



WOJEWÓDZKI  
SZPITAL  
SPECJALISTYCZNY  
W OLSZTYNIE

# PULS SZPITALA

NR 67

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

kwiecień–czerwiec 2020

ISSN 1644 – 8162



**Ważna rola  
Szpitalnego Klinicznego  
Oddziału Ratunkowego  
w dobie pandemii**  
s. 4



# PULS SZPITALA

## Wydawca

Wojewódzki Szpital  
Specjalistyczny w Olsztynie

## Redaktor naczelny

Przemysław Prais

## Koncepcja graficzna

Barbara Szymczuk

## Stała współpraca

Jerzy Badowski  
Piotr Markiewicz  
Hanna Taraszkiewicz  
Beata Jastrzębowska

## Adres redakcji

10-561 Olsztyn  
ul. Żołnierska 18  
Rzecznik Prasowy  
tel. 89 538 64 79  
pprais@wss.olsztyn.pl  
www.wss.olsztyn.pl

## Druk i przygotowanie

Pracownia C&C Sp. z o.o.  
ul. Porannej Bryzy 33  
03-284 Warszawa  
tel. +48 22 404 72 60  
www.ccpag.com.pl

## Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie  
prawo do skrótów i zmiany  
tytułów.

Redakcja nie ponosi  
odpowiedzialności  
za treść nadsyłanych  
publikacji.

- 3 Dzięki profesjonalnemu podejściu przetrwamy trudny czas pandemii
- 4 Ważna rola SKOR w dobie pandemii COVID-19
- 9 Zgrany zespół OIT radzi sobie także z koronawirusem
- 10 Po wyzdrowieniu z COVID-19 w ciąży, urodziła zdrową córkę
- 10 Powróciły zabiegi usuwania zaćmy, a transplantolodzy przeszczepiali bez przerwy
- 11 Porody rodzinne ponownie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym!
- 12 Podarunek dla oddziału położniczego od rodziców Kostka
- 12 Krajowy Fundusz Szkoleniowy w roku 2020 dla fizjoterapeutów
- 13 Międzynarodowy Rok Pielęgniarek i Położnych
- 18 Choroba zwyciężyła, ale Go nie pokonała
- 19 Co nowego w udarze? Jest postęp!
- 21 Całościowo opiekujemy się pacjentem po zawale serca
- 22 Nowoczesny mammograf bada pacjentki Szpitala Wojewódzkiego
- 23 Pracuję na wysokich obrotach, szukam nowych wyzwań
- 24 W dobie pandemii wciąż możemy liczyć na wsparcie
- 25 Pamięć i jej zagadki (część 36)
- 27 Jolka Szpitalna



# Dzięki profesjonalnemu podejściu przetrwamy trudny czas pandemii



**Szanowni Państwo, mija kolejny miesiąc funkcjonowania naszego szpitala w dobie pandemii koronawirusa, chociaż w ostatnich tygodniach w innych warunkach, bez funkcjonowania szpitala jednoimiennego w Ostródzie.**

Ta sytuacja wymagała od nas kolejnej reorganizacji trybu przyjęć pacjentów przez Izbę Przyjęć i Szpitalny Kliniczny Oddział Ratunkowy oraz wdrożenia i realizacji nietatwych działań mających ochronić szpital przed rozprzestrzenieniem koronawirusa. Utrzymujemy nadal oddział izolacyjny, żeby zapewnić bezpieczeństwo personelowi medycznemu i naszym pacjentom.

Analizując wszystkie opinie, komentarze i doniesienia naukowe na temat pandemii wygląda na to, że powinniśmy przygotować szpital do długotrwałego zmagania się z tym zagrożeniem uwzględniając zapowiadane przez ekspertów przyspieszenie rozprzestrzeniania się COVID-19 w okresie jesienno-zimowym.

Problemem jest to, że nie dostaliśmy konkretnych zaleceń, jak powrócić do normalnej pracy, czyli zwiększyć liczbę wykonywanych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów planowych i wywiązać się z wiążącego nas kontraktu z NFZ, czyli zrealizować ryczałt. Wszyscy musimy wykazać pełną determinację, żeby nadrobić zaległości wynikające z pandemii i należycie zabezpieczyć potrzeby pacjentów. Co prawda wszystkie szpitale ograniczyły swoją aktywność i korzystają z tego, że NFZ nie dokonuje korekt ryczałtu z tytułu obniżenia aktywności. Prawdopodobnie zostanie również wydłużony okres rozliczenia ryczałtu do pierwszego kwartału 2021 r. albo do pierwszego półrocza 2021r.

Nie mamy żadnych wątpliwości, że okres pandemii i wszystkie zagrożenia z nią związane są trudnym czasem zarówno dla pacjentów jak i naszych pracowników, którym dziękuję za zaangażowanie i przede wszystkim stosowanie się do zaleceń i obowiązujących procedur.

Do najważniejszych działań należy stałe pozyskiwanie informacji dotyczącej bieżącej sytuacji epidemiologicznej nie tylko w regionie, ale w całej Polsce i na świecie oraz ich analiza w aspekcie bieżącego działania szpitala. Należy umiejętnie przysposobić uzyskane informacje do podjęcia odpowiedniej strategii stopniowego przywracania działalności szpitala i bezpiecznej organizacji pracy, zabezpieczania środków ochrony indywidualnej itd.

Nie należy jednak ukrywać, że personel medyczny jest i będzie narażony na sytuację stresogenną związaną z ryzykiem bezobjawowego zakażenia, które następnie może transmitować na podatnych pacjentów z chorobami współistniejącymi i na inny personel medyczny. Dlatego kluczową kwestią jest unikanie tzw. bliskiego kontaktu, należy też ograniczyć przemieszczanie się po szpitalu do niezbędnych potrzeb. Z tego powodu za kluczowe uznaliśmy również zagadnienia dotyczące właściwej komunikacji i wspierania personelu w przetrwaniu tego trudnego okresu, zaglądnijcie Państwo na stronę intranetową codziennie i czytajcie wszystkie bieżące komunikaty.

Nasze podejście do zagrożenia korona wirusem musi być profesjonalne, nie ulegamy fobiom, ale i nie lekceważymy zagrożenia. Bądźmy świadomi, że pojawiające się w różnych miejscach nowe ogniska epidemiczne mogą czasowo wyłączać z funkcjonowania niektóre oddziały, całe szpitale i wielu pracowników medycznych, zwłaszcza mających kilka miejsc pracy. Zdaniem niektórych ekspertów zagrożenie ze strony personelu medycznego jest na tym etapie pandemii większe niż ze strony pacjentów.

Niestety w związku z pandemią musieliśmy zawiesić organizację obchodów 50-lecia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie i to jest najgorszym ubocznym skutkiem pandemii dla naszego szpitala. Jednym z akcentów jubileuszowych 50-lecia będzie wydany piękny album na temat historii rozwoju naszego Szpitala. Jeśli koronawirus w okresie jesienno-zimowym okaże się łaskawszy niż prognozy epidemiologiczne, może uda nam się zrealizować chociaż jakiś skromny scenariusz jubileuszowy pod koniec roku, albo przesuniemy obchody na rok następny.

Przykro mi, że ten Jubileuszowy Rok będzie się nam wszystkim kojarzył z pandemią koronawirusa, ale nie mieliśmy i nie mamy na to wpływu. Natomiast mamy wpływ na swoje bezpieczeństwo i bezpieczeństwo naszych pacjentów poprzez przestrzeganie wszystkich zaleceń i unikanie ryzykownych zachowań w szpitalu, a także podczas weekendów i urlopów.

Mamy również wpływ na atmosferę w szpitalu i w swoich miejscach pracy, poprzez okazywanie sobie szacunku, zrozumienia, wyrozumiałość i tolerancję. Unikajmy konfliktów. Konflikt jest zjawiskiem naturalnym w każdej dobrze funkcjonującej organizacji. Pojawia się najczęściej tam, „gdzie dwie lub więcej stron dąży do sprzecznych lub niezgodnych celów”. Wystąpienie realnych problemów, których nam na co dzień przecież nie brakuje nie jest konieczne do powstania konfliktu. Problemy nie są jednoznaczne z konfliktem, a odnoszę wrażenie, że wielu pracowników ma problem z właściwym różnicowaniem, czy definiowaniem tych pojęć, zwłaszcza w ostatnim okresie. Nawet niezgodność interesów nie wyczerpuje pojęcia konfliktu. O konflikcie niejednokrotnie stanowi raczej samo przekonanie o wroгим nastawieniu obu zaangażowanych stron.

Konflikt może odgrywać rolę destrukcyjną, może zdeorganizować pracę, prowadzić do spadku efektywności działań, ale zawsze najtrudniejsze są do opanowania pojawiające się negatywne emocje, które najbardziej dezintegrują pracę zespołową. Można jednak wykazując nieco dobrej woli, wychodząc z konfliktu wskazać pozytywne aspekty jego funkcjonalnego wymiaru, poprzez zwiększenie kreatywności pracowników czy poprawę organizacji pracy poprzez znalezienie zakresu możliwych rozwiązań danego konfliktu. Zachęcam Państwa do otwartości i pozytywnego nastawienia do problemów. Jednocześnie życzę dobrego i bezpiecznego wypoczynku.

**Irena Kierzkowska**

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



# Ważna rola SKOR w dobie pandemii COVID-19

Sytuacja epidemiologiczna, z którą mamy do czynienia od kilku miesięcy ukazała specyfikę pracy w Szpitalnym Klinicznym Oddziale Ratunkowym w zupełnie nowym świetle. Wiele osób dostrzegło, jak ciężka i odpowiedzialna jest praca w SKOR, jednocześnie doceniając znaczenie wysiłku jego personelu medycznego i administracyjnego dla sprawnego funkcjonowania całej instytucji, jaką jest szpital – mówi dr Rakesh Jalali, koordynator SKOR.

## Rozmowa z dr Rakeshem Jalali

### Przemysław Prais: Od kiedy SKOR działa w trybie spowodowanym przez COVID-19?

Rakesh Jalali: Pod koniec ubiegłego roku świat obiegła informacja o masowych przypadkach zachorowań na ostrą chorobę zakaźną układu oddechowego wywołaną zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Z początkiem bieżącego roku padły doniesienia o pierwszych przypadkach zachorowań w Europie, a następnie w Polsce.

Początkowo wirus wywołujący tę chorobę postrzegany był jako wirus grypy objawiający się jedynie

silniejszymi symptomami. Jednak z biegiem czasu dostrzegliśmy, że rozwijające się zakażenie wirusem może prowadzić m.in. do zespołu ostrej niewydolności oddechowej, zaś u osób z postacią krytyczną zakażenia, może prowadzić nawet do śmierci.

Ryzyko rozprzestrzeniania się i wzrostu zagrożeń związanych z chorobą COVID-19 oceniono jako bardzo wysokie, dlatego też natychmiast podjęliśmy szereg działań w celu przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się zachorowań, podejmując decyzję o wprowadzeniu w SKOR bardziej zastrzonych środków bezpieczeństwa związanych m.in. z przyjmowaniem pacjentów. Pierwsze takie działania podjęliśmy już 28.02.2020 r.

### Jaka jest droga pacjenta przyjmowanego do SKOR?

– W związku z zagrożeniem epidemicznym przed wejściem do SKOR pojawiły się tzw. „wysunięte punkty wstępnej segregacji” w postaci kontenerów, gdzie ratownik medyczny lub pielęgniarka dokonuje przez wideofon identyfikacji oraz wstępnej oceny medycznej pacjenta, poprzez zebranie od niego wywiadu niezbędnego do wypełnienia ankiety w oparciu o wywiad epidemiczny. Czynność ta służy dokonaniu wstępnej selekcji pacjentów tak, aby wyłonić pacjenta podejrzanego o zachorowanie i odpowiednio postępować. Jeśli wynik ankiety jest ujemny, pacjent jest



Personel SKOR udziela pomocy pacjentowi przywiezionemu w trybie nagłym



wpuszczony do wnętrza kontenera, gdzie zostaje wyposażony w maseczkę oraz gdzie dokonywany jest pomiar temperatury.

Dopiero po wykonaniu tych czynności pacjent może przejść do SKOR, gdzie dalsze czynności medyczne przejmują pozostały personel, zaopatrzone w odpowiednie względy zagrożenia środki ochrony.

W przypadku ujawnienia podwyższonej temperatury oraz innych objawów towarzyszących mogących sugerować zakażenie SARS-CoV-2, pacjent pozostaje w kontenerze do czasu ustalenia z PSS dalszego planu postępowania.

W sytuacji, gdy stan zdrowia pacjenta nie pozwala na jego pozostanie w kontenerze, jest on umieszczany w obszarze dekontaminacji, gdzie istnieje możliwość monitorowania stanu jego zdrowia oraz zapewniony jest monitoring i kontakt werbalny z pacjentem.

Pacjenci z dodatnim wywiadem w kierunku COVID-19, przywiezieni przez ZRM bezpośrednio z karetki umieszczani są w obszarze dekontaminacji.

**Jakie są stosowane procedury i środki bezpieczeństwa, które chronią personel medyczny przed zakażeniem koronawirusem?**

– W związku z sytuacją epidemiologiczną, celem zapewnienia bezpieczeństwa zarówno personelu, jak i pacjentów, zmuszeni byliśmy stworzyć procedurę szpitalną, która jasno określi sposób postępowania pracowników SKOR, jak i pracowników całego szpitala (PA/ZK 1.10a) względem osób z dodatnim wywiadem w kierunku COVID-19.

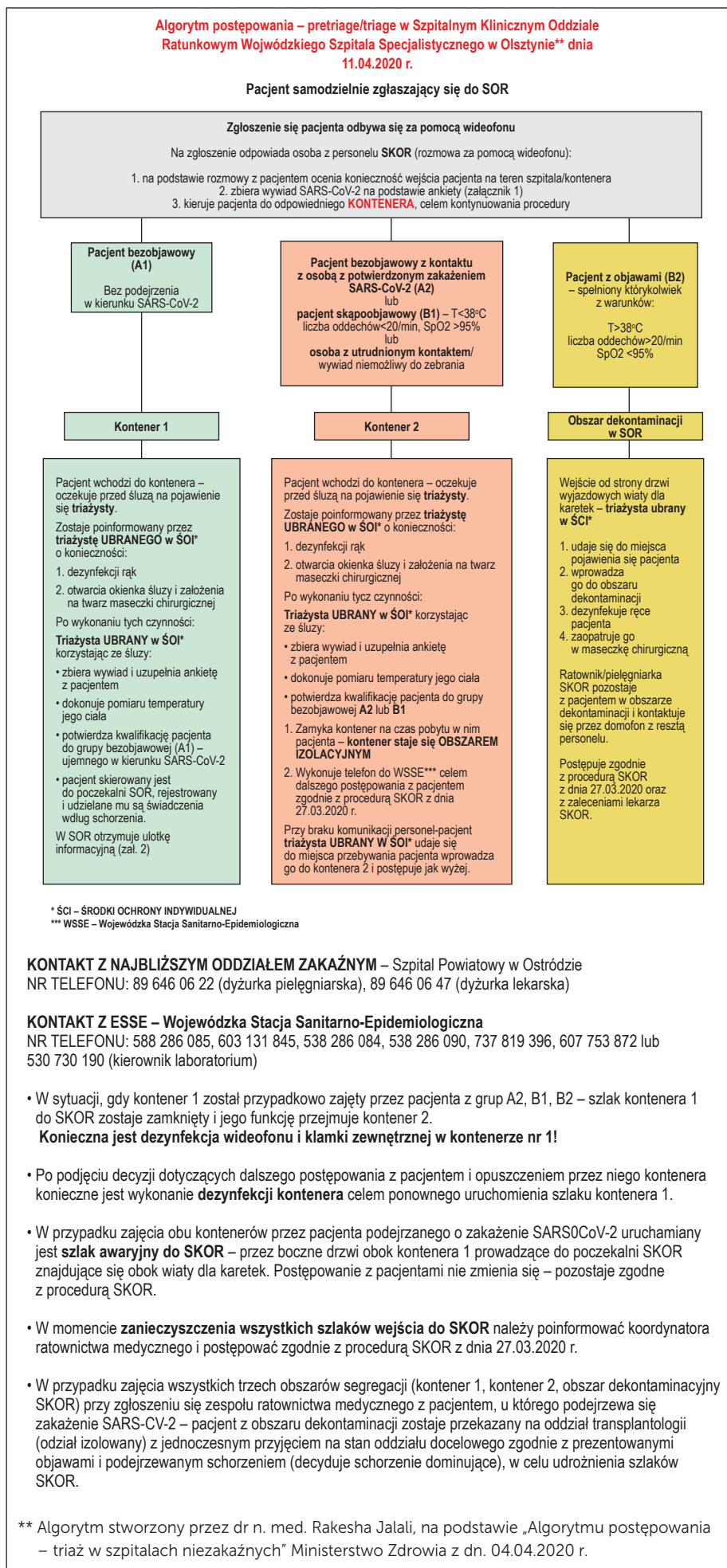
Procedura powstała przy ścisłej współpracy pielęgniarek epidemiologicznych (Ewa Pietrusińska, Katarzyna Grabowska) z koordynatorem SKOR dr n. med. Rakeshem Jalali oraz pielęgniarką oddziałową SKOR Joanną Kozłowską.

