



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 77

październik-grudzień 2022

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162



Beyond
the Horizon
– s. 4



Pełne
wzruszeń
pożegnanie
dr Emilii
Paszowskiej
– s. 7

PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie

Redaktor naczelny

Przemysław Prais

Redakcja

Alicja Biernacka
Magdalena Rubczewska

Wsparcie graficzne

Elżbieta Wojciechowska

Stała współpraca

Jerzy Badowski
Hanna Taraszkiewicz
Beata Jastrzębowska
Radostaw Kowalski
Beata Kiernożek

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. 22 404 72 60
www.ccpq.com.pl

Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmiany tytułów.

Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności za treść
nadsyłanych publikacji.

- 3 Mamy powody do satysfakcji
- 3 Pomogliśmy młodym lekkoatletom z Olsztyna
- 4 Bierzemy udział w prestiżowym międzynarodowym projekcie
- 7 Pełne wzruszeń pożegnanie dr Emilii Paszkowskiej
- 11 Współpraca niesie nowe możliwości, czyli badanie dysfagii neurogennej z wykorzystaniem laryngoskopu
- 12 Spotkanie fizjoterapeutów z regionu
- 13 Nowatorska operacja chirurgów onkologicznych
- 14 Zakład Patomorfologii z certyfikatem Ministra Zdrowia
- 15 Moją pasją jest malarstwo
- 17 Nowy głos usterek
- 18 Podziękowania za pracę dla dr Urszuli Hury-Ruitenbach
- 19 Zmarł dr Antoni Dutkiewicz
- 20 Świąteczny prezent dla pań po mastektomii
- 20 Metropolita Warmiński podziękował pracownikom szpitala za ich pracę
- 21 Prawa pacjenta – cz. II
- 24 Całościowa Ocena Geriatryczna „COG”
- 25 Wielkie zespoły geriatryczne
- 27 Jolka Szpitalna
- 28 Mikołajkowe upominki i życzenia dla pacjentek i personelu Oddziału Ginekologii Onkologicznej



Mamy powody do satysfakcji

Moi kochani, mamy powody do zadowolenia ze swojej pracy i chce się z Wami podzielić swoimi refleksjami. Po pierwsze zrealizowaliśmy kontrakt z NFZ za rok 2022 r. można powiedzieć perfekcyjnie, przekroczyliśmy ryczałt o ponad 10 proc., ale zgodnie z planem i po zapowiedzi Ministerstwa Zdrowia, że te nadwykonania zostaną opłacone i zostały opłacone po raz pierwszy od 2017 r., czyli od pierwszej umowy sieciowej. Nareszcie pieniądze poszły za pacjentem i doceniono szpitala, które ciężko pracują i pomagają rozwiązywać problemy zdrowotne swoich pacjentów. Nie musieliśmy hamować tempa pracy w ostatnim kwartale, co czyniliśmy dyskretnie od kilku lat, żeby nie zadłużyć szpitala.

Po drugie w końcu zatrzasknęliśmy wrota pandemii, co oznacza, że spłaciliśmy wobec naszych pacjentów tzw. dług zdrowotny. Ciężko pracowaliśmy podczas pandemii, do odrobienia mieliśmy 6 proc. ryczałtu, ale nie lubimy(ę) długów, więc dość szybko się z nim uporaliliśmy. Dług ryczałtowy spłaciliśmy już w roku 2021, a w kolejnym udało się odrobić zadłużenie poza ryczałtowe na kwotę około 4 mln złotych. A to oznacza, że nie musimy zwracać do NFZ żadnych pieniędzy. Niestety nie wszystkie szpitale mają tak komfortową sytuację, dlatego chcę żebyście mieli satysfakcję z dobrze wykonanej pracy i bardzo Wam za to dziękuję.

Nie udało się, co prawda zapobiec kilku kryzysom, z którymi się borykaliśmy w 2022 r., ale „najlepszym wyjściem z trudnej sytuacji jest przejście przez nią” i wspólnie to zrobiliśmy. Pamiętajmy, że kryzys potrafi być szansą albo zwiastunem zmian i należy zakładać, że na lepsze. Ale póki co, próbujemy unikać problemów i zapobiegamy kryzysom, przynajmniej tym, na które mamy wpływ.

Podsumowując 2022 r. doszłam do wniosku, że coraz umiejętniej potrafimy ukierunkowywać nasze poszczególne, indywidualne osiągnięcia, talenty i umiejętności na wspólne cele rozwoju naszego szpitala, a to nie oznacza nic innego jak coraz lepiej realizowaną pracę zespołową, czyli wspólną pracę na rzecz wizji i misji naszego szpitala.

W trakcie pisania tego artykułu dostałam e-mail od dr. Marka Gowkielewicza z informacją o przyjęciu pracy naukowej do prestiżowego czasopisma „Cancers” z wysokim Impact Factor. To kolejny przykład dobrej pracy zespołowej, wykonanej we współpracy z patomorfologami z naszego szpitala. W projekcie brali udział także naukowcy z Katedry Fizjologii i Patofizjologii Człowieka i Katedry Ekologii i Ochrony Środowiska Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego oraz Katedry Embriologii i Cytofizjologii Uniwersytetu Wrocławskiego. Brawa dla całego Zespołu! Obszerny artykuł w kolejnym wydaniu Pulsu.

Budujemy wspólnie silną, profesjonalną i niezawodną markę naszego szpitala, rozwijamy pracę zespołową, pomagamy sobie nawzajem i z tym przestaniem zapraszam do realizacji planów i kontraktów z NFZ na 2023 r.



