńcowych. Klinika jest pionierem w zakresie systemu opieki medycznej leczenia

zawału serca w Polsce. W ramach 24-godzinnego, codziennego dyżuru hemodynamicznego trafiają tu pacjenci z całego regionu. Ośrodek stanowi centrum konsultacyjne w najtrudniejszych przypadkach klinicznych, ułatwia to min. system telemetrycznego przekazywania zapisu EKG ze szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) i karettek reanimacyjnych.

Jednostka - we współpracy z Kliniką Kardiochirurgii - ma możliwość wykonywania tzw. zabiegów hybrydowych, które łączą wstępne leczenie przezskórne z leczeniem operacyjnym. Ma największe doświadczenie w zakresie terapii przeciwkrzepliwiej towarzyszącej leczeniu interwencyjnemu.

Ośrodek dysponuje pełnym zapleczem diagnostyki inwazyjnej choroby wieńcowej. Jako jedyny w regionie wykonuje cewnikowanie prawego serca, czyli pomiar ciśnień i oporów naczyniowych w różnych obszarach, w ramach kwalifikacji do transplantacji serca. Wykonuje się tu najbardziej złożone zabiegi wieńcowe.



## Klinika Kardiochirurgii



Klinika, jako jedyna w makroregionie, udziela świadczeń w zakresie kardiochirurgii. Wykonuje m.in.: pomostowanie naczyń wieńcowych (by-passy), chirurgiczne leczenie wad wrodzonych i nabytych serca, wszczepienie biologicznych protez zastawek, plastykę zastawki mitralnej i aortalnej z mini

torakotomii, operacje tętniaków aorty wstępującej i łuku, operacje przezcewnikowego wszczepiania zastawki aortalnej TAVI z dostępu przez tętnicę udową lub koniuszek serca (we współpracy z Kliniką Kardiologii Inwazyjnej zaczęto wykonywać te zabiegi jako jedni z pierwszych w Polsce), ablację migotania przedsionków, pełną diagnostykę echokardiograficzną wad serca we własnej pracowni, pełny zakres operacji kardiochirurgii dorosłych.

Ponadto wykonuje się tu najwięcej w kraju operacji pozawałowych tętniaków lewej komory i operacji ostrych pozawałowych pęknięć serca.

To specjaliści z tej kliniki jako pierwsi w Polsce zastosowali metodę hybrydowej operacji wymiany tętniaka łuku aorty z równoczesnym wszczepieniem stentgraftu do aorty zstępującej. Poza tym wykonywane są tu operacje małoinwazyjne: pomostowania tętnic wieńcowych bez krążenia pozaustrojowego, operacje zastawek mitralnej, trójdzielnej i aortalnej oraz guzów serca i wad wrodzonych pod postacią ubytku międzyprzedsionkowego.



### Klinika Neurochirurgii

Wykonuje się tu szerokie spektrum operacji neurochirurgicznych mózgu, kręgosłupa i nerwów obwodowych z zastosowaniem nowoczesnych technik mikrochirurgicznych i endoskopowych. Klinika dysponuje dwiema zmodernizowanymi salami operacyjnymi wyposażonymi w najnowszej generacji mikroskopy operacyjne, system neuronawigacji, stereotaksji, ultrasonografii oraz endoskopii operacyjnej. Działa tu specjalny, dedykowany zespół neurochirurgiczno-laryngologiczny.

Wyróżnikiem kliniki na skalę światową są endoskopowe operacje mózgu i podstawy czaszki, a także kręgosłupa (we współpracy z Kliniką Otolaryngologii). Jako pierwsi w Polsce lekarze z tej kliniki zaczęli tą metodą usuwać nie tylko guzy przysadki, ale również guzy innych obszarów podstawy czaszki oraz oczodołu, a także wykonywać inne, unikalne operacje w tym obszarze anatomicznym. W uznaniu osiągnięć klinika otrzymała wielomilionową dotację na zakup najnowocześniejszego sprzętu



do operacji endoskopowych. Lekarze szkolą się w najlepszych światowych ośrodkach neurochirurgii endoskopowej w Niemczech, USA, Włoszech, Francji. Klinika prowadzi także ogólnopolskie kursy endoskopowej chirurgii czaszki i kręgosłupa. Obecnie w ramach uzyskanego grantu rozwojowego Ministerstwa Nauki realizuje internetową platformę szkoleniową w tej dziedzinie.



### Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka

Klinika obejmuje opieką około 2000 niemowlaków rocznie. Zajmuje się maluszkami zdrowymi oraz z patologią okresu noworodkowego. Obejmuje opieką dzieci urodzone: z ciężą powikłanych, infekcją wrodzoną, cukrzycą, z wadami strukturalnymi i genetycznie uwarunkowanymi chorobami metabolicznymi, z zaburzeniami hematologicznymi i immunologicznymi, z zespołem aspiracji smółki, w zamartwicy, z ciężą zakończonych porodem przedwczesnym. To tu hospitalizowane są noworodki nawet z niewiarygodnie małą urodzeniową masą ciała (<750 g).