W momencie wykrycia lub podejrzenia zachorowania na COVID-19 wdrażana jest specjalna procedura postępowania.

Uruchamiając sposób przyjęcia pacjenta z wykorzystaniem kontenera zmuszeni byliśmy do opracowania na podstawie „Algorytmu postępowania – triaż w szpitalach niezakaźnych” Ministerstwo Zdrowia z dnia 04.04.2020 r. własnego algorytmu dostosowanego do warunków WSS.

Autorem tego algorytmu jest dr Rakesh Jalali.

Z uwagi na fakt, iż w sytuacji epidemii każdego pacjenta należy traktować, jako potencjalnie zarażonego wirusem SARS-CoV-2, personel SKOR pracuje w środkach ochrony indywidualnej (ŚOI).







Pielęgniarka z pacjentką przed kontenerami, służącymi za wysunięte punkty wstępnej segregacji. Oba zaczęły pracę 11 kwietnia 2020 r.

Ponadto elementem ochrony personelu medycznego jest również odpowiednie zabezpieczenie pacjenta przed rozprzestrzenieniem czynnika zakaźnego. Jako że wirus rozprzestrzenia się głównie drogą kropelkową ważne jest, aby już na samym początku zastosować podstawowy środek ochrony w postaci maseczki na twarz pacjenta.

#### Jak procedury bezpieczeństwa wpływają na komfort pracy osób zatrudnionych w SKOR?

– Początki pracy w nowych realiach związanych z pandemią były dla nas bardzo trudne. Dla wszystkich było to coś innego, nowego i nieznanego.

Obawialiśmy się dużej liczby pacjentów, których nie będziemy w stanie obsłużyć ze względu na brak miejsc izolacyjnych, czy też środków ochrony indywidualnej. Obawy dotyczyły również sytuacji, w której ktoś z nas ulegnie zakażeniu, przez co może narazić pozostały personel na zakażenie, co znacząco wpłynie na ograniczenie zasobów kadrowych, tak niezbędnych w walce z COVID-19.

Od początku wszyscy pracownicy pilnowali się wzajemnie pod kątem prawidłowego stosowania ŚOI oraz bezwzględnego przestrzegania zasad bezpieczeństwa. Każdemu z nas zależało na tym, aby móc bezpiecznie pracować oraz równie bezpiecznie wrócić do domu, dlatego też każdy pacjent z dodatnim wywiadem COVID-19 budził lęk i niepokój.

Dla poprawy bezpieczeństwa zamknęliśmy wszystkie wejścia do SKOR, zostawiając jedno właściwe, zgodne z procedurą.

Ustalenie nowych procedur pozwoliło na wprowadzenie jasnych zasad postępowania z pacjentami potencjalnie zakażonymi. Negatywne emocje

powoli wygasaty. Mimo iż koronawirus nadal budzi wiele obaw, przyzwyczailiśmy się do myśli, że każdy pacjent może być potencjalnie zakażony, w związku z tym na każdym kroku musimy zachowywać środki ostrożności.

W walce z wirusem wciąż zasadniczą rolę odgrywa umiejętne zarządzanie ryzykiem oraz zasobami ludzkimi, dlatego też od samego początku każdy pacjent zaopatrywany był przez nas w maseczkę ochronną, zaś my do każdego pacjenta podchodzimy w ŚOI.

Od każdego pacjenta zbierana była i jest ankieta oparta o wywiad epidemiczny, która zmieniała się wielokrotnie wraz z rozprzestrzenianiem się epidemii tak, by z jej treści można było uzyskać



Pielęgniarka oddziałowa Joanna Kozłowska w pomieszczeniu do dekontaminacji

jak najwięcej informacji dotyczących stanu zdrowia przybywającego do nas pacjenta oraz jego potencjalnego kontaktu z osobami zakażonymi.

#### Proszę o wyjaśnienie jak długo stały tzw. namioty barierowe i kto je dostarczył? Kiedy zastąpiły je kontenery? Ile ich jest i jaką pełnią rolę? Dlaczego kontenery są lepsze od namiotów?

Decyzja o włączeniu do użycia namiotów zapadła w sobotę 14.03.2020 r. Dostarczyła je oraz rozstawiła Komenda Miejska Państwowej Straży Pożarnej w Olsztynie. Namioty szybko wzbudziły duże zainteresowanie zarówno mediów, jak i samych pacjentów.

W trakcie ich użytkowania okazało się jednak, że ze względu na warunki atmosferyczne praca w nich jest bardzo trudna ze względu na niską temperaturę i brak toalety dla pacjentów. Do tego dochodził również problem z zapadaniem się namiotów z powodu wciąż schodzącego z nich powietrza, w związku z czym dość często zwracaliśmy się do strażaków z prośbą o ich dopompowywanie. Ponadto możliwość dopilnowania pacjentów izolowanych w namiocie była bardzo ograniczona.

W związku z tymi niedogodnościami w dniu 07.04.2020 r. namioty zostały zastąpione dwoma kontenerami, które poprawiły warunki przebywania w nich zarówno pacjentów, jak i personelu. W związku z potrzebą podłączenia w kontenerach kanalizacji, czy też zamontowania wideofonów, ich uruchomienie wymagało nakładu pracy Działu Technicznego. Dostosowania wymagało także wejście do kontenerów, przy którym zbudowano schodki oraz barierki.



Personel, który ma kontakt z pacjentem jest wyposażony w środki ochrony





Dr Małgorzata Ciszewska podczas zajęć ze studentami UWM, które wznowiono 27 maja 2020 r.

Ostatni i bardzo ważny etap uruchamiania kontenerów wymagał opracowania kolejnego dostosowanego do nowych realiów algorytmu postępowania, którym zajęli się dr Rakesh Jalali.

Kontenery zostały uruchomione wieczorem, w Wielki Piątek (11.04.2020 r.).

#### **Jaką rolę odgrywa oddział izolacyjny działający na bazie Oddziału Transplantologicznego?**

W celu utrzymania płynności pracy SKOR oraz mając na uwadze bezpieczeństwo zarówno personelu szpitala, jak i jego pacjentów, na bazie Oddziału Transplantologii został powołany Oddział Izolacyjny, który odegrał kluczową rolę w tak newralgicznym czasie zarówno dla samego SKOR, jak i całego szpitala.

Pacjent SKOR z niepewnym wywiadem COVID-19, oczekujący na wynik wymazu i wymagający dalszego leczenia w innym oddziale szpitalnym przekazywany jest do Oddziału Izolacyjnego, gdzie przebywa do czasu otrzymania wyniku wymazu.

Opiekę nad pacjentem sprawuje wówczas lekarz wraz z pielęgniarką Oddziału Transplantologii przy jednoczesnym udziale pielęgniarki oddziału docelowego, do którego pacjent zostaje przyjęty.

Każdy pacjent, wobec którego wysunięto podejrzenie zakażenia lub też stwierdzono u niego zachorowanie, a który wymaga specjalistycznego leczenia w naszym szpitalu pozostaje wówczas w izolacji.

Sytuacja, w której pacjenci mieliby oczekiwać na wynik wymazu w SKOR mogłaby znacznie wpłynąć na sparaliżowanie pracy SKOR, gdyż pewnym momencie z uwagi na konieczność bezwzględnego stosowania się do zaostrożonych zasad bezpieczeństwa, mających na celu przeciwdziałanie rozprzestrzeniania się zakażeń, nie byłibyśmy w stanie przyjąć kolejnych pacjentów.

Dlatego należałoby tu jeszcze raz podkreślić, że powstanie Oddziału Izolacyjnego na bazie Oddziału Transplantologii w dużej mierze przyczyniło się do utrzymania sprawnej pracy Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego pod względem przyjmowania kolejnych pacjentów, za co bardzo dziękujemy całemu Oddziałowi Transplantologii.

#### **Proszę teraz powiedzieć jak obecnie działa obecnie Planowa Izba Przyjęć? Jakie zastosowano środki bezpieczeństwa w związku z COVID-19?**

Niewątpliwie czas epidemii jest też trudnym czasem zarówno dla pacjentów, jak i personelu Izby

Przyjęć. W związku z koniecznością zachowania odległości i unikania kontaktu bezpośredniego, zmuszeni byliśmy dokonać reorganizacji pracy IP. Jednym z elementów tej reorganizacji było dostosowanie sposobu przyjęć pacjentów tak, aby móc zagwarantować im bezpieczeństwo.

Izba Przyjęć czynna jest od godz. 7.00. Z uwagi na wprowadzone środki bezpieczeństwa oraz konieczność zachowania dystansu społecznego, nie ma takiej możliwości, aby wszyscy pacjenci mogli jednocześnie przebywać w oczekalni.

W związku z tymi ograniczeniami przed Izbą Przyjęć tworzy się kolejka, co jest dużym utrudnieniem dla pacjentów.

Celem zachowania wymaganych zasad bezpieczeństwa pacjenci wchodzą do Izby Przyjęć bez osób towarzyszących. Opiekę nad nimi przejmuje pracownik IP, który zbiera od pacjentów wywiad, wypełnia ankietę oraz mierzy temperaturę ciała. Wszystkie te czynności wykonywane są z należytą dbałością i starannością, by nikt podejrzany o zachorowanie nie przedostał się na teren szpitala bez identyfikacji oraz wstępnej oceny medycznej.

Każdorazowo skupiamy nasze wysiłki na tym, aby praca szpitala płynnie i pacjenci jak najmniej odczuli niedogodności wywołane koniecznością



bezwzględne stosowanie się do nowych zasad bezpieczeństwa oraz jak najkrócej oczekiwali na przyjęcie na zewnątrz. Niestety wiele oddziałów umawia swoich pacjentów na godzinę 7.00 – 8.00.

Przy wejściu do IP zamontowano dodatkowe dozowniki z płynem dezynfekującym, a personel nadzoruje, aby każdy wchodzący pacjent dezynfekował ręce. Oprócz tego pacjenci wyposażeni są w maseczki.

Aby zwiększyć bezpieczeństwo personelu, na stanowiskach rejestracji w SKOR i IP zamontowano szyby celem uniknięcia bliskiego kontaktu.

### Czy pracownicy SKOR spotykają się ze wsparciem, np. w postaci posiłków dostarczanych przez formy gastronomiczne? Jakie są jeszcze inne formy wsparcia?

W związku z nową i nietypową dla nas wszystkich sytuacją, pracownicy SKOR oraz IP spotkali się z ogromnym wsparciem od lokalnych przedsiębiorców, którzy rozpieszczali nas dostarczając ciepłe posiłki, słodkości, napoje, kawę, odżywki oraz środki ochrony osobistej.

Cały zespół SKOR i IP serdecznie dziękuje za okazane wsparcie.

Doceniamy zaangażowanie wszystkich darczyńców i jest nam niezmiernie miło, że postanowili być z nami w tym trudnym czasie. Każdy, nawet mały gest jest dla nas bardzo ważny i utwierdza nas w przekonaniu, że to co robimy jednoczy nas we wspólnym celu.

Z całego serca dziękujemy:

KFC, Sushi Bar Olsztyn – Sushi Ko Galeria Warmińska, Horyzonty Cafe, TANDOOR Kuchnia Indyjska, Stara Pączkarnia, U Artystów, Palarnia Kawy Lani Coffee, Pizza Hut, Way To Beauty Olsztyn i Sznajder beauty.



Personel Obszaru Segregacji i Przyjęć chronią także ostony z pleksi

Dziękujemy także Pani Magdzie Borejko, córce lekarki, która pracowała w naszym szpitalu.

Szczególne podziękowania należą się również Pani Małgorzacie Fiedorowicz – Nowak, która jako osoba prywatna wsparła nas finansowo w tak trudnym czasie, dzięki czemu mogliśmy się dodatkowo wyposażyć tak niezbędne w walce z COVID środki ochrony indywidualnej.

Podziękowania również należą się wszystkim tym, którzy wspierali nas na różne możliwe dla siebie sposoby, co bardzo doceniamy. Wśród nich są żołnierze Wojsk Obrony Terytorialnej, którzy mierzą temperaturę wchodzącym do budynku szpitala pracownikom i pacjentom.

Ogromne podziękowania należą się przede wszystkim personelowi SKOR: lekarzom, pielęgniarkom, ratownikom medycznym, rejestratorom oraz zespołowi pomocniczemu za zaangażowanie oraz pełne odzwierciedlenie tego, jak powinna wyglądać praca zespołowa.

To właśnie wspólna praca całego zespołu pozwoliła na sprawne wdrożenie oraz realizację procedur i wytycznych we właściwy sposób tak, aby kontakt pomiędzy pacjentem a personelem medycznym przebiegał płynnie, z zachowaniem wszelkich środków bezpieczeństwa.

Rozsądne i odpowiedzialne podejście personelu SKOR do sytuacji epidemiologicznej, z którą przyszło się nam zmierzyć, a także zachowanie dyscypliny w dbaniu o wspólne bezpieczeństwo pozwoliły uniknąć paraliżu pracy Oddziału Ratunkowego wywołanego ograniczeniami zasobów kadrowych, mogącymi nastąpić wskutek stwierdzenia potencjalnego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wśród pracowników SKOR.

Sytuacja epidemiologiczna, z którą mamy do czynienia od kilku miesięcy ukazała specyfikę pracy w Szpitalnym Klinicznym Oddziale Ratunkowym w zupełnie nowym świetle. Wiele osób dostrzegło, jak ciężka i odpowiedzialna jest praca w SKOR, jednocześnie doceniając znaczenie pracy jego personelu medycznego i administracyjnego dla sprawnego funkcjonowania całej instytucji, jaką jest szpital.

Dziękuję również całemu personelowi szpitalnemu za dostosowanie się do wszystkich wytycznych Zespołu Kryzysowego oraz za zrozumienie trudności, jakie powstały poprzez zamknięcie SKOR i rozdzielenie wejść do szpitala.

Należałoby również podkreślić, że sprawne funkcjonowanie pracy szpitala w czasie ogłoszenia epidemii byłoby niemożliwe bez prężnego działania Zespołu Kryzysowego, na czele z panią dyrektorką Ireną Kierzkowską, którzy w pełni rozumieli realne zagrożenie oraz na bieżąco reagowali na pojawiające się problemy, każdorazowo okazując pomoc przy ich rozwiązywaniu.



Automatyczną kurtynę dezynfekującą zamontowano przed oddziałem izolacyjnym działającym na bazie oddziału transplantologii

# Zgrany zespół OIT radzi sobie także z koronawirusem

Sukces zależy od wzajemnego zaufania, profesjonalizmu i współpracy zespołu opiekującego się pacjentem. Czas pokazał, że dysponujemy zgranym zespołem, który potrafi stanąć na wysokości zadania w najtrudniejszych, nowych sytuacjach.

Do Oddziału Intensywnej Terapii przyjmujemy pacjentów, którzy są w stanie zagrożenia życia z powodu różnych niewydolności narządowych. U każdego pacjenta z niewydolnością oddechową, który był jednocześnie pacjentem z podejrzeniem zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 wdrażano procedury przeciwdemiczne.

Personel medyczny oddziału pozostaje nadal w ciągłej gotowości do przyjęcia zakażonego pacjenta zgodnie z wszelkimi procedurami obowiązującymi w Naszym Szpitalu.

Mamy do dyspozycji sprzęt ochrony osobistej wymagany w takiej sytuacji, ale także jednorazowy sprzęt medyczny np. wideolaryngoskop, bronchoskop.

Przyjęcia pacjentów z podejrzeniem zakażenia odbywały się od chwili ogłoszenia stanu epidemicznego. Pacjenta z takim podejrzeniem przyjmowano na izolatkę. Personel medyczny, czyli lekarz, pielęgniarki i personel pomocniczy stosowali środki ochrony osobistej zgodnie

z obowiązującą procedurą. Do czasu otrzymania wyniku badań w kierunku COVID-19 pacjentem zajmowała się wyznaczona pielęgniarka/pielęgniarz.

Ta sytuacja znacząco obciąża psychicznie i fizycznie pracujący personel, wymaga zwiększonej uwagi, większego nakładu pracy, konieczności radzenia sobie z nowymi, stresującymi sytuacjami. Poza pacjentem, na tę chwilę „zakaźnym”, wymuszającym postępowanie zgodne z procedurami przeciwdemicznymi, na oddziale przebywają inni chorzy w ciężkim stanie, wymagający opieki, monitorowani, dializowani. Wszystkie procedury lecznicze i czynności pielęgnacyjne u chorego „zakaźnego” są ograniczone do tych pilnych, ratunkowych, aby minimalizować ryzyko zakażenia personelu medycznego i pozostałych chorych w oczekiwaniu na wynik badania tego pacjenta, który często przedłużał się nawet do 24 godzin.