Dyrektor Irena Kierzkowska

Pomogliśmy młodemu lekkoatletom z Olsztyna

Uczestnicy charytatywnej imprezy wylicytowali bony na badania diagnostyczne w Szpitalu Wojewódzkim za kwotę tysiąca złotych.

– W dniu 19 listopada w Hotelu Park w Olsztynie odbył się dobroczynny „Bał lekkoatlety” organizowany przez Stowarzyszenie „Szkola Lekkiej” przy SP nr 2 w Olsztynie – informuje dr Patryk Jancewicz z Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej. – Podczas balu były zbierane środki na doposażenie sali gimnastycznej i bieżni dla klas lekkoatletycznych. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie poparł akcją przekazując na licytację dzięki uprzejmości pani dyrektor Ireny Kierzkowskiej, trzy bony na badanie rezonansem magnetycznym kręgosłupa, realizowane w pracowni MR.

Za inicjatywę radiologów podziękował Paweł Pytlarczyk, prezes zarządu KS Szkoła Lekkiej Olsztyn. – W imieniu Stowarzyszenia „Szkola Lekkiej” pragnę złożyć serdeczne podziękowania za wsparcie naszej inicjatywy dobroczynnej – zaznaczył w piśmie przestanym Irenie Kierzkowskiej, dyrektor WSS w Olsztynie. – Przekazanie na licytację trzech voucherów na badania



Na zdjęciu trenerzy klas lekkoatletycznych w SP2 i stowarzyszeniu „Szkola Lekkiej”: Beata Adamowicz i Paweł Pytlarczyk oraz dr Patryk Jancewicz (z mikrofonem)

rezonansowe w dużym stopniu przyczyniło się do sukcesu naszej aukcji i przyczyni się do rozwoju młodych lekkoatletów ze Szkoły Podstawowej nr 2 w Olsztynie.

Bierzemy udział w prestiżowym międzynarodowym projekcie



Nasz Szpital jest realizatorem projektu Procure4Health – Healthcare Innovation Procurement Network, czyli Sieć Zamówień Publicznych na Innowacje w Opiece Zdrowotnej. Projekt powstał w ramach Programu Horyzont Europa, a Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie znalazł się w elitarnym gronie organizacji reprezentujących całą Europę.



Supporting organisations



To jak grać w finale Ligi Mistrzów

Jest takie powiedzenie – „jesteś tym, co jesz”. Trawestując je – „szpitale są tym, co kupują”. Dlatego uważam, że uczestnictwo w projekcie jest ogromną szansą – mówi Marcin Kautsch, koordynator projektu P4H w Polsce.



Rozmowa z Marcinem Kautschem

Kornelia Kotwicka-Lucewicz: Proszę w kilku zdaniach opisać projekt.

Marcin Kautsch: Projekt Procure4Health (P4H) jest finansowaną przez Komisję Europejską inicjatywą, która ma usystematyzować wiedzę na temat innowacji w zamówieniach publicznych, która ta wiedza została wypracowana w Europie i podzielenie się nią z jak największą liczbą podmiotów w ochronie zdrowia, po to, by zmieniły one sposób, w jaki dokonują zakupów. Czyli tak po ludzku: projekt ma sprawić, by podmioty te nauczyły się, jak inaczej kupować różne produkty i usługi. A miałyby to zrobić po to, by osiągać lepsze efekty. Nie chodzi o stosowanie czy zakup innowacji dla innowacji, tylko próbę zrobienia czegoś inaczej. W projekcie bierze udział sporo organizacji, które przeprowadziły dość dużo podobnych działań. Projekt P4H nie będzie więc próbą stworzenia czegoś teoretycznego, jakiegoś raportu, który po jego napisaniu będzie zbierał kurz na półkach. Ma on pomóc w dokonaniu czegoś, czego niektórzy jeszcze nie robili. Wspomniane wcześniejsze doświadczenia partnerów projektu pozwolą na to, żeby ci, którzy tego jeszcze nie próbowali robić zakupów w inny sposób – mogli podjąć ww. próbę w bezpiecznych warunkach.

A co to znaczy „kupować inaczej”?

- Myślę, że dobrym przykładem tego, o czym mówimy jest projekt EcoQUIP, który ZOZ Sucha Beskidzka realizował kilka lat temu. W jego

ramach dokonał zakupu w inny sposób. Zadeklarował, że chce rozwiązania, które pozwolą na poprawę komfortu termicznego pacjentów i personelu. Nie wskazywał, że chce kupić lepszą klimatyzację, co pewnie w pierwszej chwili każdemu przychodzi do głowy. ZOZ przeprowadził procedurę (tzw. dialog techniczny), która miała wskazać na różne możliwości osiągnięcia tego, by w szpitalu w okresie letnim nie było aż tak bardzo gorąco. W trakcie tego dialogu pojawiły się różne pomysły, jak można sprawić, by było nieco chłodniej. Szpital wybrał rozwiązanie bardzo niestandardowe – a mianowicie markizy zaciéniające w lecie sale chorych. Markizy te zostały zainstalowane na całej długości i szerokości południowej fasady szpitala. Ale to nie wszystko, bo markizy te zrobione są z ogniw fotowoltaicznych. Dzięki takiej instalacji szpital nie tylko sprawił, że w lecie w salach stało się odczuwalnie chłodniej, ale też obecnie ok. 5% energii elektrycznej szpital uzyskuje ze słońca.



Dwa polskie szpitale uczestniczą w projekcie Procure4Health, jakie ma to dla nas znaczenie i jak odnajdujemy się w tym przedsięwzięciu?