Opieka nad wcześniakami obejmuje postępowanie ukierunkowane na wsparcie oddechowe, opanowanie zaburzeń krążeniowo-oddechowych, leczenie żywieniowe, profilaktykę niedokrwistości wcześniaczej, profilaktykę retinopatii, zaburzeń słuchu, osteopenii oraz monitorowanie zakażeń i wczesną stymulację rozwojową. W codziennej pracy wykorzystywana jest najnowocześniejsza aparatura i sprzęt: różnorodne



metody wentylacji mechanicznej i wsparcia oddechowego, leczenie tlenkiem azotu, leczenie surfaktantem, profilaktykę zakażenia wirusem RSV u noworodków urodzonych przedwcześnie, monitorowanie echokardiograficzne układu krążenia, monitorowanie ultrasonograficzne, kinezyterapię oddechową, wczesną stymulację rozwojową oraz promocję wczesnych kontaktów matka-dziecko.

## Oddział Intensywnej Terapii

**W** szpitalu funkcjonuje 10-lóżkowy Oddział Intensywnej Terapii, wyposażony w nowoczesne respiratory, które umożliwiają stosowanie różnych trybów wentylacji inwazyjnej i nieinwazyjnej. Na wyposażeniu są również najnowocześniejsze łóżka pozwalające na intensywną terapię (m.in. z możliwością masażu wibracyjnego chorego), z materacami przeciwdoleżnowymi i systemem ogrzewania chorych oraz bronchoskopy, defibrylatory oraz aparat USG itp. Posiadany system monitorujący pozwala na kompleksową ocenę funkcji układu krą-

żenia. W razie konieczności chorzy leczeni poddawani są terapii nerkozastępczej (tzw. sztuczna nerka).

Oddział realizuje misję pomocy chorym w stanach zagrożenia życia. Wielokrotnie udowodnił, że stan krytyczny chorego nie musi oznaczać wyroku. To tu leczone są najtrudniejsze przypadki medyczne z całego regionu.

W ostatnim czasie największym sukcesem stało się uratowanie trzech ciężarnych kobiet z ciężką, ostrą niewydolnością oddechową w przebiegu zachorowania na świńską grypę. W wyniku długotrwałego leczenia i zastosowania niestandardowych metod leczniczych (m. innymi ECMO-oksygenacja pozaustrojowa) pani wróciły do zdrowia.



## Klinika Okulistyki

**W** ykonuje się tu zabiegi laserowe: w leczeniu jaskry, retinopatii cukrzycowej, w leczeniu chorób obturacyjnych naczyń siatkówki (zatory, zakrzepy), zaćmy wtórnej, a także zabiegi chirurgiczne w leczeniu jaskry, zaćmy, plastykę tęczówki i przedniego odcinka oka. Lekarze zajmują się operacyjnym leczeniem odwarstwienia siatkówki, zabiegami na mięśniach zewnątrzgałkowych (operacje zeza), operacjami oczopląsu,

operacjami plastycznymi powiek i spojówki, operacjami usunięcia gałki ocznej, chirurgicznego leczenia guzów oczodołu z lokalizacją przednią, w tym plastyką oczodołu. Wspólnie z neurochirurgami podejmują się operacji m.in. chirurgicznego leczenia guzów szczytu oczodołu; endoskopowych operacji odbarczenia nerwu wzrokowego; punkcji diagnostycznej guzów pozagałkowych z użyciem neuronawigacji. Wspólnie z laryngologami: endoskopowym leczeniem niedrożności dróg łzowych (zespolenie nosowo-łzowe).



## Klinika Chirurgii Naczyń i Transplantacji

**T** o jedyna w województwie podlaskim jednostka zajmująca się chirurgią naczyń oraz transplantacjami. W klinice wykonywana jest: diagnostyka i leczenie niedrożności tętnic, hybrydowe leczenie chorób tętnic obwodowych, rekonstrukcję naczyń po urazach, transplantacje nerek, diagnostykę i chi-

rurgiczne leczenie tętniaków aorty brzusznej metodami klasycznymi oraz endowaskularnymi (stentgrafty), operacyjne leczenie zakażeń protez naczyń, endowaskularne leczenie zwężeń tętnic szyjnych i łuku aorty, operacje hybrydowe w leczeniu tętniaków piersiowobrzuszných.

Ostatnio wprowadzoną procedurą jest endowaskularne zaopatrzenie pękniętych tętniaków aorty brzusznej oraz operacje endowaskularnego zaopatrzenia tętniaków aorty piersiowej.