Jednak zabiegi takie jak intubacja, podłączenie do respiratora, utrzymanie drożności dróg oddechowych, toaleta drzewa tchawiczowo-oskrzelowego z wykorzystaniem systemu zamkniętego odsysania muszą być wykonywane. Podobnie założenie przez lekarza wkłuc centralnego, tętniczego do monitorowania rozszerzonego,



a w tych czynnościach asystuje pielęgniarka. Wykonywanie zleceń lekarskich, przetaczanie płynów infuzyjnych, preparatów krwi wymagało częstego kontaktu z chorym i konieczności stosowania środków ochrony osobistej.

Opieka nad pacjentem w pełnym „umundurowaniu” ochronnym (kombinezon, ochraniacze na obuwie, gogle, przyłbica, maska, dwie pary rękawic) znacząco utrudnia pracę, ogranicza sprawność manualną, wymaga doświadczenia. Ubieranie się i rozbieranie z fartucha ochronnego wymaga umiejętności i jest czasochłonne. Niestety mimo uciążliwości i ograniczeń wszystkie konieczne czynności dla ratowania życia muszą być wykonane. Dopiero po uzyskaniu wyniku ujemnego pacjent był przenoszony

na salę dwustanowiskową. Izolatkę poddawano pełnej dekontaminacji przed przyjęciem kolejnego chorego z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2.

Sukces zależy od wzajemnego zaufania, profesjonalizmu i współpracy zespołu opiekującego się pacjentem. Czas pokazał, że dysponujemy zgranym zespołem, który potrafi stanąć na wysokości zadania w najtrudniejszych, nowych sytuacjach. Wszystko dla ratowania życia pacjenta i ochrony własnego, bo to najcenniejsze, czym dysponujemy. Nowe wyzwania nadal przed naszym zespołem, gdyż epidemia się jeszcze nie skończyła.

**Magister pielęgniarstwa Anna Bulicka**



# Ozdrowiała po zakażeniu COVID-19, urodziła zdrową córeczkę

Sukces lekarzy z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Po raz pierwszy w Polsce u kobiety ozdrowiałej po zakażeniu COVID-19 przeprowadzili poród, w efekcie którego na świat przyszła Urszulka.

Sabina Jaguszewska z Kurzętnika urodziła córeczkę o godz. 3 nad ranem w niedzielę 3 maja. – Poród metodą cesarskiego cięcia przeprowadziła dr Alicja Mankiewicz – informuje dr hab. n. med. Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego WSS w Olsztynie. – Zdecydowaliśmy o zastosowaniu tej metody z powodów położniczych. Wszystko przebiegło sprawnie, a zarówno mama, jak i mała Urszulka czują się dobrze.

Pani Sabina została przewieziona do Szpitala Wojewódzkiego ze Szpitala Jednoimiennego w Ostródzie, gdzie na oddziale zakaźnym leczyła się z zakażenia Covid-19. – Leczył się tam również mój mąż, więc było mi łatwiej znieść pobyt – mówi szczęśliwa mama Urszulki. – Świetną opiekę zapewnili mi również lekarze i pielęgniarki z ostródzkiego szpitala. Bardzo dziękuję dr Piotrowi Kocbachowi, ordynatorowi oddziału zakaźnego oraz pracującemu pod jego kierownictwem zespołowi ginekologów.



Dużą rolę ostródzkiego szpitala podkreśla także dr Tomasz Waśniewski. – To dzięki lekarzom i pielęgniarkom z tej placówki, a zwłaszcza dr Kocbachowi, mogliśmy kontynuować opiekę nad panią Sabiną – mówi.

Do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Szpitalu Wojewódzkim pacjentka została przyjęta 9 kwietnia. – Bezpośrednio przed przyjęciem wykonano u pani Saby dwa testy na obecność koronawirusa, które dały wynik negatywny – relacjonuje dr Waśniewski.

– Zastosowaliśmy odpowiednie procedury izolacyjne i środki ochrony osobistej przewidziane w takich sytuacjach.

Następne tygodnie pani Sabina spędziła w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, pod opieką lekarzy i położnych. – Zdecydowaliśmy o terminie porodu metodą cięcia cesarskiego i przeprowadziliśmy go nad ranem w ostatnią niedzielę – dodaje dr n.med. Janina Lipińska, zastępca ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, która opiekowała się pierwszą pacjentką wyleczoną z koronawirusa, mającą urodzić w Szpitalu Wojewódzkim.

Sabina Jaguszewska, z którą rozmawialiśmy w czwartek 7 maja rano mówi, że czuje się bardzo dobrze. Opiekuje się córeczką, która przebywa z nią w jednej sali. – Nie mogę nadziwić, że Urszulka zmienia się z każdym dniem. Najważniejsze, że jest zdrowa – mówi z uśmiechem. – To był mój pierwszy poród i mam nadzieję nie ostatni. Przy kolejnym chciałabym również być pod opieką lekarzy i położnych ze Szpitala Wojewódzkiego, którzy zapewnili mi wszystko, czego potrzebowałam. Nie mogłam trafić lepiej – dodaje.

*Przemysław Prais*

## Powróciły zabiegi usuwania zaćmy, a transplantolodzy przeszczepiali bez przerwy

Niektóre oddziały Szpitala, jak np. okulistyka wracają do normalnej pracy po okresie „zamrożenia” wywołanego pandemią koronawirusa, inne, jako jedno z nielicznych w Polsce mimo zagrożenia działały cały czas, jak transplantologia.

Po przerwie spowodowanej rozwojem pandemii koronawirusa okuliści ze Szpitala Wojewódzkiego ponownie przeprowadzają takie operacje. Jak informuje dr Janusz Pieczyński, koordynator Oddziału Klinicznego Okulistycznego proces przywracania operacji zaćmy przebiegał stopniowo. – Najpierw od początku maja wykonywaliśmy zabiegi planowe pilne, zgodne z wytycznymi konsultanta krajowego w dziedzinie okulistyki. Z początkiem zaś czerwca wróciły zabiegi planowe z zachowaniem odpowiedniego dystansu społecznego, co wiąże się z ograniczoną liczbą wykonywanych zabiegów do 60 proc. możliwości oddziału. Na etapie wdrażania opracowaliśmy plan ruchu wszystkich pacjentów w oddziale okulistycznym, od zabiegów

planowych przez pacjentów tzw. ostrego dyżuru (nagłe przypadki ze SKOR).

– Po zaakceptowaniu planu powrotu do planowych zabiegów przez zarząd szpitala przystąpiliśmy do działania. Wykonujemy dziennie 6-7 zabiegów do godz. 15, w wybrane dni tygodnie w godzinach popołudniowych 6-8 zabiegów – dodaje dr Pieczyński. – W zależności od rozwoju sytuacji epidemiologicznej będziemy reagować odpowiednio ruchem chorych – jeśli będą sprzyjające warunki to zwiększymy liczbę zabiegów, gdyby warunki epidemiologiczne się pogorszyły będzie ona mniejsza.

Z kolei dr Leszek Adadyński, ordynator Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej informuje, że począwszy od końca marca, przez kwiecień do początku maja, czyli w okresie największych obostrzeń i wywołanych nimi ograniczeń w liczbie zabiegów, w kierowanym przez niego oddziale przeprowadzono 10 przeszczepów nerek. – Nie baliśmy się podjąć takiego wyzwania, bo wszystko

zależało od dobrej woli i przygotowania merytorycznego – wyjaśnia transplantolog.

I dodaje, że należało pobrać próbki i otrzymać wyniki na obecność koronawirusa u dawcy i biorcy, a kiedy były negatywne wypuścić pacjentów do domów bez żadnych komplikacji. – Zaryzykowaliśmy i przygotowaliśmy się w ten sposób, aby i my, i pacjenci byli bezpieczni. Wszystkie zabiegi zakończyły się sukcesem, a pacjentów wypisaliśmy do domów bez żadnych komplikacji. Staraliśmy się przede wszystkim operować mieszkańców z naszego regionu, bo znamy ich lepiej. Choć jeden pacjent przyjechał z Tarnowskich Gór.

Dr Leszek Adadyński podkreśla, że ten sukces osiągnięty wspólnie z anestezjologami spotkał się z uznaniem innych ośrodków transplantacyjnych. – Było sporo telefonów z gratulacjami z całej Polski. Cieszy to nas oczywiście, ale my po prostu „robimy swoje”.

*Przemysław Prais*

# Porody rodzinne ponownie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym!

## Porody rodzinne ponownie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym!

Szanowni Przyszli Rodzice. Z ogromną radością informujemy Państwa, że po szczegółowej analizie sytuacji epidemiologicznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym oraz województwie warmińsko-mazurskim, podjęliśmy decyzję o przywróceniu z dniem 22 maja 2020 r. możliwości porodów rodzinnych.

Trakt porodowy szpitala spełnia wszystkie kryteria wymienione w zaleceniach Konsultanta Krajowego ds. Późniactwa i Ginekologii oraz Konsultanta Krajowego ds. Perinatologii, dotyczących możliwości złagodzenia restrykcji spowodowanych koronawirusem.

Jednak w trosce o najwyższe bezpieczeństwo wszystkich mam i ich dzieci przebywających w Szpitalu, możliwość obecności tatusiów przy porodzie obwarowana będzie koniecznością spełnienia poniższych zaleceń:

1. Wypełnienie ankiety epidemiologicznej i uzyskanie negatywnych odpowiedzi na wszystkie pytania;
2. Podpisanie oświadczenia o bezwzględnym przestrzeganiu wszystkich zasad epidemiologicznych związanych z pobytem na Trakcie Porodowym (m.in. zakaz wychodzenia z jednoosobowych sal porodowych, opuszczenie Traktu 2 godz. po porodzie, stosowanie się do poleceń personelu Oddziału);
3. Przez cały okres pobytu w Szpitalu obowiązek noszenia maski, rękawiczek i fizeelinowego fartucha ochronnego, przyniesionych ze sobą;
4. O momencie i możliwościach uczestniczenia w porodzie decyduje personel Traktu Porodowego;
5. Osoby pozostające w kwarantannie lub w trakcie izolacji nie zostaną wpuszczone na teren Szpitala, a zatajenie tych informacji obarczone jest odpowiedzialnością karną.

Chcemy także jednoznacznie podkreślić, że procedura porodów rodzinnych zarezerwowana jest tylko dla tzw. porodów fizjologicznych – nie dotyczy planowych cięć cesarskich i porodów z towarzyszącą patologią ciąży.

Informujemy także, że planujemy „odmrażanie” kolejnych restrykcji związanych z koronawirusem

(np. możliwości odwiedzin w Oddziale Późniactwa), lecz będzie to uzależnione od rozwoju sytuacji epidemiologicznej w naszym województwie.

Serdecznie zapraszamy!

**Dr hab. n. med. Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Klinicznego Ginekologiczno-Położniczego:**

Porody rodzinne odbywały się właściwie od początku istnienia Szpitala Wojewódzkiego. Jeszcze na starym Trakcie porodowym funkcjonowała 1-osobowa sala porodowa, w której była możliwość prowadzenia porodów rodzinnych, choć dotyczyła ona głównie pracowników Szpitala i ówczesnych VIP-ów. Porody rodzinne dla osób z zewnątrz były raczej niedopuszczalne ze względu na obowiązujące wtedy rygorystyczne zasady sanitarne.

Te restrykcje poluzowano w naszym Szpitalu pod koniec lat 80. ubiegłego wieku i już wówczas były dozwolone porody w asyście ojca dziecka. Można więc powiedzieć, że nasz Oddział Ginekologiczno-Położniczy wyprzedził ogólnopolskie zalecenia. Ordynatorem był wtedy dr Henryk Makowski.

Jego następcą dr Marek Stefanowicz, wyznaczając światowe trendy doprowadził w 1997 r. do remontu generalnego Traktu porodowego i utworzenia pięciu 1-osobowych sal porodowych. Idealnie zbiegło się to w czasie z początkiem działalności Fundacji Rodzic po ludzku, umożliwiając naszemu oddziałowi natychmiastowe włączenie się do tej akcji, która promowała porody rodzinne. Absolutną nowością było prowadzenie takich porodów w wodzie. Pionierami byliśmy razem z dr Krzysztofem Węgrzynem, ówczesnym kierownikiem Traktu porodowego.

Po ostatnim remoncie mamy do dyspozycji osiem 1-osobowych sal porodowych, a bezpieczeństwo i komfort naszych pacjentek jeszcze bardziej się zwiększyło.

Zdecydowania można powiedzieć, że aktualnie większość porodów przebiega w obecności tatusiów.





# Podarunek dla oddziału położniczego od rodziców Kostka

Zestaw do porodu wertykalnego oraz dwa aparaty do mierzenie ciśnienia podarowali Oddziałowi Klinicznemu Ginekologiczno-Położniczemu państwo Natalia i Patryk Trochimiukowie.

Ich syn Kostek przyszedł na świat w Szpitalu Wojewódzkim, a darowizna jest podziękowaniem za opiekę, którą otoczyli panią Natalię położną i lekarze.

– Bardzo dziękujemy za ten podarunek. Otrzymany sprzęt wykorzystamy z pożytkiem dla mam i personelu medycznego – mówi Beata Binek, położna oddziałowa.



Dr Jerzy Górny, zastępca ds. lecznictwa dyrektora Szpitala wręczył pismo z podziękowaniem za piękny podarunek Adamowi Wederowi, pracownikowi firmy, której właścicielem jest Patryk Trochimiuk (nie mógł być obecny tego dnia w Szpitalu). W spotkaniu uczestniczyli także dr Tomasz Waśniewski, ordynator oddziału, położna oddziałowa Beata Binek i jej zastępczyni Jowita Dubel-Mikulska.

Obie wymienione wyżej panie uczestniczyły w warsztatach szkoleniowych dla położnych i lekarzy „Pozycje wertykalne w II okresie porodu”, które odbyły się w naszym Szpitalu 20 listopada 2017 roku. Zajęcia były częścią cyklu szkoleniowego organizowanego przez Fundację „Rodzić po Ludzku”. Jowita Dubel-Mikulska i Beata Binek opisały je w Pulsie Szpitala. – Założeniem kursu było przygotowanie personelu medycznego pracującego na sali porodowej do przyjmowania porodów w pozycji innej niż leżąca. Głównym celem było praktyczne przećwiczenie umiejętności w warunkach szpitalnych w pozycjach: (pół) siedzącej, kolankowo-tokciowej, bocznej, na worku sako, na stołku



porodowym – pisaty. – Kurs składał się z dwóch części: teoretycznej i praktycznej.

W części praktycznej trenowaliśmy angażując „rodzące” położne i lalki córeczek naszych koleżanek. Wykorzystaliśmy worki sako, materace i piłki, które na co dzień służą nam do prowadzenia porodów. Szkolenie odpowiadało potrzebom zespołu. Poprzez udział w warsztatach położne poszerzyły swoją wiedzę i umiejętności zarówno teoretyczne jak i praktyczne, co zaowocuje zmniejszeniem lęku w trakcie przyjmowania porodów w pozycjach wertykalnych oraz sprawi większą satysfakcję z wykonywania zawodu.

*Przemysław Prais*

# Krajowy Fundusz Szkoleniowy wesprze fizjoterapeutów

Krajowy Fundusz Szkoleniowy (KFS), został utworzony ze środków Funduszu Pracy z myślą o wsparciu kształcenia ustawicznego pracodawców oraz pracowników.

Jego istotą jest przeznaczenie części składki odprowadzanej przez pracodawców na Fundusz Pracy na wsparcie kształcenia ustawicznego podejmowanego z inicjatywy lub za zgodą pracodawcy.

KFS adresowany jest zarówno do pracowników jak i pracodawców, którzy chcieliby skorzystać z różnych form kształcenia ustawicznego. Głównym celem KFS jest zapobieganie utracie zatrudnienia przez osoby pracujące z powodu kompetencji nieadekwatnych do wymagań dynamicznie zmieniającej się gospodarki. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45

roku życia. Wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych. W tym roku zawód fizjoterapeuta został uznany, jako zawód deficytowy.

W dniu 10.04.2020 r. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie podpisał umowę z Urzędem Pracy w zakresie finansowania działań na rzecz kształcenia ustawicznego fizjoterapeutów. W projekcie weźmie udział 11 fizjoterapeutów.

Łączna wartość przyznanych środków z KFS wynosi 24 tys. zł.

Fizjoterapeuci będą pogłębiać swoją wiedzę merytoryczną i praktyczną na różnych kursach w szerokim zakresie. Szkolenia obejmują zagadnienia



Marzena Zielińska

rehabilitacji ortopedycznej i neurologicznej tj. Rehabilitacja po przewlekłej hemiplegii, Wczesna rehabilitacja po udarze, NDT dla dorosłych, Terapia wisceralna, PNF, Funkcjonalna terapia powięziowa, Współczesne metody diagnostyki i leczenia tkanek miękkich. Uczestnictwo w projekcie umożliwi podnoszenie kwalifikacji zawodowych i poszerzenie umiejętności terapeutycznych.

**mgr fizjoterapii Marzena Zielińska**  
Koordynator Działu Fizjoterapii  
Oddział Rehabilitacyjny

# Międzynarodowy Rok Pielęgniarek i Położnych

Decyzją Międzynarodowej Rady Pielęgniarek ICN ratyfikowaną na 72 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia (WHA) w Genewie, 2020 rok, został ogłoszony Międzynarodowym Rokiem Pielęgniarki i Położnej. Kampania będzie prowadzona we współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO).