– Na to pytanie musicie sobie Państwo sami odpowiedzieć. Czy będziecie chcieli skorzystać, by coś zmienić? Czy odczuwacie potrzebę zmian? Zmiany nigdy nie są łatwe, ale są niezbędne. W ramach projektu, który wspólnie realizujemy, a o którym teraz rozmawiamy, można spróbować swoich sił w tym „nowym kupowaniu” minimalizując ryzyko. Będę trzymał za Was kciuki i pomagał, jeżeli będziecie sobie tego życzyć.

Czy realizacja międzynarodowego projektu to szansa dla naszych szpitali?

– Obszar, którego dotyczy projekt jest dość niszowy. Myślę więc, że dla większości Czytelników może się wydać mało ciekawy. Jest takie powiedzenie – „jesteś tym, co jesz”. Trawestując je – „szpitale są tym, co kupują”. Dlatego uważam, że uczestnictwo w projekcie jest ogromną szansą. Muszę przyznać, że kiedy zwrócono się do mnie z pytaniem, czy nie chcielibyśmy wziąć udziału w tym projekcie, to miałem poczucie, że ktoś zaprasza mnie do gry w finale Ligi Mistrzów. Organizacje, które współtworzą projekt są bardzo doświadczone w omawianym obszarze, pokonaliśmy sporą liczbę konkurentów, Komisja Europejska finansuje tylko jeden projekt w ramach konkursu, jaki ogłosiła. Innowacyjne zamówienia publiczne i zakup innowacji w ramach zamówień publicznych mają już dość długą, ponad

Czy i jak zmieniają się innowacyjne zamówienia publiczne po zakończeniu projektu?

– To znowu jest pytanie do Państwa. Czy będziecie chcieli, żeby się zmieniły? Zakupów innowacji nie dokonuje się codziennie. Wymagają one bowiem większych nakładów pracy. Ale efekty mogą to wynagrodzić. Wróć do wcześniejszego przykładu markiz fotowoltaicznych. Gdyby szpital zastosował standardową procedurę, to pewnie musiałby zainstalować bardzo drogą i niezbyt zdrową klimatyzację. I musiał dopłacać do niej co roku sporą kwotę, której nie ma i nikt mu jej nie da. Teraz ma zyski związane z tym, że parę lat temu zainwestował więcej czasu w sensowny zakup.

Upraszczając całą sprawę, można stwierdzić, że na pewno nie warto kupować wszystkiego stosując nowe podejście. Ale przy większych zakupach, albo takich, które dotyczą regularnie kupowanych produktów/usług (jednorazowo niewielki zakup, ale powtarzalny, więc w sumie kosztujący sporo), warto od czasu do czasu wyjść poza schemat: „najniższa cena”.

Przygotowuje Pan konferencję w maju 2023 r. Czego osoby, które decydują o kierunkach rozwoju ochrony zdrowia w Polsce mogą się na niej nauczyć?

– Konferencja będzie poświęcona zagadnieniom innowacji w ochronie zdrowia. A wydarzenie jest przygotowywane przez liczne grono bardzo różnych podmiotów – jednym z głównych organizatorów jest projekt P4H, ale też i Stowarzyszenie Niemedycznej Kadr Ochrony Zdrowia, Nordic Center for Sustainable Healthcare ze Szwecji, czy portal Medycyna Praktyczna. Będziemy chcieli pokazać rozmaite rozwiązania, których w Polsce jeszcze nie ma albo dopiero raczkują. Myślę więc, że warto będzie posłuchać gości z całej Europy.

Wspomniane rozwiązania będą dotyczyć właśnie innowacji, ich zakupu, efektywności energetycznej – co wydaje się obecnie szczególnie ważne w dobie wyzwań związanych z dostępem do energii, bezpieczeństwa energetycznego, uniezależniania się od niepewnych źródeł dostarczających energię. Pokażemy bardzo praktyczne sposoby radzenia sobie z wyzwaniami. Jak wspomniałem, projekt P4H będzie ważnym uczestnikiem konferencji, co pozwoli na zapoznanie się z rozwiązaniami dotyczącymi tego, jak kupować w sposób bezpieczny i inny niż „standardowy”. Biorąc to wszystko pod uwagę, mam więc nadzieję, że uczestnicy będą mieli kontakt z czymś, z czym nie mają okazji się spotkać na co dzień.

dziesięcioletnią historię. A Komisja Europejska przez te wszystkie lata mocno promuje ww. idee upatrując w nich szansy na szybszy rozwój Europy. Bowiem odejście od takiego, nazwijmy to, „sztamowego kupowania”, tzn. kierowania się w zasadzie tylko ceną, pozwala na pozyskanie innych, nowych, przetomowych rozwiązań, wyjście poza schematyczne myślenie, co i jak kupujemy. Fotowoltaika z Suchej Beskidzkiej jest tego świetnym przykładem

Warto więc spróbować kupować inaczej, by móc się rozwijać, zwiększać efektywność, itp.