# Wyróżnienia z okazji 50-lecia szpitala

Jubileusz szpitala to okazja do zauważenia i docenienia pracy osób, które choć nie zawsze stoją w pierwszym rzędzie, to dzięki nim placówka działa tak dobrze oraz jest ceniona przez pacjentów

*Na wniosek Ministra Zdrowia uhonorowane zostały osoby za długoletnią służbę na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku*

## **MEDAL ZŁOTY ZA DŁUGOLETNIĄ SŁUŻBĘ**

Krystyna Grygorczuk, pielęgniarka oddziałowa, Klinika Kardiologii z OINK;  
Prof. Piotr Andrzej Knapp, kierownik Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej;  
Krystyna Kochanowska, specjalista ds. socjalnych; Dział Spraw Pracowniczych;  
Grażyna Kołodko, st. statystyk medyczny, Dział Statystyki Medycznej;  
Prof. Tadeusz Laudański, kierownik Kliniki Perinatologii i Położnictwa ze Szkoła Rodzenia;  
Jolanta Teresa Łapińska, pielęgniarka oddziałowa Klinika Urologii;  
Mirosława Martyszewska, pielęgniarka oddziałowa Szpitalny Oddział Ratunkowy;  
Stanisław Pogorzelski, konserwator urządzeń tlenowych;  
Dr Andrzej Stanisław Rudziński, st. asystent, Zakład Kształcenia Lekarzy Rodzinnych;  
Ewa Samecka, kierownik sekcji płac, Dział Spraw Pracowniczych;  
Teresa Sawicka, pielęgniarka oddziałowa Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym;  
Marek Sawicki, kierownik Działu Administracyjno-Eksploatacyjnego;  
Lek. Paweł Piotr Świątkiewicz, st. Asystent, Klinika Ortopedii i Traumatologii;  
Wojciech Krzysztof Żdanowicz, st. technik elektroradiologii, Zakład Radiologii.

## **MEDAL SREBRNY ZA DŁUGOLETNIĄ SŁUŻBĘ**

Mgr Dorota Andryszuk, położna oddziałowa Klinika Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka;  
Dr hab. Bogdan Cylwik, st. asystent, Zakład Diagnostyki Biochemicznej;  
Prof. Jacek Waław Dadan, kierownik I Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej;  
Ewa Dąbrowska, kierownik kancelarii, Dział Organizacyjno-Prawny;

Anna Granacka, telefonistka, Dział Administracyjno-Eksploatacyjny;  
Mgr Urszula Jakubowska, pielęgniarka koordynująca pracę, Szpitalny Oddział Ratunkowy;  
Mgr Marta Agnieszka Kiersnowska, kierownik Działu Spraw Pracowniczych;  
Mgr Agnieszka Krynicka, z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa;  
Anna Irena Mieśnikowicz, st. technik analityki medycznej, Zakład Diagnostyki Biochemicznej;  
Dr Dorota Olszańska, st. Asystent, Zakład Diagnostyki Mikrobiologicznej i Immunologii Infekcyjnej.

## **MEDAL BRĄZOWY ZA DŁUGOLETNIĄ SŁUŻBĘ**

Mgr Beata Kropiewnicka, główny księgowy;  
Mgr Marta Milewska-Buzun, pielęgniarka oddziałowa bloku operacyjnego Klinika Kardiochirurgii.

## **ODZNAKI HONOROWE „ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA”**

Prof. Stanisława Zyta Grabowska, kierownik Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej;  
Dr Danuta Weronika Jakubczyk, starszy asystent, Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych;  
Dr Bogdan Lewandowski, z-ca kierownika kliniki Reumatologii;  
Mgr Beata Dorota Malesza, kierownik Apteki;  
Prof. Zenon Dionizy Mariak, kierownik Kliniki Neurochirurgii;  
Prof. Jan Cezary Skowroński, kierownik Kliniki Ortopedii i Traumatologii;  
Lek. Wojciech Tadeusz Trzpis, z-ca kierownika ds. bloku operacyjnego, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym.

## **ODZNAKI HONOROWE WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO**

Prof. Jacek Nikliński, rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku;  
Prof. Sławomir Dobrzycki, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej z OIOK i Pracownią Hemodynamiki.



*Z okazji Świąt Bożego Narodzenia  
Pracownikom, Studentom i Przyjaciółom naszej Uczelni  
składam najserdeczniejsze życzenia,  
aby radość i pokój Świąt towarzyszyły  
wszystkim przez cały Nowy Rok.  
Życzę wszelkiej pomyślności  
w realizacji zamierzeń zawodowych i osobistych*

*Rektor  
Profesor Jacek Nikliński*