W roku 2020, po raz pierwszy, zostanie opublikowany przez WHO raport World's Nursing, opisujący stan pielęgniarstwa na całym świecie. WHO będzie też partnerem w opracowaniu raportu poświęconego pracy i statusowi położnych The State of the World's Midwifery 2020. Przystanką powyższych decyzji, jest uczczenie 200 rocznicy urodzin pionierki profesjonalnego pielęgniarstwa Florence Nightingale.

Kim była Florence Nightingale i dlaczego pamięć o Niej jest nadal żywa? Urodziła się 12 maja 1820 r. w zamożnej, arystokratycznej rodzinie angielskiej. Otrzymała bardzo staranne wykształcenie, odbiegające od ówczesnego standardu kształcenia kobiet. Znała grekę, łacinę, a także języki: francuski, niemiecki, włoski. Zajmowała się wieloma dziedzinami nauki, w tym

naukami przyrodniczymi, matematyką, ekonomią, polityką. Jednak, wbrew rodzinie, zdecydowała o zostaniu pielęgniarką lub zajmowaniu się młodzieżą zagrożoną demoralizacją. Trzeba dodać, że ówczesnie osoby zajmujące się opieką nad chorymi nie cieszyły się wysokim prestiżem społecznym, toteż rodzice Florence, wybraną przez nią drogę uważali za nieodpowiednią i za wszelką cenę starali się odwieść ją od tej decyzji.

Wykształcenie pielęgniarskie zdobyła, kończąc 4-miesięczny kurs pielęgnowania w Kaiserwerth (Niemcy), a następnie studiując strukturę i funkcjonowanie szpitali wielu krajów europejskich. Brała czynny udział w życiu społecznym i politycznym oraz podejmowała złożoną działalność społeczną i publicystyczną. Opracowała memoriał na rzecz reformy opieki



Hanna Taraszkiewicz, z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa (trzecia od lewej w pierwszym rzędzie), przełożona pielęgniarek i położnych Maria Kowalska (pierwsza od lewej w drugim rzędzie) w towarzystwie pielęgniarek i położnych oddziałowych oraz pielęgniarek epidemiologicznych. Wszystkie panie w maseczkach ochronnych z powodu konieczności zachowania zasad bezpieczeństwa związanych z pandemią COVID-19.



zdrowotnej nad żołnierzami w Anglii. Podejmowała działania, m.in. innymi na rzecz reformy szpitalnictwa, higieny wsi, zdrowia klasy robotniczej.

W wydawanych publikacjach prowadziła rozważania i definiowała pojęcia, takie jak: osoba pacjenta, zdrowie, środowisko, pielęgniarstwo.

Na szczególną uwagę zasługuje definiowanie **osoby pacjenta i zdrowia**. Definicja osoby pacjenta zawiera komponenty biologiczne, społeczne i duchowe, które tworzą niepowtarzalną całość, większą niż suma ich części (holistyczne postrzeganie osoby).

W wymiarze biologicznym Florence podkreślała, że:

- człowiek posiada zdolności i możliwości przede wszystkim do takiego kształtowania
- środowiska, aby nie powodowało ono zaburzeń funkcjonowania jego organizmu,
- człowiek jest umieszczany w centrum opieki pielęgniarstwa najczęściej jako
- pojedyncza osoba, indywidualnie, chociaż okazjonalnie również wraz z rodziną.
- człowiek, jako osoba korzysta z opieki pielęgniarstwa zarówno w sytuacji zdrowia,
- jak i choroby,
- mimo biernej roli, jaką przypisuje się człowiekowi w pielęgnowaniu, posiada on
- potencjalną zdolność do przeżywania procesu zdrowienia kreowanego przez czynniki
- środowiska zewnętrznego.

*„...obawa, niepewność, oczekiwanie, strach i zaskoczenie czynią pacjentowi większą szkodę aniżeli jasna świadomość.” (F. Nightingale).*

**Zdrowie** to nie tylko brak choroby, ale również zdolność do racjonalnego wykorzystywania tych wszystkich sił, którymi człowiek może dysponować w celu własnego rozwoju i bycia szczęśliwym. Zdrowie możliwe jest do osiągnięcia, głównie poprzez wprowadzanie zmian w środowisku – w zakresie czystości otoczenia, czystości wody, prawidłowości odżywiania, wilgotności i ruchu powietrza, usuwania nieczystości.

Natomiast **choroba** jest wywołana przez różnorodne braki środowiska.

Autorka, określiła czynniki determinujące zdrowie i określające obszar pielęgniarstwa.

Wskazywała na potrzebę wszechstronnego kształcenia pielęgniarek, zarówno teoretycznego jak i praktycznego. Twierdziła, że obserwacja, gromadzenie doświadczeń oraz myślenie są podstawowymi warunkami rozwoju pielęgniarstwa.

*„...najważniejszą lekcją praktyczną, jaka może być dana pielęgniarkom, jest nauczanie ich tego, co obserwować, jak obserwować, jakie objawy oznaczają poprawę, a jakie pogorszenie, jakie mają istotne znaczenie, a jakie go nie mają, a także które wskazują na zaniedbania ze strony opiekujących się i na to jakiego rodzaju są te zaniedbania.” (F. Nightingale)*

Do głównych osiągnięć F. Nightingale zaliczane jest:

- zainicjowanie kształcenia zawodowego pielęgniarek – założenie pierwszej szkoły
- zawodowej dla pielęgniarek,

- stworzenie podstaw nauki o pielęgnowaniu – przedstawianie relacji przyczynowo-skutkowych, np. pomiędzy warunkami bytowymi człowieka a stanem jego zdrowia z wykorzystaniem wymiernych wskaźników (wskaźnik śmiertelności),
- określenie wizerunku pielęgniarki – charakteryzowanie pielęgniarki poprzez przyrządy
- następujących cech: skromna, dobra, mądra, punktualna, budząca zaufanie,
- zdefiniowanie istoty pielęgnowania – *„...pomaganie choremu w tym, aby mógł żyć lepiej”.*

*„Bycie odpowiedzialnym – to nie tylko wypełnianie własnych zadań, ale także zapewnienie tego, aby inni czynili to samo.”*

Polska, bardzo szybko włączyła się w nurt profesjonalnego kształtowania zawodu i funkcji pielęgniarki, położnej. Pierwszą szkołę, w trudnym okresie zaborów, uruchomiono na ziemiach polskich w 1895r. we Lwowie. Opiekę nad chorymi w tym czasie sprawowały osoby duchowne. Na początku XX wieku zaczęto upowszechniać opiekę sprawowaną przez osoby świeckie. W 1911 roku otworzono Szkołę Pielęgniarek Zawodowych Stowarzyszenia PP Ekonomek św. Wincentego a Paulo w Krakowie. Nauka trwała około dwóch lat, a słuchaczki uczyły się anatomii, fizjologii, higieny, pielęgniarstwa, zasad zapobiegania chorobom zakaźnym, pierwszej pomocy, a także dietetyki.

W kształceniu pielęgniarek oraz w organizacji życia zawodowego korzystano z wzorów obcych, przede wszystkim amerykańskich. Tak, w 1925 roku, z inicjatywy

Helen Bridge, dyrektor istniejącej od 1921 roku Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, założono Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych, które stało się agendą Międzynarodowej

Rady Pielęgniarek. Wzorem państw zachodnich, głównie anglosaskich, zaczęto promować wizerunek (model) pielęgniarki, jako osoby posiadającej specjalne, kilkuletnie wykształcenie w zakresie opieki nad chorym. W tym samym czasie, w praktyce dnia powszedniego, pracę przy pielęgnowaniu chorych podejmowały osoby przypadkowe, bez wystarczających kwalifikacji, po krótkich przeszkoleniach, prowadzonych niekiedy przez różne instytucje. Dlatego też powstała potrzeba wprowadzenia obowiązku składania jednolitego egzaminu państwowego. Egzamin takowy wprowadzono w Polsce mocą Ustawy o pielęgniarstwie z 1935 roku.

Bardzo ważnym wydarzeniem w rozwoju pielęgniarstwa było uruchomienie Studium Pielęgniarstwa w Lublinie, pierwszej placówki kształcenia pielęgniarskiego o charakterze uniwersyteckim. W 1969 roku Studium przekształcono w Wydział Pielęgniarski Lubelskiej Akademii Medycznej, na którym pielęgniarki oraz położne po ukończeniu liceum pielęgniarskiego lub szkoły policealnej (Medyczne Studium Zawodowe) uzyskiwały wykształcenie wyższe pielęgniarskie. Nauka trwała cztery lata, kończyła się obroną pracy magisterskiej i uzyskaniem tytułu magistra pielęgniarstwa.

Zawody pielęgniarki i położnej nabrały dynamiki rozwoju, zarówno w zakresie podstaw naukowych, jak i edukacyjnych. Obecny poziom pielęgniarstwa w Polsce rozpatrywany jest w trzech podstawowych płaszczyznach: działalności pielęgnacyjnej, zawodu i nauki.

Na przebieg zmian miał wpływ proces tworzenia przez organy państwowe aktów prawnych, tj. ustawy o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych (1991r.) oraz ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (1996r.),



które w efekcie nadały pielęgniarkom i położnym status zawodów samodzielnych.

**Zawód pielęgniarki i zawód położnej** to zawody medyczne, samodzielne, wymagające ciągłego, ustawicznego kształcenia i doskonalenia. Polegające na pełnieniu ról zawodowych wyznaczonych funkcjami zawodowymi, które wynikają z misji i celów zawodu.

**Zawód pielęgniarki, zawód położnej** może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu stwierdzone przez okręgową radę pielęgniarek i położnych. Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej uzyskuje osoba, która:

- posiada świadectwo lub dyplom ukończenia szkoły pielęgniarskiej / szkoły położnych
- posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
- której stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu,
- która wykazuje nienaganną postawę etyczną.

**Pielęgniarka** to osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami.

**Zadania zawodowe pielęgniarki** obejmują udzielanie świadczeń zdrowotnych, w szczególności:

- rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta,
- rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta,
- planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem,
- samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych,
- realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- orzekanie o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych,
- edukację zdrowotną i promocję zdrowia.

**Położna** to osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, udzielająca świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, oraz z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem.

**Zadania położnej** obejmują udzielenie świadczeń zdrowotnych, w szczególności:

- rozpoznawanie ciąży, sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzenie w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej,
- kierowanie na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka,
- prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej,
- przyjmowanie porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położnicą miednicową,
- podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy,
- sprawowanie opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowanie przebiegu okresu poporodowego,
- badanie noworodków i opiekę nad nimi,

- realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
- profilaktykę chorób kobiecych i patologii położniczych,
- rozpoznawanie u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza,
- sprawowanie opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą,
- prowadzenie działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa, przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Od 1 stycznia 2016 roku pielęgniarki i położne posiadają nowe uprawnienia. W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo samodzielnie:

- ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
- ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty – jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

**Pielęgniarka, położna** posiadająca prawo wykonywania zawodu może być zatrudniona w systemie ochrony zdrowia:

- w podmiotach leczniczych,
- w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej,
- w podmiotach leczniczych na stanowiskach administracyjnych,
- w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia,
- w domach pomocy społecznej,
- w żłobku lub klubie dziecięcym,
- w organach samorządu pielęgniarek i położnych.

**Ponadto pielęgniarka może wykonywać zawód:**

- na stanowiskach służbowych w Inspektoracie Wojskowej Służby Zdrowia i innych jednostkach organizacyjnych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej,
- na stanowiskach służbowych w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej i innych stanowiskach Służby Więziennej,
- placówkach oświatowo-wychowawczych oraz nauczania i wychowania,
- zakładach pracy chronionej, służbie medycyny pracy,
- jednostkach systemu ratownictwa medycznego,
- sanatoriach i uzdrowiskach.

Za wykonywanie zawodu pielęgniarki, położnej uważa się również:

- nauczanie zawodu,
- prowadzenie prac naukowo-badawczych w dziedzinie pielęgniarstwa,
- kierowanie pracą zawodową pielęgniarek, położnych.

Pielęgniarka /Położna po ukończeniu właściwych form kształcenia dyplomowego uzyskuje dodatkowe kwalifikacje zawodowe uprawniające





do zajmowania stanowisk, w tym stanowisk kierowniczych takich, jak: kierownik / zastępca komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, pielęgniarka/ położna naczelna, przełożona pielęgniarek/ położnych, pielęgniarka/położna oddziałowa, pielęgniarka koordynująca, nadzorująca.

System kształcenia w Polsce ulegał wielu zmianom, dlatego uprawnionymi do wykonywania zawodu są zarówno pielęgniarki, które ukończyły liceum medyczne, pielęgniarskie, jak i absolwenci medycznego studium zawodowego (pielęgniarki i położne), absolwenci 4 letnich studiów wyższych na podbudowie liceum medycznego lub studium zawodowego (pielęgniarki i położne) oraz absolwenci studiów wyższych I stopnia (tytuł licencjata pielęgniarstwa, położnictwa) i studiów II stopnia (tytuł magistra pielęgniarstwa, położnictwa).

**Tabela: Liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych w Polsce wg stopnia wykształcenia:**

	średnie medyczne	wyższe zawodowe – licencjat	wyższe – magister	RAZEM
Pielęgniarki	228 192	41 049	19 154	288 395
Położne	27 631	6675	2 500	36 806

Źródło: Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych stan na 31 grudnia 2016 r.

Aktualnie kształcenie w zawodzie pielęgniarki i w zawodzie położnej realizowane jest w systemie szkolnictwa wyższego na podstawie przepisów Ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Kształcenie w zawodzie pielęgniarki i w zawodzie położnej prowadzone jest przez uczelnie publiczne i niepubliczne na poziomie:

- studiów wyższych pierwszego stopnia kończących się uzyskaniem tytułu licencjata pielęgniarstwa/ położnictwa,
- studiów wyższych drugiego stopnia kończących się uzyskaniem tytułu magistra pielęgniarstwa/położnictwa.

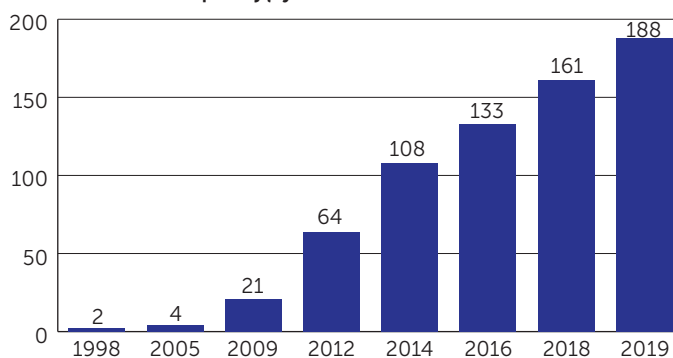
Nierównomierne zainteresowanie kształceniem powodowało perturbację związane z zatrudnieniem pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej. Około 25 lat temu obserwowano burzliwe zjawiska nadmiaru pielęgniarek i położnych na rynku pracy w stosunku do możliwości zatrudnienia oraz nieatrakcyjne warunki finansowe. Zmiany systemowe powodowały rezygnację z wykonywania zawodu lub też wyzwały inicjatywy działalności gospodarczej. W 1992 r. w dokumentacji Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych zarejestrowano około 500 bezrobotnych.

W województwie warmińsko-mazurskim, kształcenie na poziomie studiów wyższych I i II stopnia w zakresie pielęgniarstwa odbywa się w Szkole Zdrowia Publicznego na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim oraz Wyższej Szkole Humanistycznej w Elblągu. Kształcenie przyszłych położnych, studia I stopnia, realizowane jest w Szkole Zdrowia Publicznego UWM. Znajduje to odzwierciedlenie we wzrastającym poziomie wykształcenia pielęgniarek i położnych w naszym szpitalu.

Liczba absolwentów kierunku pielęgniarstwa i położnictwa nadal nie pokrywa rosnącego zapotrzebowania na rynku pracy, zarówno w skali województwa, jak i kraju.

W ostatnich latach obserwuje się dynamiczny wzrost zapotrzebowania na kadrę pielęgniarską, spowodowany wzrostem kultury jakości i bezpieczeństwa opieki, wzrostem świadomości praw pacjentów oraz zmian zachodzących w strukturze wiekowej społeczeństwa. Duży wpływ na zapotrzebowanie kadrowe ma również rozwój wiedzy i technologii medycznej instrumentalizującej udzielanie świadczeń zdrowotnych. Około 50% pielęgniarek i 60% położnych posiadających uprawnienia zawodowe pracuje w szpitalach.