Rozmawiała
Kornelia Kotwicka-Łuciewicz

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie w elitarnym gronie instytucji z całej Europy:

Koordynator: SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (SAS), Sevilla, Hiszpania,

- ZENIT ZENTRUM FUR INNOVATION UND TECHNIK IN NORDRHEIN-WESTFALEN GMBH, Niemcy,
- RESEAU DES ACHETEURS HOSPITALIERS IDF (GIP RESAH), Francja,
- SYKEHUSINNKJOP HF (SHI), Norwegia,
- CORVERS PROCUREMENT SERVICES BV Holandia,
- TICBIOMED TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION PARA LA SALUD EN LA REGION DE MURCIA ASOCIACION (TICBIOMED), Hiszpania,
- HEALTH CARE WITHOUT HARM EUROPE Belgia,
- INNOVATION SKANE AB (ISAB), Szwecja,
- EMPIRICA GESELLSCHAFT FUR KOMMUNIKATIO UND TECHNOLOGIEFORSCHUNG MBH Niemcy,
- SCIENCE & INNOVATION LINK OFFICE SL, Madryt, Hiszpania,
- ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SUCHEJ BESKIDZKIEJ Polska,
- Turkiye Cumhuriyeti Saglik Bakanligi Turcja,
- SERVIZO GALEGO DE SAUDE (SERGAS), Hiszpania,
- SPMS – SERVICOS PARTILHADOS DO MINISTERIO DA SAUDE EPE Portugalia,
- WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE Polska,
- AZIENDA REGIONALE PER L'INNOVAZIONE GLI ACQUISTI S.P.A. Włochy,
- SERVICIO ARAGONES DE SALUD Hiszpania,
- SIHTASUTUS POHJA-EESTI REGIONAALHAIGLA Estonia,
- 5 YGIONOMIKI PERIFERIA THESSALIAS & STEREAS ELLADAS Grecja,
- REGION VASTERBOTTEN Szwecja,
- ATRYS PORTUGAL CENTRO MEDICO AVANÇADO SA Portugalia,
- REGION HOVEDSTADEN Dania,
- MERCURHOSP Belgia.



Program Ramowy Unii Europejskiej Horyzont Europa jest największym w historii Unii programem w zakresie badań naukowych i innowacji, a Szpital ma zaszczyt być jednym z realizatorów projektu, który został stworzony właśnie w ramach tego programu. 1 czerwca 2022 r. dyrektor Irena Kierzkowska podpisała Umowę Konsorcjum i tym samym dołączyliśmy do niewielkiego grona instytucji, które chcą przedstawić trudny temat zamówień publicznych w sposób nieszablony i innowacyjny.

Celem inicjatywy Procure4Health jest utworzenie i prowadzenie sieci europejskich zamawiających z sektora służby zdrowia i opieki społecznej, odpowiedzialnych za wdrażanie innowacji. Projekt przyczyni się do:

- stworzenia aktywnej społeczności praktyków, dzięki której zamawiający z sektora opieki zdrowotnej mogą tworzyć sieci, uzyskiwać dostęp do wiedzy i informacji oraz współpracować w celu najlepszego wykorzystania swojej zbiorowej siły nabywczej;
- powstania międzynarodowej platformy zakupowej;
- promowania wymiany wiedzy pomiędzy zamawiającymi posiadającymi doświadczenie i stronami zainteresowanymi wdrażaniem innowacyjnych rozwiązań w opiece zdrowotnej i społecznej.

Projekt będzie realizowany przez 3 lata.

Udział Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie w międzynarodowej inicjatywie to ogromny prestiż. Spotkania organizowane są w różnych miejscach Europy. Ostatnie miało miejsce w październiku 2022 r. w Maladze w Hiszpanii. Zespół projektowy tworzą: Jacek Kozicki, Stanisława Maślowska, Alicja Biernacka i Kornelia Kotwicka-Łuciewicz.

Ten projekt to możliwość spoglądania ponad horyzont. Beyond the horizon.

Więcej informacji na stronie www.procure4health.eu

#Meettheprocureers

The **Voivodeship Specialist Hospital in Olsztyn** is a leading medical center in the Warmia and Mazury region, providing services for over 51 years.

About 23000 hospital treatments per year with additional 21000 patients provided with medical assistance in Emergency Department.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie



Kornelia Kotwicka-Łuciewicz
Expert on leading resources



Stanisława Maślowska
Procurement Manager



Jacek Kozicki
IT Manager



Alicja Biernacka
Sales Manager



The European community of Health & Social care innovation procurers.
Join us!

www.procure4health.eu





Piętne wzruszeń pożegnanie dr Emilii Paszkowskiej

Koleżanki i koledzy z Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej złożyli odchodzącej na emeryturę po ponad 30 latach pracy lekarce najserdeczniejsze życzenia. Statuetkę i list gratulacyjny wręczyła dyrektor Irena Kierzkowska.

Uroczystość odbyła się 10 stycznia 2023 r. w sali konferencyjnej nr 3, gdzie zgromadzili się zarówno obecni, jak i już byli pracownicy radiologii. Każdy z nich złożył życzenia, dziękując za wspólną pracę. Nie zabrakło kwiatów, upominków oraz też wzruszenia. Do życzeń dołączyła się dyrektor Irena Kierzkowska – Trudno się żegnać po tylu latach wspólnej pracy – mówiła. – Życzę pani spełnienia marzeń.

Poniżej wspomnienia Emilii Paszkowskiej oraz Anny Szalcunas-Olsztyn.

TRZYDZIEŚCI LAT minęło ... jak jeden dzień ...

To ja, Emilia Paszkowska, piszę do Państwa ten krótki pożegnalny tekst z nadzieją, że pamiętając o przeszłości wpływamy na lepszą przyszłość.

Po ponad 30 latach pracy w naszym Szpitalu podjęłam decyzję o przejściu na emeryturę i chciałabym w ten sposób podziękować wszystkim Państwu za wspólne lata pracy, wsparcie i życzliwość.

Jestem absolwentką I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie z lat 1982-1988 r.

Pierwszą pracę podjęłam w Klinice Gastroenterologii CMKP w Warszawie u p. prof. Butruka.

Mimo dobrze zapowiadającej się kariery internistyczno-gastrologicznej cały czas ciągnęło mnie do naszych jezior i lasów ... i tak w XI 1991 r. trafiłam do naszego Szpitala, jako wolontariusz w Zakładzie Radiologii ... no i „wpadłam jak śliwka w kompot” na te 30 lat!

Charyzma, fachowość i życzliwość ówczesnej Kierownik Zakładu p. dr Elżbiety Stefanowicz a także bardzo sympatyczne przyjęcie przez zespół lekarski spowodowały, że od 1 maja 1992 r. podjęłam pracę, jako młodszy asystent w tym Zakładzie.

Mój radiologiczny rozwój zawodowy to czasy dynamicznego rozwoju współczesnej radiologii w Polsce – miałam to szczęście, że w Szpitalu właśnie zaczął działać pierwszy w terenie północno-wschodniej Polski aparat tomografii komputerowej. Wspominam, z jakim przejęciem robiliśmy badania – całkowicie novum w procesie diagnostycznym. Trzeba było szkolić się indywidualnie, na kursach krajowych i zagranicznych, zdobywać trudno dostępną

literaturę fachową polsko- i obcojęzyczną... a teraz wystarczy komputer i już się ma ogólnodostępne materiały szkoleniowe, fora i aplikacje – tylko się uczyć!

W 1994 r. uzyskałam I st. specjalizacji z radiodiagnostyki, a w 1997 r. zdałam z wyróżnieniem egzamin specjalistyczny II st., w obu przypadkach kierownikiem mojej specjalizacji była p. dr E. Stefanowicz.





Po zdobyciu tytułu specjalisty włączyłam się również w cykl szkoleń młodych lekarzy – staże specjalizacyjne pod moim kierunkiem odbywali obecnie bardzo cenieni i fachowi radiolodzy, w tym dr A. Szalczunas, K. Stankiewicz, H. Rogowska-Droś, T. Widawski i M. Rzczkowska – jest to moja duża satysfakcja zawodowa.

Dalszy postęp techniki w zakresie diagnostyki obrazowej oraz wyposażenie Szpitala na nowe aparaty rezonansu magnetycznego, mamografię, ucyfrowienie naczyńiówki i aparatów rtg wymuszały wręcz samokształcenie i zdobywanie nowych umiejętności – nie było czasu na nudę i stagnację. Pani dr E. Stefanowicz zachęcała nas do intensywnych szkoleń, a dzięki jej osobistym kontaktom szkoliliśmy się w najlepszych ośrodkach w Polsce i uznanych w Europie.

No, ale nie samą pracą człowiek żyje... Wolny czas trzeba było intensywnie wykorzystać, aby „przewietrzyć” głowę i być aktywnym – to był wręcz wymóg dr Stefanowicz – przed podjęciem pracy nowy kandydat był przepytwany ze swoich zainteresowań – najwyżej była punktowana jazda na nartach – pasja naszej Szeffowej.

Praca była bardzo intensywna – dyżury, szkolenia, działalność w oddziale warminsko-mazurskim Polskiego Lekarskiego Towarzystwa

Radiologicznego – na prawdziwe hobby nie miałam czasu... I stąd się wzięły podróże... Po prostu wsiadasz do samolotu i po kilku godzinach jesteś już w innej rzeczywistości! Wcześniej jak każdy miałam „zaliczone” wakacyjne kierunki wyjazdów, ale chciałam więcej egzotyki i moją pierwszą daleką podróżą była Wenezuela – cudowna przyroda, niesamowita historia i bardzo dynamicznie rozwijające się wówczas społeczeństwo. Po powrocie miałam tyle wrażeń i po „korytarzowym” spotkaniu z p. Barbarą Szymczuk, która redagowała „Puls Szpitala”, padł pomysł pisania reportaży z moich podróży, których przybywało.

Z rozmów z pracownikami Szpitala dowiedziałam się, że z zainteresowaniem czytaliście te amatorskie opowieści, a ja z przyjemnością je Państwu przekazywałam. Aby sprostać trudom podróży odbywałam treningi personalne w olsztyńskich klubach sportowych Kinetic, Kayak i SwimLand – nie było łatwo!

Ale praca była priorytetowa, a miałam nowe obowiązki wynikające z pełnionej w latach 2002-2015 funkcji zastępcy kierownika – mam nadzieję, że im sprostałam.

W ciągu tych 30 lat pracy zmieniło się bardzo wiele w naszym Zakładzie, ale koleżeństwo, życzliwość i wzajemne wsparcie pozostały niezmienne.

Pan dr Grzegorz Wasilewski, który w 2013 r. objął funkcję Kierownika Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej kontynuuje rozpoczęte przez p. dr Stefanowicz oraz przy życzliwej pomocy naszej Dyrekcji pionierskie działania w zakresie radiologii interwencyjnej z utworzeniem pełnoprofilowego, współczesnego i dynamicznie rozwijającego się ośrodka diagnostycznego.

Za sprawą aktywnych działań p. dr E. Stefanowicz i obecnie p. dr G. Wasilewskiego o rozwój naszego Zakładu, który „promieniuje” na całe województwo, wspierając i szkoląc lokalne ośrodki radiologiczne, a także skupiając i jednocząc je nie tylko na gruncie zawodowym, ale i towarzyskim. Z dużą przyjemnością obserwuję również rozwój i zaangażowanie kolejnej, licznej grupy lekarzy rezydentów w naszym Zakładzie – już wkrótce będą wybitnymi fachowcami.