**Liczba pielęgniarek i położnych z wykształceniem wyższym magisterskim w latach 1998-2019 pracujących w WSS**

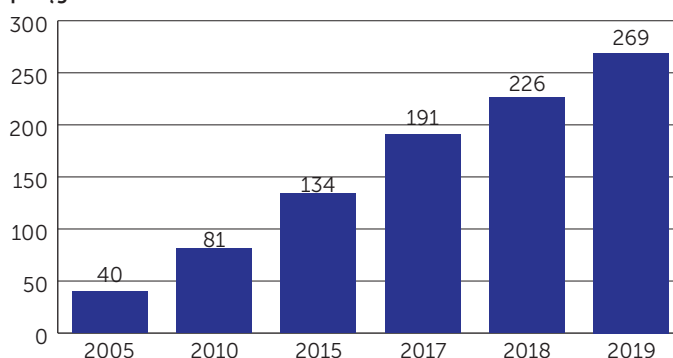


W bieżącym roku Olsztyn doczeka się, po 17 latach przerwy w kształceniu, absolwentów studiów wyższych I stopnia Kierunku Położnictwa. Uczelnię opuści 33 absolwentów.

Rozwój technologii medycznych oraz wzrastające oczekiwanie w zakresie jakości i bezpieczeństwa opieki oraz regulacje prawne dotyczące uprawnień do realizacji określonych świadczeń, determinują konieczność systemowego i systematycznego kształcenia podyplomowego. Kształcenie podyplomowe realizowane jest w postaci: kursów specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych, kursów specjalistycznych, kursów dokształcających. Każdy, z wymienionych rodzajów kursów, nadaje określone uprawnienia w praktyce zawodowej. Kształcenie podyplomowe realizowane jest przez instytucje uprawnione w oparciu o ramowe programy kształcenia, oraz monitorowane przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie. Instytucja ta organizuje i nadzoruje egzaminy państwowe, składane po zakończeniu 2-letniego kształcenia w ramach kursów specjalizacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa. Niezależnie od ustawowego kształcenia podyplomowego pielęgniarki, położne coraz częściej podejmują działalność naukową i uzyskują tytuły naukowe.

Personel naszego Szpitala kształci się bardzo chętnie.

**Liczba pielęgniarek i położnych posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa w latach 2005- 2019**



Od 1999 r. zatrudnienie pielęgniarek i położnych dokonywane jest w oparciu o normy zatrudnienia. Metodologia obliczania norm zatrudnienia na przestrzeni lat ulegała zmianom. Obecnie podstawą obliczenia norm zatrudnienia jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Metoda, tzw. wskaźnikowa, jest metodą prostą i mniej czasochłonną w porównaniu do poprzednio obowiązujących, ale nie uwzględnia stanu wykorzystania łóżek, co czasem budzi emocje pracodawców. Wskaźnik zatrudnienia dla oddziałów zachowawczych wynosi 0,6 etatu na 1 łóżko, dla oddziałów zabiegowych 0,7 etatu na 1 łóżko, OIT 2,2 etatu na 1 łóżko. Bardziej złożony jest sposób obliczania norm w pionie położniczym i w neonatologii, gdyż w obliczaniu należy uwzględnić, m.in. kategorie zapotrzebowania noworodka na opiekę:

2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka; 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji; 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie pielęgniarki i położne, zgodnie z obowiązującym prawem, są zatrudnione na umowę o pracę lub w ramach umów cywilno – prawnych. Wymiar czasu pracy i rodzaj umowy dostosowywany jest do oczekiwań pracownika.

**Tabela: Liczba pielęgniarek i położnych zarejestrowanych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie**

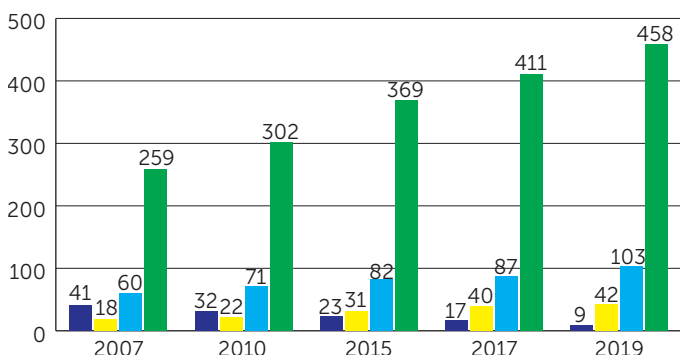
	Położne	Pielęgniarki, pielęgniarki	Indywidualne praktyki zawodowe	Grupowe praktyki zawodowe
Stan na 31.12.2019 r.	986	8141	1721	44

Źródło: Materiały zjazdowe ORPiP w Olsztynie z dnia 28.03.2020 r.

W naszym Szpitalu, podobnie jak w innych zakładach leczniczych, zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarskie stale wzrasta. Wzrasta też liczba zatrudnionych pielęgniarek. Wiele szpitali w Polsce boryka się z problemem starzejącego się personelu. Średnia wieku pielęgniarki w kraju wynosi ok. 51, zaś położnych 49 lat. Pracownicy niejednokrotnie, pomimo nabycia praw do emerytury, kontynuują działalność zawodową. W naszym szpitalu spośród pielęgniarek i położnych, które przechodzą na emeryturę, około 90 % pracuje w dotychczasowym miejscu pracy. Obecnie 36 osób korzysta z praw emerytalnych zachowując aktywność zawodową.

Paradoksalnie większym problemem organizacyjnym jest bardzo duża grupa młodych pielęgniarek, które z racji pełnionej roli matki korzystają z urlopów macierzyńskich, wychowawczych czy też zasiłków opiekuńczych, co wiąże się z długotrwałą nieobecnością w pracy. Wiele pielęgniarek i położnych, jednocześnie podejmuje pracę u różnych świadczeniodawców. Z danych NFZ wynika, że zatrudnione są w 2, 3 a nawet 5 zakładach opieki zdrowotnej. Niewątpliwie taka sytuacja stwarza podwyższone ryzyko zmęczenia pracownika, ulegania wypadkom, powodowania zdarzeń niepożądanych, itp.

**Stan zatrudnienia pielęgniarek i położnych w latach 2007-2019**



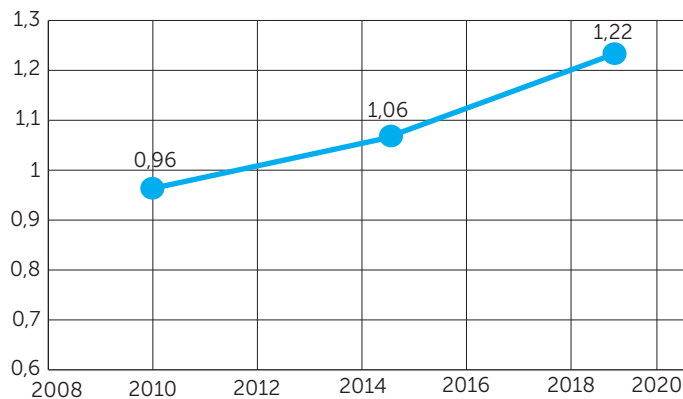
Liczba pielęgniarek i położnych pracujących w WSS na przestrzeni lat, wyrażona w przeliczniku etatowym.

Pomimo danych wskazujących na zmniejszające się obciążenie pielęgniarek i położnych Szpital nieustannie zabiega o pozyskanie pracowników na ciągle deficytowym rynku pracy.

Niewątpliwie dużym, ważnym kryterium wyboru i wykonywania zawodu są warunki finansowe. Wynagrodzenie i czas pracy pielęgniarek jest regulowany przepisami prawa, ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej

oraz ustawą z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Powyższe przepisy nadają nam przywileje dotyczące czasu pracy i dodatków za pracę w godzinach nocnych, świątecznych (45 % i 65 % stawki godzinowej). Podstawą wymiaru czasu pracy jest dobowo norma 7 godzin i 35 minut z możliwością przedłużenia do 12 godzin, ale przy zachowaniu średniej liczby 37 godzin 55 minut na tydzień.

**Liczba pracujących pielęgniarek i położnych przypadająca na 1 łóżko**



Niezależnie od regulacji ustawowych, Szpital posiada własne regulacje w postaci Regulaminu pracy i Regulaminu wynagrodzenia, które precyzują powyższe aspekty.

Przedstawiony powyżej system to część systemu ochrony zdrowia w Polsce. Podobnie, jak systemy w wielu innych krajach ma swoje dobre i mniej doskonałe strony, ale z całą pewnością boryka się z podobnymi problemami kadrowymi.

Przyszło nam żyć w XXI wieku, nazywanym wiekiem, jakości, w którym dążymy do poprawy bezpieczeństwa pacjentów, ale również zapewnienia bezpieczeństwa personelu medycznego. W wieku, w którym dewalują się normy etyczne, a miejsce pacjenta w systemie opieki zdrowotnej musiało zostać określone normą prawną, ustawą o prawach pacjenta.

Tak więc, ogłoszenie 2020 roku, Rokiem Pielęgniarek i Położnych to na pewno dobry asumpt do tego, aby idąc za przykładem Florence Nightingale, po raz kolejny, wszcząć dyskusję dotyczącą pielęgniarstwa. Próbować odpowiedzieć na zadane przez Nią pytanie „...czym ono jest, a czym nie jest?”, podyskutować o determinantach zdrowia, roli pacjenta w procesie zdrowienia czy też zastanowić się nad aspektami higieny i bezpieczeństwa opieki w szpitalach.

**Hanna Taraszkiewicz**  
Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa  
Maria Kowalska  
Przełożona Pielęgniarek

Na podstawie literatury;

- S. Poznańska, L. Płaszewska-Żywko, Wybrane modele pielęgniarstwa, wyd. UJ Kraków 2001
- Ź. Dobińska, Historia i etos zawodu pielęgniarki w Polsce, Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu 2 (39) 2014
- J. Fetińska, Kształtowanie się wyższego szkolnictwa pielęgniarskiego, w Urbanek B, red. Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX i XX wieku. Wyd. Makmed, Warszawa;2008
- G. Rogala-Pawełczyk, Pielęgniarka i położna w kontekście wprowadzonych regulacji prawnych i etycznych, w: Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim Europejskim. Konferencja międzynarodowa, Warszawa, 12-13 maja 2009
- Raport NRPiP Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, Warszawa, marzec 2017r.



# Choroba zwyciężyła, ale Go nie pokonała

Przyjaciele ś.p. Józefa Grzegorzcyka upamiętnili Go niecodzienną inicjatywą. Zamiast kwiatów zebrali pieniądze na zakup specjalnie przystosowanej wagi dla osób dializowanych. Od wielu lat zmagał się On z poważną, przewlekłą chorobą nerek pozostając nadal aktywnym i życzliwym dla innych człowiekiem.

Józef Grzegorzcyk aktywnie działał w NSZZ Solidarność, a od 1990 roku pracował na rzecz samorządu, był m.in. prezydentem i wiceprezydentem Olsztyna. Za jego kadencji zainicjowano inwestycje komunalne wokół jezior w granicach miasta, co umożliwiło rozwój m.in. Dajtek, Likus i Gutkowa. Zorganizowano też m.in. po raz pierwszy zabawę sylwestrową pod ratuszem, Międzynarodowe Otwarte Mistrzostwa Polski w Tańcu Towarzyskim, Spotkania Teatralne i Międzynarodowy Festiwal Jazzowy. Józef Grzegorzcyk zainicjował też powszechną naukę

piływania w olsztyńskich szkołach podstawowych. – „Był dobrym prezydentem Olsztyna. Ludzie go lubili, bo potrafił słuchać” – takimi słowami określił go działacz solidarnościowy Wojciech Ciesielski.

Od wielu lat zmagał się też z poważną, przewlekłą chorobą nerek pozostając nadal aktywnym i życzliwym dla innych człowiekiem. Wymagał leczenia hemodializami, miał wykonane przeszczepienie nerki. Wspierała go w tym czasie jego żona Maria. Choroba zwyciężyła, ale Go nie pokonała. 26 lipca



2019 odbył się uroczysty pogrzeb byłego prezydenta Józefa Grzegorzcyka. Z inicjatywy Pani Marii oraz wielu licznych i oddanych przyjaciół, zamiast kwiatów zebrano pieniądze na zakup wagi dla osób leczonych przewlekłą hemodializami.

Waga sprawdziła się już doskonale w codziennym użyciu. Jest bezpieczna, stabilna, wyposażona w solidną poręcz. Korzysta z niej każdego dnia około 80 osób, a wśród nich nawet ci mniej sprawni ruchowo.

Niepokonany, ponownie, z pomocą przyjaciół i współmatzonki okazał dobro dla innych.

Dziękujemy serdecznie za tę wyjątkową inicjatywę!

**Norbert Kwella**  
kierownik Stacji Dializ WSS w Olsztynie



## Kolejny postęp w leczeniu udaru

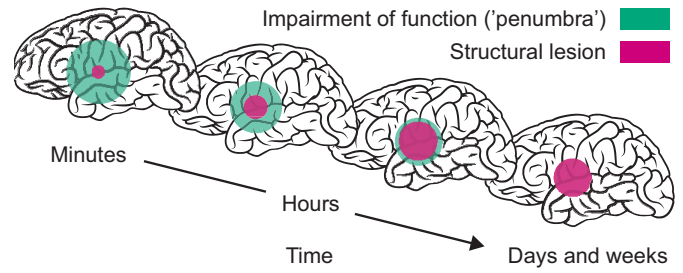
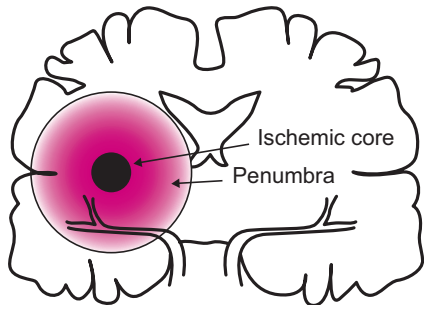
Udar niedokrwienny mózgu dotyka rokrocznie 60 tysięcy Polaków. To druga przyczyna śmiertelności i pierwszej trwałej niesprawności u dorosłych. Nie dziwi więc, że intensywnie poszukuje się nowych sposobów jego leczenia.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie jest jednym z kilkunastu ośrodków w Polsce dysponującym wszystkimi stosowanymi obecnie nowoczesnymi metodami terapeutycznymi i nadal intensywnie rozwija swoje możliwości.

Udar niedokrwienny mózgu jest schorzeniem naczyniowym, polegającym na niedokrwieniu tkanki mózgowej. Dochodzi do niego najczęściej w wyniku zamknięcia tętnic unaczyniających mózg przez skrzeplinę formującą

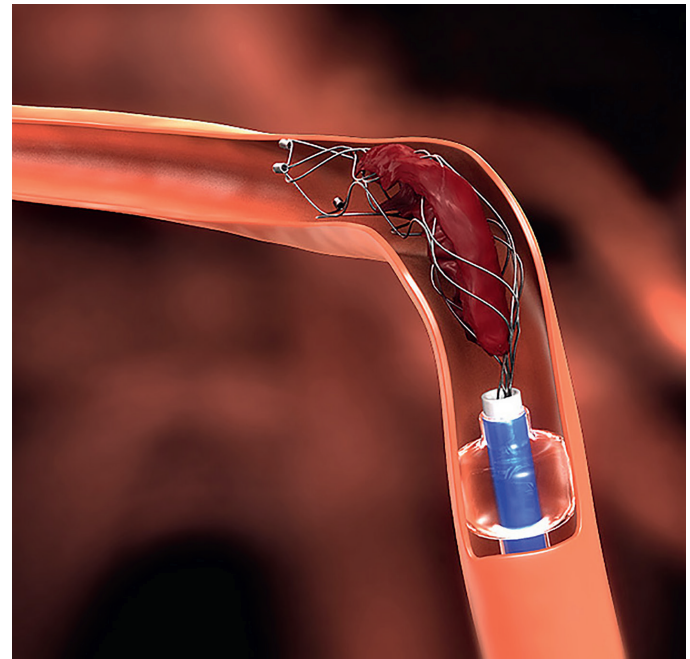
się na przykład na blaszce miażdżycowej lub wędrującą do mózgu, jako zator z serca. Niestety tkanka mózgowa jest dużo bardziej wrażliwa na niedokrwienie niż inne narządy i bardzo szybko, w ciągu minut – jeśli niedokrwienie jest całkowite, ulega martwicy. Na szczęście ognisko niedokrwienne nie jest jednorodne. Składa się z rdzenia bez dopływu krwi i dominującą martwicą oraz otaczającą go *penumbra* – strefę „półcienia” gdzie krew dopływa z sąsiednich rejonów mózgu przez tak zwane kolaterale. To krążenie nie jest wystarczające, ale opóźnia obumieranie komórek. Przywrócenie wydolnego krążenia krwi w ognisku udarowym pozwala na oszczędzenie penumbry i zmniejszenia objawów klinicznych. Dlatego tak ważne jest jak najszybsze udrożnienie zamkniętej tętnicy – upływający czas to coraz większe spustoszenie.