Raz jeszcze dziękuję moim Koleżankom i Kolegom, całemu Personelowi Zakładu RTG oraz Dyrekcji i wszystkim Pracownikom Szpitala za wspólne lata pracy, serdeczną kompanię, wspólne zmagania i chwile, które są już dla mnie miłymi wspomnieniami.

Życzę Państwu pracy, która daje zadowolenie, satysfakcję, koleżeństwo i przyjaźń – czyli to, co i ja miałam okazję przy Was otrzymać!

lek. Emilia Paszkowska



Dziękujemy Ci Milu za te wspólne lata

I jak tu pisać o drodzej zawodowej dr Emilii Paszkowskiej, skoro sama wszystko podsumowała, jak zwykle z językowym polotem, poczuciem humoru i dystansem do siebie? Dzięki Mila...

Zacznę chyba bez żadnego trybu i zobaczymy, co z tego wyjdzie.

Doktor Mila Paszkowska przepracowała w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej naszego szpitala 30 lat, przez wszystkie lata z zaangażowaniem służyła pacjentom i kolegom innych specjalności wiedzą radiologiczną, miała swój zdecydowany udział w rozwoju zakładu, a właściwie w rozwoju radiologii na terenie Warmii i Mazur. Niezwykle kompetentna, zdecydowana, stanowcza, z zasobem

ogromnej wiedzy, zarówno z zakresu radiologii klasycznej, jak i tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego. W ostatnich latach pracy zawodowej stała się jednym z ponadregionalnych autorytetów w diagnostyce układu kostno-szkieletowego. Wiedzę zdobywała z pasją, korzystając ze szkoleń w Polsce i ośrodkach europejskich. A tę, chętnie przekazywała młodszym kolegom, których to niezmiennie, przez przychodzące kolejne pokolenia szkolącej się młodzieży nazywała żartobliwie Planktonem. W nauczaniu nie stosowała taryfy ulgowej, dotyczyło to wiedzy strictly radiologicznej, jak i stylu opisów, no i „spacja kropka spacja, żeby treść ci się nie zlewała”. Niejeden szkolący się osobnik/osobniczka nerwowo zmieniał treść opisu, żeby zgadzało się wszystko, treść i forma. Ale pewnie dlatego, że nie było tatwo, każda pochwała z ust dr Paszkowskiej znaczyła bardzo dużo, a ogłoszone przejście z etapu planktonu do etapu rozwielitki – czytając: no, coś już wiesz – było przepustką do radiologicznej samodzielności.

Jeśli mowa o opisach radiologicznych, nie wiadzą państwo tego, o czym wiemy my, koledzy dr Paszkowskiej, że piętą achillesową Mili była ortografia (Milu, jak Ty zdałaś maturę?). Do historii przeszła haustra, napisana z dwoma błędami (kto zgadnie?) i kilka innych słynnych „ortografów”. Na szczęście życzliwi koledzy zawsze byli blisko.

Oprócz podróży, z których barwne i pouczające relacje mogliśmy czytać w Pulsie Szpitala, Mila pasjonowała się literaturą, polityką, no i piłką nożną i to z zacięciem hazardowym. Przy okazji mistrzostw świata czy Europy w piłce nożnej była główną organizatorką zakładów, tabela wyników wisiła na tablicy oddziałowej w gabinecie lekarskim, skrętnie przez Nią uzupełniana.

Na sto procent feministka, znająca swoją wartość, samostanowiąca o sobie, podejmująca ryzyko trudnych decyzji. Zaangażowana lekarzka, ale i bizneswoman, pewna swojego zdania,



niełatwy przeciwnik w sytuacjach konfliktowych czy spornych. Tak jest, gdy ma się charakter.

Dziękujemy Ci Milu za te wspólne lata, ubarwiałaś zdecydowanie naszą rzeczywistość. Wiemy, że nie rezygnujesz jeszcze z pracy radiologicznej, z pożytkiem dla pacjentów i naprawdę chcielibyśmy odchodzić na emeryturę jak Ty, szczęśliwi i dumni ze swoich osiągnięć. Zapamiętamy Twoją wiedzę, profesjonalizm, zacięcie dydaktyczne, Twój styl i drobiazgi, jak własny nietykalny kubek i zawsze śnieżnobiałe skarpetki:-)

Życzymy Ci powodzenia, wiele radości, dużo wolnego czasu, chwil na relaks przy filiżance kawy i dobrej książce, dobrego zdrowia, żebyś mogła korzystać z tego, że świat jest wciąż piękny.

Wpraszamy się do Twojej piwniczki, zawsze otwartej dla gości!

Anna Szalcunas-Olsztyn



Praca zespołowa niesie nowe możliwości, czyli badanie dysfagii neurogennej z wykorzystaniem laryngoskopu

W listopadzie 2022 r. roku we współpracy z lekarzami Oddziału Laryngologii przeprowadzono u pacjenta po udarze mózgu hospitalizowanego w Oddziale Rehabilitacji pierwsze badanie FEES w naszym szpitalu. Miało ono odpowiedzieć na pytanie, czy pacjent z dysfagią i mutyzmem spowodowanym przez apraksję mowy, może w sposób bezpieczny przyjmować posiłki drogą doustną.

Zaburzenia połykania są częstym i potencjalnie groźnym objawem wielu schorzeń, przede wszystkim chorób układu nerwowego. Nie jest to problem rzadki, bowiem częstość występowania dysfagii w populacji ogólnej szacuje się na 7%. Odsetek ten rośnie wraz z wiekiem i po 65 roku sięga ok. 50%. Podobny wskaźnik występowania zaburzeń połykania obserwuje się u pacjentów z chorobami neurologicznymi, które tym samym stanowią główną przyczynę dysfagii. W etiologii dysfagii neurogennej wiodące miejsce zajmują: udar mózgu, choroby neurodegeneracyjne (zespoły parkinsonowskie, choroba neuronu ruchowego), urazy głowy, nowotwory mózgu. Wśród wymienionych schorzeń zaburzenia połykania najczęściej obserwowane są właśnie w przebiegu udaru mózgu. Statystyki pokazują, że w ostrym okresie udaru dysfagia dotyka 50-80% chorych, a u 20% z nich prowadzi do powikłań aspiracyjnych. U większości pacjentów po udarze zaburzenia połykania wycofują się w pierwszych dwóch tygodniach od zachorowania. Jednak u 8% chorych tej grupy objawy dysfagii utrzymują się przez 6 miesięcy lub dłużej, co w przełożeniu na wartości liczbowe odpowiada około 6 tysiącami zachorowań rocznie.

Poza poważną skalą problemu, zaburzenia połykania mają istotne znaczenie także ze względu na swoje dramatyczne konsekwencje, takie jak odwodnienie, niedożywienie, zachtłostowe zapalenie płuc. Prowadzą one do wyniszczenia i pogorszenia stanu klinicznego chorego, co wiąże się z przedłużeniem hospitalizacji, koniecznością wykonywania dodatkowych procedur, eskalacją kosztów leczenia, a także niepomyślnym rokowaniem – zwiększeniem śmiertelności czy koniecznością opieki instytucjonalnej.

Tych poważnych konsekwencji klinicznych można uniknąć pod warunkiem wczesnego rozpoznania dysfagii i podjęcia w odpowiednim czasie właściwych działań terapeutycznych. Kluczową zasadą jest wykonywanie testów przesiewowych u chorych predysponowanych do zaburzeń połykania. Jednak aktualnie

zalecane testy dysfagii (test połykania wody, test Daniels, GUSS) umożliwiają wykrycie jedynie pośrednich objawów aspiracji, takich jak kaszel oraz zmiana jakości głosu i tym samym mają ograniczoną czułość. Część przypadków aspiracji pokarmu lub śliny do dróg oddechowych pozostaje niewykryta. Szacuje się, że około połowa wszystkich aspiracji przebiega w sposób bezobjawowy (tzw. aspiracje nieme). W tej sytuacji niezwykle pomocne są obiektywne badania instrumentalne takie, jak FEES – endoskopowa ocena zaburzeń połykania przy użyciu nasofiberoskopu (fiberoptic endoscopic examination of swallowing) lub VFSS – badanie wideofluoroskopowe (video fluoroscopic swallow study). Stosowanie wymienionych metod jest szeroko rekomendowane, m.in. przez interdyscyplinarny zespół grupy ekspertów, który w 2017 r. stworzył zasady leczenia żywieniowego w neurologii.

FEES wykonuje się przy pomocy giętkiego fiberoskopu podłączonego do toru wizyjnego. Procedura badania składa się z części diagnostycznej, w której oceniane są struktury nosa, gardła oraz krtani, a następnie przeprowadza się próby funkcjonalne połykania bez pokarmu i z pokarmami o różnych konsystencjach. Dzięki temu możliwe jest rozpoznanie mechanizmu zaburzeń połykania oraz zdiagnozowanie tzw. „cichej aspiracji”. Ujawnienie trudności podczas



Badanie wykonuje dr n. med. Tomasz Bujnowski, ordynator Oddziału Otolaryngologicznego i Onkologii Laryngologicznej

REKOMENDACJE:

- U chorych z dysfagią o nagłym początku, na przykład w ostrym udarze, badanie przesiewowe połykania powinno być wykonane tak szybko po przyjęciu, jak to możliwe, przed podaniem czegokolwiek doustnie.
- Chorzy z dodatnim (wskazującym na aspirację) wynikiem testu przesiewowego oraz ci, u których występują kliniczne predyktory niemych aspiracji (nasilony niedowład nerwu twarzowego, nasilona dyzartria, nasilony deficyt neurologiczny z ciężką niesprawnością), powinni być objęci zaleceniem NIC DOUSTNIE.
- W miarę możliwości kadrowych i sprzętowych zaleca się poddanie pacjentów szczegółowemu badaniu funkcji połykania przez logopedę i, jeśli to możliwe, badaniu połykania metodą instrumentalną – za pomocą wideofluoroskopii lub wideoendoskopowego badania połykania.

połykania umożliwiają ustalenie bezpiecznych dla chorego sposobów karmienia oraz sformułowanie indywidualnych zaleceń dotyczących terapii.

W listopadzie 2022 r. roku we współpracy z lekarzami Oddziału Laryngologii przeprowadzono pierwsze tego typu badanie w naszym szpitalu. Wykonano je u pacjenta po udarze mózgu hospitalizowanego w Oddziale Rehabilitacji. Miało ono odpowiedzieć na pytanie, czy pacjent z dysfagią i mutyzmem spowodowanym przez apraxję mowy, może w sposób bezpieczny przyjmować posiłki drogą doustną. Badanie nasofiberoskopem przeprowadzał dr Tomasz Bujnowski, asystowała mu neurologopedą mgr Marzena Woźniak. Testowano cztery substancje: płyn, lekko zagęszczony płyn (konsystencja gęstego syropu), mocno zagęszczony płyn (konsystencja papki) oraz chleb. Podawana woda w postaci płynnej i zagęszczonej była dodatkowo zabarwiona niebieskim barwnikiem spożywczym, aby łatwiej było śledzić jej drogę po połknięciu. Nie stwierdzono zaciekania

zagęszczonych płynów do dróg oddechowych, ale pokarm stały zatrzymywał się na poziomie nagłośni i wystąpiły problemy z jego połknięciem. Konsyliarnie zdecydowano o kontynuacji odżywiania doustnego z ograniczeniem pokarmów w postaci stałej oraz zagęszczaniem płynów.