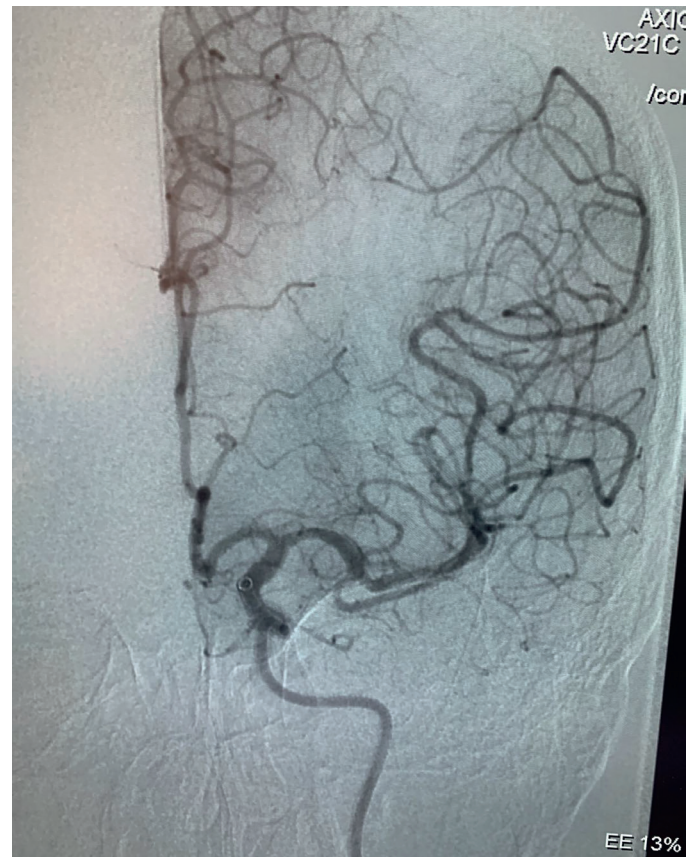


	Utrata neuronów	Utrata włókien	Starzenie
1 udar	1,2 mld	7140 km	36 lat
1 godzina	120 mln	714 km	3,6 roku
1 minuta	1,9 mln	12 km	3,1 tygodnia
1 sekunda	32 tys.	200 m	8,7 godziny

Od 2002 roku, zaraz po wprowadzeniu go do Polski, w Oddziale Udarowym stosowane jest leczenie trombolityczne. Polega ono na dożylnym podaniu rTPA (rekombinowany tkankowy aktywator plazminogenu), substancji agresywnie rozpuszczającej skrzeplinę. Głównym czynnikiem limitującym zastosowanie leczenia jest okno terapeutyczne, które wynosi obecnie 4,5 godziny od początku udaru. To mało zważywszy, że w tym czasie chory musi trafić do szpitala i zostać poddany podstawowym badaniom w tym tomografii komputerowej. Nasz Oddział Udarowy wspólnie z radiologami, personelem SKOR, laboratorium szpitalnym przez ostatnie lata pracował

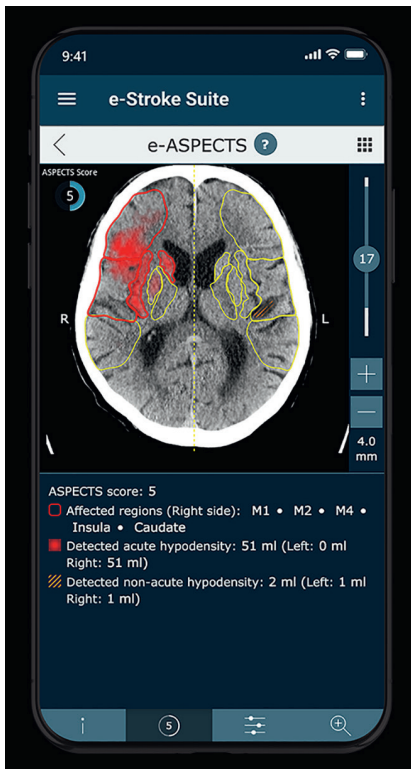


Naczynia krwionośne przed trombektomią



Naczynia krwionośne po trombektomii





1. Określa na podstawie badania TK, bez podania kontrastu, wielkość ogniska niedokrwienego na podstawie skali ASPECTS i przyporządkowuje udar do unaczynienia poszczególnych tętnic mózgu.



2. Analizując badanie angio TK (badanie z kontrastem naczyń mózgowych) lokalizuje miejsce niedrożności tętnicy oraz diagnozuje stan kolaterali, czyli sprawność krążenia obocznego.



3. Na podstawie badania TK lub MR określa wielkość penumbry, mówi radiologowi interwencyjnemu i neurologowi o szansach poprawy po ewentualnym udrożnieniu naczynia

nad projektem szybkiej ścieżki udarowej, która znacząco skróciła wszystkie etapy postępowania z chorym. Poprzez akcje informacyjne w mediach dotarliśmy do społeczeństwa popularyzując wiedzę o objawach udaru i metodach leczenia. Prowadząc szkolenia dla Zespołów Ratownictwa Medycznego kładliśmy nacisk na jak najszybszy transport i przygotowanie chorego a także prenotyfikację – powiadamianie neurologa o wysuniętym podejrzeniu udaru. Wreszcie dzięki szkoleniom i symulacjom wewnątrzszpitalnym skróciliśmy „czas door to needle” – od pojawienia się pacjenta na SKOR do rozpoczęcia leczenia trombolitycznego. Działania te pozwoliły na znaczny wzrost odsetka pacjentów leczonych rtPA, z początkowych pięciu do obecnych dwudziestu pięciu procent. Dla pacjentów oznacza to lepszy wynik leczenia i mniejsza niesprawność po udarze. Dla szpitala to wymierna korzyść w postaci skrócenia średniego czasu pobytu w oddziale ale i mniejsze obciążenie SKOR, gdzie średni czas pobytu pacjenta „udarowego” zmniejszył się z półtorej godziny do 28 minut. Tak dobre wyniki stawiają nas na pierwszym miejscu w województwie i jednym z wyższych w Polsce.

Kolejny przełom w leczeniu udaru w naszym szpitalu dokonał się 2015 roku wraz z wprowadzeniem trombektomii mechanicznej polegającej na usunięciu zatoru/zakrzepu ze światła tętnicy za pomocą specjalnego chwytaka – stent retrievera. I tu również Szpital Wojewódzki był pionierem, wcześniej zabieg był wykonywany w naszym kraju jedynie w ramach badań klinicznych. Nasze wyniki i doświadczenia dały wyraz do zaproszenia do udziału w Konsorcjum Leczenia Wewnątrznaczyniowego i stworzenia wspólnej publikacji naukowej. W 2018 roku Ministerstwo Zdrowia zapoczątkowało program pilotażowy trombektomii mechanicznej. Pomimo dużego zaangażowania szpitala i promocji we władzach samorządowych, u wojewody i w Ministerstwie Zdrowia nie dostaliśmy się do pilotażu. Jednak nadal, mimo braku finansowania ze strony NFZ, wykonywaliśmy zabiegi licząc na poszerzenie listy ośrodków w przyszłości. I rzeczywiście w 2019 roku szpital znalazł się w drugiej, kolejnej grupie ośrodków i od września, jako jedynymi w województwie rozpoczęliśmy zabiegi trombektomii mechanicznej w pilotażu.

I znów wróciliśmy do budowania systemu udarowego tworząc regionalną sieć z lokalnymi oddziałami udarowymi. Opracowaliśmy zasady przesyłania informacji o pacjentach pomiędzy oddziałami, łącznie z wynikami badań radiologicznych, procedurę transportu między szpitalnego. W końcu 2019 roku dostaliśmy się do programu ministerialnego TELE-STROKE – szpital otrzymał pieniądze na zakup systemu informatycznego do wizualizacji udaru niedokrwienego. Dostawcą systemu została firma Brainomix. Produkowane przez nich oprogramowanie pozwala na kilka istotnych rzeczy:

Dzięki temu systemowi będziemy mogli rozszerzyć okno terapeutyczne z obecnych 6 do nawet 24 godzin od początku udaru. Skorzystają na tym między innymi pacjenci, którzy nie mogli być leczeni za pomocą rtPA z powodu przekroczenia okna czasowego. Dodatkowym plusem jest powiązanie informatyczne wszystkich oddziałów udarowych w województwie.

Przed nami dużo pracy. Odnawianie wiedzy wśród ratowników medycznych, uzgadnianie zasad transportu szpitalnego, interakcji wewnątrzszpitalnych. I szkolenia, szkolenia, szkolenia. Radiolodzy zabiegowi i zaproszeni przez nich neurologi szkolą się w renomowanych ośrodkach europejskich – Barcelonie, Montpellier, Lyonie. Czy się optaca? Widok pacjenta, który odzyskuje władzę w kończynach i zaczyna mówić zaraz po zabiegu – bezcenny.

**Dr n. med. Jacek Zwiernik**  
Zastępca ordynatora Oddziału Udarowego  
i Oddziału Neurologicznego

**Dr n. med. Grzegorz Wasilewski**  
Kierownik Zakładu Radiologii  
i Diagnostyki Obrazowej

# Całościowo opiekujemy się pacjentem po zawale serca

Koordynowana opieka specjalistyczna po zawale serca została wprowadzona przez Narodowy Fundusz Zdrowia jako program ogólnopolski półtora roku temu. Nasz Szpital przystąpił do niego 1 stycznia 2020 r.

Opieka koordynowana to nie tylko leczenie zawału serca, prowadzone przez nas w trybie ostrym (przyjmujemy pacjenta, poszerzamy naczyń i doprowadzamy do poprawy stanu zdrowia), ale także następująca po tym szpitalna lub ambulatoryjna rehabilitacja oraz ambulatoryjna roczna obserwacja.

Wczesna rehabilitacja po zawałach może odbywać się w formie stacjonarnej (pobyt szpitalny) lub ambulatoryjnej (dojazd pacjenta na ćwiczenia do ośrodka rehabilitacyjnego)

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nie posiada oddziału rehabilitacji kardiologicznej wymaganej do prowadzenia programu koordynowanej opieki pozawałowej dlatego podpisał umowy z dwoma ośrodkami zewnętrznymi na opiekę ambulatoryjną i stacjonarną.

W województwie warmińsko-mazurskim mamy kilka ośrodków rehabilitacji stacjonarnej. Ten, z którym na co dzień współpracujemy znajduje się w szpitalu powiatowym w Biskupcu. I tam nasi pacjenci po zawałach serca zazwyczaj trafiają na rehabilitację. Drugi ośrodek, rehabilitacji ambulatoryjnej mieści się w Olsztynie i jest zlokalizowany przy szpitalu uniwersyteckim.

Jak już powiedziałem nasza opieka trwa rok. W jej ramach musi się odbyć przynajmniej jeden turnus rehabilitacji oraz co najmniej cztery wizyty kontrolne oraz piąta wizyta – kwalifikująca. Oddział Kardiologiczny ma do dyspozycji gabinet badań, gdzie lekarze przyjmują pacjentów z programu.

Niezwykle ważne jest skoordynowanie czasowe takiej opieki. Pacjent musi bowiem trafić na rehabilitację nie później, niż dwa tygodnie po opuszczeniu szpitala, gdzie leżał z powodu zawału serca. Przestrzeganie tego terminu jest bardzo istotne dla prawidłowej opieki nad pacjentem. Niestety mieliśmy z tym problem na początku tego roku. Szpital w Biskupcu nie dysponował łóżkami dedykowanymi do tak szybkich terminów przyjęć, i pacjenci nie mogli uczestniczyć w programie. Od kilku miesięcy problem wydaje się być rozwiązany. Rozliczenie catorocznej

opieki koordynowanej z NFZ wymaga utrzymania terminów wszystkich zaplanowanych wizyt i rehabilitacji. Odstępstwo od choćby jednego terminu skutkuje wyłączeniem pacjenta z programu i utratą dodatkowych bonusów finansowych (10-20% kosztów opieki i procedur).

Aspekty ekonomiczne, o których mówiłem są oczywiście istotne dla Szpitala z tytułu przychodu lub straty w jego budżecie. To są elementy mniej ważne dla samego pacjenta, który korzysta dzięki systematycznej kontroli stanu zdrowia przez rok po zawałach. Śmiertelność szpitalna w zawałach serca leczonym inwazyjnie jest bardzo niska w Polsce i wynosi w naszym ośrodku około 2%. A co się dzieje po roku? Okazuje się, że śmiertelność rośnie do kilkunastu proc. A więc pacjenci niestosujący się do zaleceń i nieprzyjmujący leków, którzy nie są kontrolowani doznają kolejnych epizodów. Objęcie pacjentów po zawałach roczną opieką wraz z rehabilitacją obniża śmiertelność roczną o kilkanaście procent. Rehabilitacja pozawałowa nie ogranicza się do kazania pacjentowi, aby wsiadł na rower, pobeiegał na bieżni, czy poćwiczył w inny sposób. W zakres rehabilitacji wchodzi także opieka psychologa i porady dietetyka, co pozwala na nauczenie pacjenta innego – zdrowego stylu życia. Zmiana nawyków stanowi około 50 proc. sukcesu w życiu po zawałach.

Innym ważnym aspektem opieki pozawałowej oprócz procesu rehabilitacji jest systematyczna kontrola kardiologa weryfikująca stan przestrzegania zaleceń i przyjmowania leków. Niestety pacjenci potrafią odstawić leki, głównie te, które obniżają poziom cholesterolu. Jeszcze gorzej, kiedy przestają zażywać leki przeciwkrwotoczne. Pacjent otrzymuje bowiem dwa specyfiki hamujące czynność płytek, żeby zapobiec powstawaniu zakrzepów w stentach. W razie ich nie przyjmowania możemy mieć do czynienia z powikłaniami ostrego zawału, takimi jak zakrzepica w stencie skutkującym powrotem chorego na nasz oddział lub zgonem. Z kolei zbyt wysoki poziom cholesterolu powoduje powstawanie nowych blaszek miażdżycowych, a już istniejące mogą się destabilizować i pęknąć powodując nowy zawał serca.



Z cholesterolem wiąże się jeszcze jedna kwestia – czasem chory sam odstawia lek, a niekiedy robi tak na polecenie lekarza POZ. Bywa, że lekarz rodzinny zobaczywszy przepisaną maksymalną dawkę statyny, którą pacjent otrzymuje wychodząc z naszego oddziału, dochodzi do wniosku, że dawka jest zbyt duża i ją obniża. To jest oczywiście błąd, który niesie poważne konsekwencje dla naszych pacjentów.

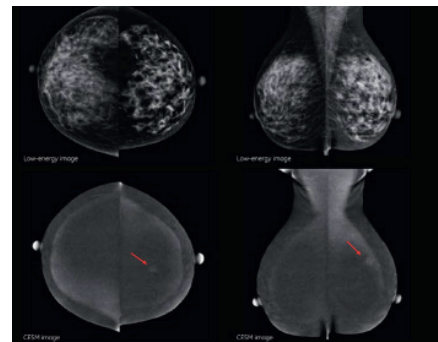
Pacjent po zawałach serca powinien przyjmować leki dożywotnio, prowadząc przy tym zdrowy tryb życia. Ale decydujący jest pierwszy rok. Jeżeli pacjent przyzwyczai się przez ten okres do przyjmowania leków i będzie się kontrolował, to w taki nawyk wejdzie. Ogólnopolski Rejestr Ostkich Zespołów Wieńcowych wykazał różnicę śmiertelności u chorych, którzy uczestniczą w koordynowanej opiece po zawałach, a chorymi bez takiej opieki.

To gra warta świeczki – warta naszego wysiłku, wysiłku pacjenta i oczywiście nie zmarnowania zasobów, które zaangażowaliśmy, aby ratować chorego. Zabieg stentowania, czy koronarografii są kosztowne. To kilkanaście tysięcy złotych, a więc spore pieniądze. A później w przypadku nie stosowania leków i odpowiedniego stylu życia nasze wysiłki i środki finansowe idą na marne. Bo albo pacjent umiera, albo przyjeżdża drugi raz i musimy wydać kolejne kilkanaście tysięcy, a zdrowie pacjenta może się zdecydowanie pogorszyć.

Kompleksowa opieka kardiologiczna to pozytywne rozwiązanie zarówno dla pacjentów, jak i dla Szpitala. Leczymy rocznie ponad 500 pacjentów, którzy kwalifikowaliby się do opieki pozawałowej, jednak nie wszyscy chcą być rehabilitowani, a część się do rehabilitacji nie kwalifikuje z różnych względów. Mamy nadzieję, że w tym roku do koordynowanej opieki wprowadzimy ponad 200 osób.

**Dr n. med. Jerzy Górny**  
Ordynator Oddziału Kardiologicznego





Obraz badania mammograficznego wykonanego nowym aparatem

Zespół pracowni mammograficznej przy nowym urządzeniu

# Nowoczesny mammograf

## – skuteczna diagnostyka



Ministerstwo Zdrowia

Urządzenie pracuje w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej od połowy maja br. i pozwala na zastosowanie najskuteczniejszych metod diagnostycznych, pozwalających na wykrycie zmian nowotworowych w piersi.

Urządzenie pracuje w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej od połowy maja br. i pozwala na zastosowanie najskuteczniejszych metod diagnostycznych, pozwalających na wykrycie zmian nowotworowych w piersi.

Nowy cyfrowy aparat mammograficzny zainstalowany w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym oprócz tradycyjnej mammografii 2D wykorzystuje dwie dodatkowe możliwości diagnostyczne – tomosyntezę i mammografię spektralną, czyli mammografię ze wzmocnieniem kontrastowym.

Jak podkreśla dr Anna Szalcunas-Olsztyn z pomocą nowego mammografu można też wykonywać biopsje mammotomiczne i diagnozować mikrozwapnienia. – Biorąc pod uwagę parametry techniczne to jeden z trzech takich aparatów w Europie – mówi dr Szalcunas-Olsztyn.

Rak piersi stanowi około 23 proc. wszystkich zachorowań z powodu nowotworów złośliwych u kobiet i około 14 proc. zgonów z tego powodu. Szacuje się, że rocznie raka piersi rozpoznaje się u 1,5 miliona kobiet na całym świecie, a około 400 tysięcy umiera z tego powodu. Jest to najczęstszy nowotwór złośliwy wśród mieszkanki krajów wysoko cywilizowanych, takich jak USA, Kanada, Australia czy kraje Europy Zachodniej.

Celem leczenia raka piersi jest uzyskanie jak najdłuższego przeżycia oraz uniknięcie skutków ubocznych występujących przy stosowaniu

chemioterapii. Podstawą terapii powinno być tradycyjne leczenie operacyjne, polegające na wycięciu guza, ewentualnie w połączeniu z radioterapią. Taki wzór terapeutyczny nie wyniszcza organizmu pacjentki, a do tego zmniejsza koszty leczenia. Warunkiem jego wprowadzenia jest jednak rozpoznanie choroby we wczesnym stadium.

W diagnostyce raka piersi wykorzystujemy trzy podstawowe badania diagnostyczne:

- badanie mammograficzne,
- badanie ultrasonograficzne,
- tomografia rezonansu magnetycznego.

Mammografia nadal pozostaje złotym standardem w diagnostyce raka piersi.

Czułość samej mammografii zmniejsza się wraz ze wzrostem gęstości piersi. Liczba nowotworów niewykrytych w gęstej piersi osiąga 52–76 proc. Przyczyną tak niskiej wykrywalności są liczne: najważniejszą jest „strukturalny” lub anatomiczny hałas (zakłócenia) spowodowane przez przystaniające tkanki w obrazowaniu dwuwymiarowym obiekcie, który posiada trzy wymiary.

Nowy cyfrowy aparat mammograficzny zainstalowany w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym oprócz tradycyjnej mammografii 2D wykorzystuje dwie dodatkowe możliwości diagnostyczne – tomosyntezę i mammografię spektralną, czyli mammografię ze wzmocnieniem kontrastowym.

Tomosynteza (DBT) to warstwowe badanie piersi, pozwala dokładnie ocenić miejsca zagęszczeń, rozprojektować zaburzenia architektury, ocenić charakter mikro zwapnień.

Zastosowanie tomosyntezy – głównie u pacjentek z gęstą budową piersi, zamiast zdjęć celowanych w jednej projekcji daje liczne korzyści. Badania europejskie, w tym norweski program skryningowy, wykorzystujący tę metodę udowodniły, że uzyskujemy wzrost czułości mammografii z wykorzystaniem DBT w wykrywaniu raka piersi o 30-40 proc, przy spadku powtórnych wezwań o 15-40 proc.

W mammografii spektralnej (ze wzmocnieniem kontrastowym) oceniane jest zjawisko neoangiogenezy, charakterystyczne dla nowotworów. Kontrast obrazu w mammografii spektralnej wynika zarówno ze zwiększonej ilości patologicznych naczyń oraz z ich zwiększonej przepuszczalności.

Mammografia spektralna jest alternatywą dla MRI (badania rezonansem magnetycznym), choć jej nie zastępuje. Ma zastosowanie głównie w piersiach o strukturze gruczołowej. Pozwala na detekcję zmian in situ, wieloogniskowych, różnicowanie wznowy miejscowej ze zmianami bliznowatymi oraz planowanie zabiegów chirurgicznych (BCT – zabiegów oszczędzających piersi w przypadku wczesnego wykrycia nowotworu, mastektomii).

# Szukam nowych wyzwań

Bardzo się cieszę, że mogłam zostać pielęgniarką oddziałową oddziału chirurgii, mając tak fantastyczny i całym sercem zaangażowany zespół ludzi – mówi Joanna Mikulewicz.

## Rozmowa z Joanną Mikulewicz

**Przemysław Prais: Kiedy objęła Pani stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz Chirurgii Naczyniowej?**

Joanna Mikulewicz: Stanowisko pielęgniarki oddziałowej objęłam od 19 marca 2020 r.

**Co sprawiło, że zdecydowała się Pani na objęcie tego stanowiska?**

Od początku swojej pracy w zawodzie pielęgniarki mam ciągłą potrzebę rozwoju, stawiania sobie nowych celów, pracy na wysokich obrotach. Uznałam, że jest to bardzo dobry moment na podjęcie następnego wyzwania. Już samo postępowanie konkursowe jest bardzo dużym wydarzeniem, tym bardziej tak duża zmiana stanowiska. Nie pełniłam do tej pory żadnej podobnej funkcji, więc możliwość nauczenia się czegoś całkowicie nowego tym bardziej utwierdziła mnie w przekonaniu, iż powinnam stanąć do konkursu. Miałam również duże wsparcie zarówno wśród swoich bliskich jak i znajomych, od których słyszałam, iż będzie to dla mnie pozytywne wyzwanie.

**Na czym polegają Pani obowiązki jako pielęgniarki oddziałowej?**

Zakres obowiązków jest szeroki. Zawsze najważniejszy jest pacjent. Natomiast moją rolą jest takie zorganizowanie odpowiedniej obsady pielęgniarskiej oraz sprzętowej, aby udzielić pacjentowi pomocy, jakiej od nas oczekuje. W czasach epidemii niezwykle ważnym jest zapewnienie bezpieczeństwa zarówno dla pacjenta jak i personelu. Muszę zadbać o zrozumiałe wdrożenie i przestrzeganie wszelkich procedur, w chwili obecnej szczególnie dotyczących COVID-19. Spotykamy się z sytuacją nieznaną i niejednokrotnie moją rolą jest również stwarzanie nowych ścieżek postępowania w pracy z pacjentem chirurgicznym.

Na oddziale tak dynamicznym jak chirurgia naczyniowa, praca wymaga bardzo dużej elastyczności, konieczności podejmowania szybkich trafnych decyzji. Dużą część mojej pracy zajmuje tzw. gaszenie pożarów, co jest konieczne do sprawnego funkcjonowania oddziału. Jestem również łącznikiem pomiędzy personelem pielęgniarskim a dyrekcją. Odgrywam bardzo istotną rolę w komunikacji interpersonalnej pomiędzy poszczególnymi zespołami i pionami. Oraz jednym z głównych, bardzo ważnych zadań, jest stworzenie takich warunków i atmosfery pracy, aby każda osoba czuła się równoprawnym członkiem całego zespołu.

**Jak z chwilą objęcia funkcji pielęgniarki oddziałowej, zmieniła się Pani praca w porównaniu do wykonywanej poprzednio?**

Zadania pielęgniarki oddziałowej są skrajnie różne od funkcji do tej pory przeze mnie pełnionych. Za opieką nad pacjentem kryje się szereg zadań, bez których ta opieka nie byłaby możliwa. Przed objęciem stanowiska pracowałam jako koordynator pakietu onkologicznego, byłam również pierwszym koordynatorem transplantacyjnym w naszym szpitalu na poziomie oddziału chirurgii. Pracowałam przy łóżku pacjenta zarówno w systemie zmianowym jak i rankowym. Każda z tych funkcji wiązała się z innymi zadaniami. Niemniej, dość często zdarzają się sytuacje, gdzie z dotychczasowych umiejętności korzystam i do niektórych zadań wracam.

**Czy Pani zdaniem jest jeszcze coś do usprawnienia w działalności oddziału?**

Zawsze jest coś do usprawnienia w każdej pracy i w każdej placówce. Począwszy od ciągłego aktualizowania swej wiedzy, do czego jesteśmy zobligowani, po rozwój technologiczny. Jestem zwolenniczką uczenia się na doświadczeniach innych, bardziej rozwiniętych ośrodków. Nie koniecznie musimy popełniać swoje błędy aby dojść do rozsądnych rozwiązań. Konieczna jest zmiana uprawnień i odpowiedzialności pielęgniarek w zależności od zdobywanego wykształcenia i doświadczenia. Należy dążyć do zmniejszenia ilości pacjentów jakimi opiekuje się jedna pielęgniarka na rzecz zwiększenia jej uprawnień i poszerzenia kompetencji. Będzie to skutkowało podniesieniem jakości opieki, zmniejszeniem liczby zdarzeń niepożądanych i powikłań hospitalizacji.

Obecnie stoimy przed zadaniem wprowadzenia dokumentacji w systemie elektronicznym. Należy opracować ją w taki sposób aby okazała się dla nas ułatwieniem, a nie dodatkowym uciążliwym obowiązkiem.

**Jak to się stało, że wybrała Pani zawód pielęgniarki?**

Odkąd pamiętam, zawsze miałam dużą potrzebę kontaktu z ludźmi. Nie wyobrażałam sobie siebie w pracy na którą część społeczeństwa obecnie jest skazana, czyli w zamknięciu, bez kontaktu „na żywo”. Równoległe wybrałam studia pielęgniarskie i fizjoterapię, ale to pielęgniarstwo okazało się ciekawsze. Po ukończeniu obydwu kierunków, wybrałam właśnie pielęgniarstwo.

**Proszę o zaprezentowanie swojej drogi zawodowej: gdzie pracowała Pani wcześniej, jakie ma Pani wykształcenie?**



Od początku swojej kariery zawodowej związania jestem z naszym szpitalem. Rozpoczęłam pracę na oddziale chirurgii naczyniowej. Po kilku latach dodatkowo zajęłam się również koordynowaniem przeszczepów nerki na naszym oddziale. To mi w udziale przypadło również zorganizowanie krótkiej ścieżki terapii onkologicznej, której to zostałam koordynatorem.

Skończyłam studia licencjackie z pielęgniarstwa oraz z fizjoterapii, studia magisterskie z pielęgniarstwa. Zrobiłam specjalizację z pielęgniarstwa onkologicznego. Ukończyłam także studia podyplomowe dla koordynatorów transplantacyjnych, oraz studia podyplomowe z zarządzania i marketingu w służbie zdrowia.

**Proszę jeszcze opowiedzieć o swoich zainteresowaniach pozazawodowych (np. hobby).**

Poza pracą jestem uzależniona od ruchu w rozumieniu sportu ale także podróży, zarówno lokalnych, niedalekich jak i poważniejszych długich wypraw, które uwielbiam organizować dla całej swojej rodziny. Niezmiernie doskwiera mi obecne ograniczenie możliwości korzystania z weekendowych wypadów tak zwanymi tanimi liniami lotniczymi po różnych miastach Europy. Mam nadzieję że świat wkrótce otworzy się na nowo. Ale skrajnie również potrzebuję chwili samotności z dobrą książką w rękę.

Bardzo się cieszę, że mogłam zostać pielęgniarką oddziałową oddziału chirurgii, mając tak fantastyczny i całym sercem zaangażowany zespół ludzi. Pomimo różnych trudności, które napotykałam, to dzięki właśnie tym wszystkim osobom, wiele celów pozornie niemożliwych do osiągnięcia, staje się realne.

Pielęgniarstwo chirurgiczne jest niezwykle trudną dziedziną, niejednokrotnie zabiera nam bardzo dużo czasu a często też i zdrowia. Ale w zamian, pomimo zmęczenia fizycznego i psychicznego, oddaje nam dużo pozytywnej adrenaliny, którą trudno gdziekolwiek indziej odnaleźć. Wystarczy raz spróbować i trudno się od niej oderwać.

*Rozmawiał Przemysław Prais*

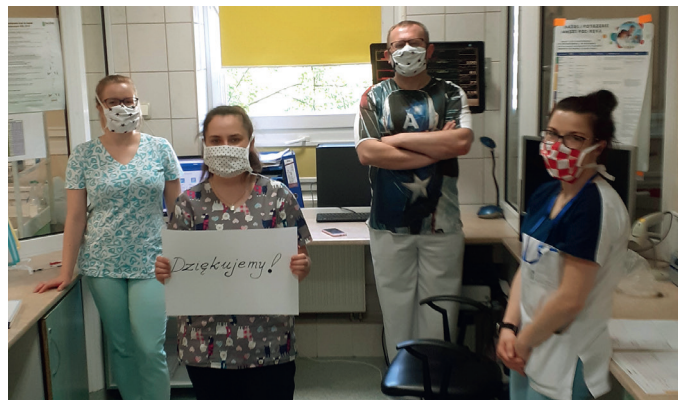


# W dobie pandemii wciąż możemy liczyć na wsparcie

Nie ustaje strumień pomocy płynącej do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. W poprzednim wydaniu Pulsu Szpitala poinformowaliśmy o pierwszych ofiarodawcach, a teraz przedstawiamy następnych.



Maseczki i przyłbice od samorządu pielęgniarskiego przyjęła Hanna Taraszkiewicz, z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa (z prawej).



Kilkaset kolorowych maseczek wielokrotnego użytku Oddziałowi Intensywnej Terapii przekazali Koordynatorzy akcji Łączymy siły!

Kolejne fundusze na zakup materiałów i urządzeń potrzebnych do zwalczania skutków koronawirusa Wojewódzki Szpital Specjalistyczny otrzymał od samorządu województwa. Pomoc nadchodzi także z Ministerstwa Zdrowia, które za pośrednictwem Agencji Rezerw Materiałowych przekazuje nadal płyny do dezynfekcji rąk i powierzchni, rękawice nitylowe, półmaski FFP2, maski medyczne z gumką, gogle, kombinezony ochronne, ostony na buty, przyłbice, fartuchy chirurgiczne jałowe, czepki ochronne oraz produkt do dezynfekcji w proszku do samodzielnego wykonania płynu. Płyn do dezynfekcji przekazał też Orlen.

Nie brakuje także wsparcie od firm, instytucji, stowarzyszeń i osób prywatnych. PZU Życie SA w ramach prowadzonej działalności mającej na celu zapobieganie powstawaniu lub zmniejszenie skutków wypadków ubezpieczeniowych sfinansowało zakup środków ochrony osobistej dla personelu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, zabezpieczających przed zakażeniem wirusem oraz płynów do dezynfekcji powierzchni. Za kwotę 10 tys. zł Szpital zakupił fartuchy operacyjne, czepki chirurgiczne i płyn do dezynfekcji powierzchni.

Z kolei Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych przekazała pielęgniarkom i położnym środki ochrony indywidualnej w postaci 2500 maseczek i 350 przyłbic. Dary w imieniu Pielęgniarek i Położnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przyjęła Hanna Taraszkiewicz z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa, dziękując za okazane wsparcie.

Jak niemal od początku pandemii Szpital otrzymuje wiele maseczek ochronnych. Taki piękny podarunek zafundował Mirosław Paszko,

prowadzący sklep Żabka przy ul. Augustowskiej 4 w Olsztynie. Pan Mirosław przekazał 500 maseczek jednorazowego użytku.

Kilkaset kolorowych maseczek wielokrotnego użytku Oddziałowi Intensywnej Terapii przekazali Koordynatorzy akcji Łączymy siły! Fundacja Kółko Graniaste, Spółdzielnia Socjalna HuManus i Ochotnicza Straż Pożarna w Wójtówku. – Wielkie podziękowania dla wszystkich, którzy nas wspierają – mówi pielęgniarz Przemysław Ekstowicz.

ZHP Chorągiew Warmińsko-Mazurska im. Grunwaldu przekazała zaś partię maseczek usztych przez rodziny harcerzy oraz przyjaciół ze Strefy Przygody na oddziały neurologii i gastrologii.

Koordynatorzy akcji Łączymy Siły także wcześniej pomagali Szpitalowi Wojewódzkiemu. Na początku kwietnia przekazali 1500 maseczek wielorazowych dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Oddziału Ginekologii Onkologicznej.

W piątek 24 kwietnia otrzymaliśmy w prezencie od zrzeczonych w ramach akcji „Ratujmy Polskie Piękno” 37 salonów urody w Olsztynie 126 kuponów upoważniających do wizyt w jednym z kilkudziesięciu takich punktów. – Bony podarunkowe mają długą datę ważności, która w zależności od zakładu waha się od kilku miesięcy do roku – wyjaśnia Kamila Niemyjska, która przyniosła do szpitala obowiązkane wstążką pudełko wypełnione kuponami. – Mamy nadzieję, że ucieszą ciężko pracujące w Szpitalu Wojewódzkim panie. Prezent odebrał Przemysław Prais, jego rzecznik prasowy, który serdecznie za niego podziękował w imieniu Szpitala Wojewódzkiego. – Bony podarunkowe otrzymają panie, które najbardziej na nie zasługują – poinformował Kamilę Niemyjską.

O podziękowaniach pracownikom m.in. Szpitala Wojewódzkiego za pracę podczas pandemii nie zapomniaty olsztyńskie przedszkolaki. Podopieczni Przedszkola Artystyczno-Językowego Art School w Olsztynie z okazji Dnia Pielęgniarki i Położnej wykonali prace rysunkowe, pokazujące pracę tej grupy zawodowej pracowników ochrony zdrowia. – Poprosiliśmy naszych przedszkolaków, aby w ten sposób pokazali, że o nich pamiętamy i dziękujemy za ich pracę w tym trudnym czasie – informuje dyrekcja placówki, w skład której wchodzi też Przedszkole Radość.

Oświatowa placówka przestała na adres Szpitala kopertę z kilkudziesięcioma pracami, które prezentujemy na wystawie korytarzu na wysokim parterze szpitala.

Z kolei Przedszkole Miejskie nr 10 przestało nam e-mailem kompozycję prac swoich podopiecznych, wykonanych w ramach Ogólnopolskiej Akcji Serce dla Medyka. – „Wszystkim Pracownikom Służby Zdrowia składamy wyrazy uznania i wdzięczności za pełną poświęcenia służbę na rzecz drugiego człowieka, zwłaszcza za ogromny trud i poświęcenie w walce z epidemią COVID-19. Życzymy Wam i Waszym bliskim przede wszystkim zdrowia, a także wytrwałości, wiary w przyszłość i w drugiego człowieka.

Dyrektor, pracownicy, rodzice oraz dzieci z Przedszkola Miejskiego nr10 im. Jana Pawła II w Olsztynie” – przeczytaliśmy w podziękowaniu dołączonym do kompozycji.

Bardzo serdecznie dziękujemy wszystkim darczyńcom za pomoc, dzięki której personelowi medycznemu pracuje się łatwiej.

**Przemysław Prais**

# Pamięć i jej zagadki

cz. 36



**Pamięć jako system wielu zdolności utrwalania informacji ewoluowała przez miliony lat. W znacznym przybliżeniu można ustalić kolejne etapy biologicznego rozwoju pamięci. Etapem, który radykalnie**

**zmienił dotychczasowy tryb funkcjonowania prostych zwierząt, było wykształcenie pamięci nawigacyjnej. Jako ludzie stale korzystamy z takiej pamięci.**

W głośnej książce z ostatnich lat *The evolution of memory systems. Ancestors, anatomy, and adaptations* – omawianej w ostatnich odcinkach (34 i 35) – zespół Elisabeth Murray zrekonstruował możliwy przebieg ewolucji zdolności pamięciowych. Autorzy wyróżniają kolejne adaptacyjne etapy rozwoju pamięci, które także my jako ludzie na co dzień wykorzystujemy. Pierwszym wynalazkiem w ewolucji pamięci była prawdopodobnie pamięć skojarzeniowa (asocjacyjna), oparta na powszechnym w świecie zwierząt mechanizmie warunkowania klasycznego i mniej powszechnym mechanizmie warunkowania instrumentalnego (na ten temat zob. poprzedni odcinek – nr 35). Dzięki pamięci asocjacyjnej różne gatunki zwierząt udoskonaliły metody pozyskiwania pokarmu i unikania różnego typu niebezpieczeństw środowiskowych, np. spożywania toksycznych produktów lub przebywania w pobliżu drapieżcy. Pamięć skojarzeniowa powstała bardzo wcześnie w ewolucji. Działanie takiej pamięci nie wymaga specjalnej struktury mózgu i nawet u bezkręgowców wyposażonych w proste zwoje nerwowe występują zdolności kojarzenia bodźców.

Znacznie bardziej wyrafinowanym wynalazkiem w ewolucji pamięci było rozwinięcie zdolności orientacji w przestrzeni i poruszanie się w takiej przestrzeni zgodnie z utrwaloną orientacją. Taka zdolność to właśnie pamięć nawigacyjna.

## MAPY POZNAWCZE

Koncepcja pamięci nawigacyjnej wynikała ze sporów naukowych, szczególnie intensywnych w latach 40-tych XX wieku. W tym czasie psycholog Edward Tolman sformułował hipotezę, że w mózgach szczurów i ludzi

powstają mapy poznawcze, a więc coś w rodzaju przechowywanych informacji na temat danych sensorycznych i przestrzennych z danego otoczenia. Taki pomysł był silnie krytykowany przez amerykańskich behawiorystów z Burrhusem Skinnerem na czele. Według behawiorystów orientacja w przestrzeni nie wymaga, że w mózgach szczurów powstają jakieś tajemnicze mapy poznawcze. Zwierzęta adaptują się do warunków środowiskowych zgodnie z poprzednimi doświadczeniami i wyuczonymi odruchami, czyli zgodnie z mechaniką pamięci skojarzeniowej (na te temat zob. poprzedni odcinek).

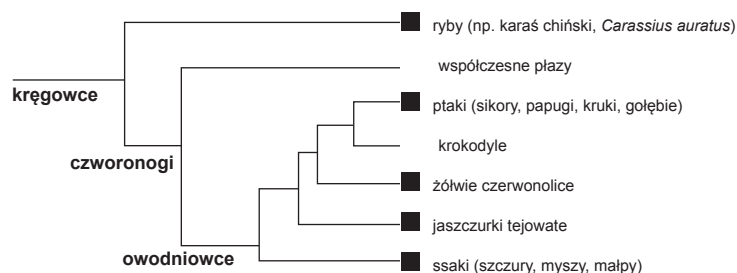
Późniejsze i obecne badania wskazują jednak, że to Tolman miał rację. W mózgach różnych zwierząt istnieje struktura w płatach skroniowych zwana hipokampem, która jest kluczowa dla zdolności orientacji przestrzennej. W eksperymentach na złotych rybkach, żółwiach, jaszczurkach i szczurach okazało się, że po usunięciu hipokampów (lub homologów hipokampów) badane zwierzęta tracą wyuczoną poprzednio zdolność odnajdywania pokarmu w labiryncie, lokalizowania umieszczonych pod wodą platform do odpoczynku lub znajdowania nagrzonej skały w terrarium (zobacz rys. 1).

Dodatkowym potwierdzeniem hipotezy map poznawczych było odkrycie w latach 70-tych XX wieku przez Johna O'Keefa i Lynn Nadel tzw. komórek miejsca (*place cells*) w hipokampach. Takie komórki ulegają pobudzeniu, gdy zwierzę znajduje się ponownie w danym miejscu w przestrzeni. Sieć komórek miejsca tworzy w efekcie mapę terytorium zwierzęcia i jego potożenia w tym obszarze oraz ścieżki

przemieszczania się. Co więcej, późniejsze badania neurofizjologiczne wykazały, że poza komórkami miejsca są także inne neurony w pobliżu hipokampów o skorelowanych własnościach: komórki sieci (*grid cells*) działające jak siatki kartograficzne, komórki granicy (*boundary cells*) reagujące na obrzeża środowiska, oraz komórki kierunku głowy (*head-direction cells*). Aktywność wszystkich wymienionych komórek tworzy w efekcie system orientacji przestrzennej w danym środowisku i działa jak mechanizm GPS. Taki system umożliwia również kodowanie sekwencji doznań sensorycznych w danej przestrzeni oraz generowanie ocen czasowych dla danych zachowań, np. czas do osiągnięcia celu.

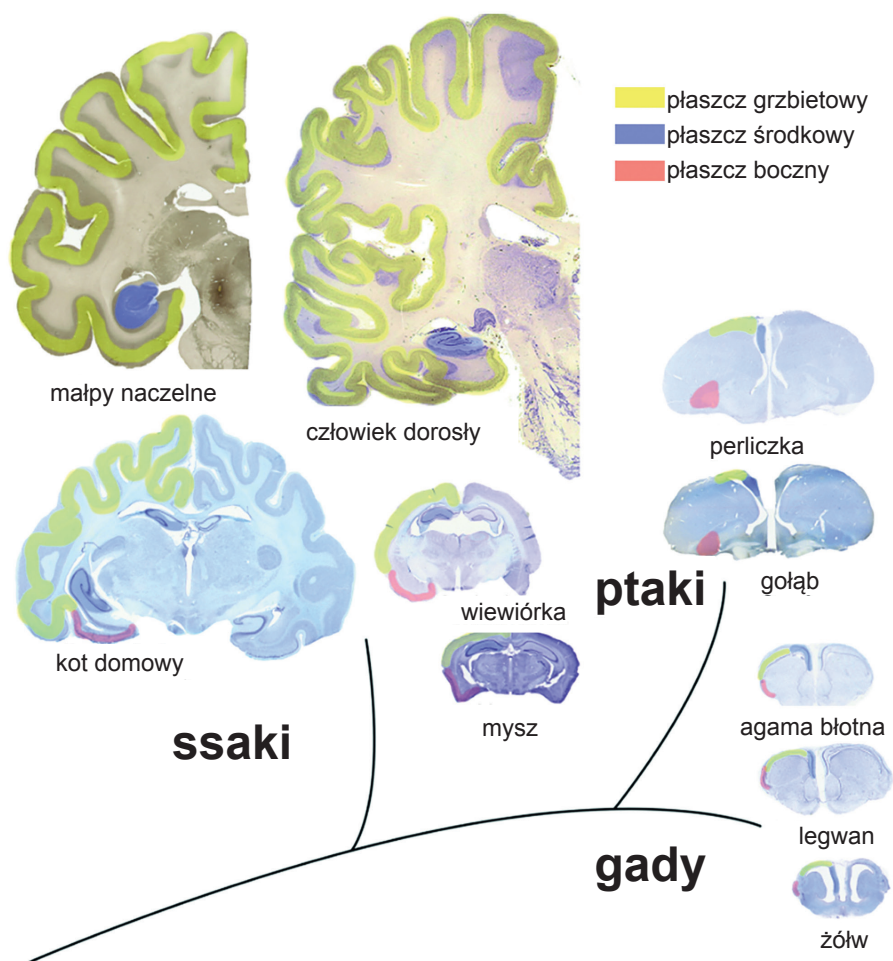
## W trzech zdaniach

1. W ewolucji pamięci kolejnym wynalazkiem poza pamięcią skojarzeniową była prawdopodobnie pamięć nawigacyjna.
2. Zdolności nawigacyjne (orientacja przestrzenna) rozwinęły się u wczesnych kręgowców wraz z rozwojem kresomózgowia, głównie środkowej części płaszcza mózgu (pallium).
3. Podstawą działania pamięci nawigacyjnej są tzw. mapy poznawcze, a więc umysłowa i neuronalna reprezentacja przestrzeni, potożenia i ruchu, zarządzana przez hipokampy i struktury przyległe.



**Rys. 1. Zdolności nawigacyjne kręgowców.** Czarne kwadratek w kladogramie kręgowców wskazują te gatunki, u których uszkodzenia hipokampów lub ich homologów powoduje zaburzenia nawigacyjne (orientacji przestrzennej, pamięci przestrzennej). Źródło: Murray E.A., Wise S.P., Graham K.S. (2017). *The evolution of memory systems. Ancestors, anatomy, and adaptations*. Oxford University Press. Adaptacja własna.





**Rys. 2. Sekcje porównawcze w ewolucji kresomózgowia.** Środkowy płaszcz mózgu (*pallium*) oznaczony na niebiesko jest prekursorem hipokampów. Część grzbietowa płaszczka mózgu to zaczątek kory nowej. Część boczna płaszczka mózgu obejmuje obszary węchowe. Źródło: Basma J. i in. (2020). The evolutionary development of the brain as it pertains to neurosurgery. *Cureus Journal of Medical Science* 12(1): e6748. Adaptacja własna.

## HIPOKAMPY, TAKSÓWKARZE I PACJENCI

Także w przypadku ludzi różne badania wskazują na znaczny udział hipokampów w pamięci nawigacyjnej (orientacji przestrzennej, pamięci przestrzennej). Badania na ludziach zdrowych ujawniają korelację pomiędzy wielkością hipokampów i intensywnym treningiem nawigacyjnym, czego dowodem mogą być londyńscy taksówkarze. Stają oni przed nie lada wyzwaniem, bo muszą zdawać bardzo surowe egzaminy w zakresie topografii miasta i sprawnego poruszania się po zleceniu klienta. W efekcie ich hipokampy (a dokładniej górne fragmenty hipokampów) są znacznie większe, niż zwykłych ludzi i nawet innych zawodowych kierowców. Przy tym, im większy staż taksówkarski, tym są większe wspomniane obszary.

Również badania na pacjentach po uszkodzeniu mózgu ujawniają związki pomiędzy hipokampami i pamięcią nawigacyjną. Tacy pacjenci mają m.in. poważne problemy z uczeniem się i przypominaniem informacji przestrzennych w otoczeniu oraz w badaniach laboratoryjnych (np. rozróżnianie rysunków pokojów). Typowo

ujawniają trudności orientacyjne, polegające na efektywnym dotarciu do celu w danym pomieszczeniu. Co ciekawe pacjenci z uszkodzonymi hipokampami mają też problemy z wykorzystaniem swojej pamięci do wyobrażenia sobie nowych sytuacji przestrzennych lub generowania opowieści składających się z serii następujących po sobie zdarzeń.

## NAWIGACYJNY SYSTEM PAMIĘCI

Obecna wiedza na temat funkcji realizowanych przez struktury hipokampów i przyległych z nimi obszarów mózgowia wskazuje, że te obszary tworzą m.in. nawigacyjny system pamięci. Prawdopodobnie zdolności nawigacyjne zostały rozwinięte od nowa u wczesnych kręgowców wraz z rozwojem kresomózgowia (zobacz rys. 2).

Jedną z części kresomózgowia jest środkowa część płaszczka mózgu (*medial pallium*). To właśnie ta część jest homologiem (prototypem) hipokampów w procesie ewolucji. Umożliwiła ona tworzenie początkowo prymitywnych map poznawczych położenia i ruchu zwierzęcia

w środowisku. Wraz z ewolucją zdolności nawigacyjne i pamięć przestrzenna stawały się coraz bardziej złożone. Neuronalną i poznawczą reprezentację przestrzeni z zakodowanymi informacjami o miejscach, obiektach, położeniu, charakterystycznych cechach sensorycznych, sekwencji bodźców i czasu bodźców wykorzystujemy stale na co dzień. Typowo raczej nie zdajemy sobie sprawy jak złożona i niedostępna świadomej kontroli jest mózgową mapą naszego środowiska, w którym poruszamy się na co dzień.

dr Piotr Markiewicz

## Chcesz wiedzieć więcej?

Murray E.A., Wise S.P., Graham K.S. (2017). *The evolution of memory systems. Ancestors, anatomy, and adaptations.* Oxford University Press.

Murray E.A., Wise S.P., Baldwin M., Graham K.S. (2020). *The evolutionary road to human memory.* Oxford University Press.

# 66 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 76 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: G, K, M i T (aż 33 prezent wakacyjny). Na ponumerowanych polach ukryto 50 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Alberta Einsteina.

Jerzy Badowski

- imię naszej Dyrektora
- płynie w Węgorzewie
- katarakta
- dynastia Henryka VIII
- imię Curie-Skłodowskiej
- Jankes (ang.)
- we Włocławku lub Czorsztynie
- zasiali górale
- angielskie piwo
- ród Leonidas
- wynalazca dynamitu
- biały, słodki sos do deserów
- ramię Renu z mostem, który był za daleko
- opium lub morfina
- największe jezioro Australii
- holenderskie miasto sera
- przedmiot botaniki
- prezes filaretów
- włoski Ludwik
- upośledzenie zdolności rozpoznawania (łac.)
- Tomasz, twórca wielkiej firmy obuwniczej
- przewody do kątów macicy
- kraj Wiriatusa
- ze stolicą Apia
- elektroencefalogram
- pazucha
- pieśń w operze
- jego izotop w leczeniu chorób tarczycy
- sentymentalizm
- rzeczowe, przymiotne i liczebne
- konanie
- wschodni sąsiad Żyda za króla Dawida
- zupa z młodych buraków
- otwór dla fal elektromagnetycznych
- dziewczynka w krainie Oz
- w TV do patrzenia
- organizm zmodyfikowany genetycznie
- jezioro i miasto we wsch. Turcji
- tworzy z Chelsea dzielnicę Londynu
- żywy trup
- czarodziejka Jazona
- wadi
- grzyby niższe
- muza historii
- Tyskie
- nalewka
- prawe, uczciwe
- wielka firma rowerowa
- nazwa, tytuł
- zgromadzenie ludu
- aksamitka, baretka
- feler dzwonnika z Notre Dame
- największy półwysep w Chile
- płynąca woda i jej koryto
- występuje w mięśniach i ścięgnach
- rodzina lutników z Cremony
- dźwięk
- część ptuła lewego
- napisał „Solidarność. Polska rewolucja”

- gród nad Wartą na zachód od Zduńskiej Woli
- bogini przeznaczenia
- składa się z agarozy i agaropektyny
- mieszka w Mińsku
- czucie i ruch w rozwoju człowieka
- płynie w Kisangani
- Miszna i Gemara
- bakteria przewodu pokarmowego
- przy ujściu Kupy do Sawy
- państwowa ubezpieczalnia
- większa niż życie
- wyziewy absurdu
- widowisko
- impreza w Bronowicach
- pustynia mongolsko-chińska
- ugrupowania Krzaklewskiego
- zejście śmiertelne

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42	43	44	45
46	47	48	49	50				

Rozwiązanie krzyżówki nr 65 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 66): „Będziesz smutny jeśli będziesz sam”. Nagrodę otrzymuje Agata Winiarska z Oddziału Nefrologicznego. Gratulujemy. Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.