W podsumowaniu należy dodać, że badanie FEES rekomendowane jako „złoty środek” w diagnostyce dysfagii ma szereg zalet. Jest bezpieczne dla pacjenta, nie wymaga podawania środka kontrastowego, nie naraża pacjenta i personelu na promieniowanie rtg, jest możliwe do wykonania nawet przy tężku chorego. Poza tym badanie nie jest skomplikowane, ani czasochłonne, za to niedrogie. Dzięki tej metodzie możemy uzyskać niezwykle znaczące dane w diagnostyce zaburzeń połykania oraz profilaktyce zachyłkowego zapalenia płuc i wielokrotnie oceniać efekty terapii dysfagii. A jak już w wielu dziedzinach udowodniono, tak i tu sprawdza się zasada, że zapobieganie jest

korzystniejsze dla pacjenta i tańsze dla systemu opieki zdrowotnej niż leczenie.

Obecnie ze względów technicznych istnieją pewne ograniczenia w stosowaniu badania FEES u większej liczby pacjentów naszego szpitala, ale liczymy, że uda się rozwiązać również i ten problem.

**neurologopedą mgr Marzena Woźniak
dr n. med. Agnieszka Strepikowska
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej**

Piśmiennictwo:

- Instrumentalne badanie FEES w ocenie zaburzeń połykania u chorych z naczyniopochodnym uszkodzeniem OUN – wady i zalety, Piotr Misioł, Edyta Zomkowska, Natalia Jarmotowicz-Niołkowska, Maria Hortis-Dzierżbicka,
- Leczenie żywieniowe w neurologii – stanowisko interdyscyplinarnej grupy ekspertów Część I. Zasady ustalania wskazań do leczenia żywieniowego Stanisław Ktęć i wsp., Viamedica 2018 – www.polykanie.pl

Spotkanie fizjoterapeutów z regionu

W dniu 2 grudnia 2022 r. w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie odbyło się spotkanie fizjoterapeutów z województwa warmińsko-mazurskiego z dr. Tomaszem Dybkim, Prezesem Krajowej Rady Fizjoterapeutów.

Była to kolejna konferencja pod nazwą „Twój samorząd dla Ciebie”.

Zgromadzonych gości przywitała Agnieszka Krawętkowska, Koordynator Wojewódzkiej KRF dla województwa warmińsko-mazurskiego, a dr Tomasz Dybek przedstawił sprawozdanie z pierwszych 100 dni aktywności Prezydium KRF II kadencji, bieżące i planowane działania Krajowej Izby Fizjoterapeutów oraz kierunki rozwoju naszego samorządu.

Nie zabrakło czasu na wymianę doświadczeń i dyskusję. Poruszono tematykę szkoleń, promocji zawodu, specjalizacji, pomocy prawnej.

W spotkaniu wzięli również udział:

- **Marzena Zielińska** i **Agnieszka Domurad** członkowie Krajowej Rady Fizjoterapeutów z woj. warmińsko-mazurskiego,
- **Grzegorz Okoniewski**, doradca Prezesa KRF ds. Rozwoju Regionalnego,
- **Weronika Krzepakowska**, starszy specjalista ds. Współpracy Międzynarodowej KIF.

Zaprezentowano także nowy projekt szkoleniowy Izby – „FIZJA”. Dzięki niemu 20 tysięcy fizjoterapeutów posiadających PWZfz będzie mogło poszerzać wiedzę i odkrywać nowe kierunki rozwoju zawodowego. Temat ten cieszył się bardzo dużym zainteresowaniem.

Marzena Zielińska

Kierownik Zespołu Fizjoterapeutów
Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej



Zakład Patomorfologii z certyfikatem Ministra Zdrowia



Od lewej: wizytatorzy Paweł Domagała i Andrzej Marszałek, zastępca kierownika Zakładu Patomorfologii Anna Rozicka i Błażej Szóstak, kierownik Zakładu

Minister Zdrowia 24 listopada 2022 wystawił certyfikat akredytacyjny dla Zakładu Patomorfologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

W dniach 29 i 30 sierpnia 2022 roku odbyła się wizyta akredytacyjna w ramach projektu Ministerstwa Zdrowia „Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi”.

Wizytatorzy: prof. dr hab. Andrzej Marszałek oraz dr hab. n. med. Paweł Domagała przez dwa dni sprawdzali funkcjonowanie procedur Zakładu, poddając ocenie 75 standardów w 8 kategoriach. Ocenie poddano zakresy specyficzne dla jednostek diagnostyki patomorfologicznej, jak opracowanie i wdrożenie procedur Zakładu, dysponowanie sprzętem wykorzystywanym do przeprowadzania badań, funkcjonowanie prosektorium i pracowni biologii molekularnej, jak również zakresy z kategorii znanych z akredytacji szpitali – kompetencje i szkolenia personelu, zarządzanie jednostką, czy zapobieganie zakażeniom.

W ramach przeglądu akredytacyjnego zespół wizytacyjny rozmawiał również z przedstawicielami Sekcji BHP, Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych i Działu Służby Pracowniczej. W Zakładzie Patomorfologii nie wyrażono z oceny żadnego ze standardów, co świadczy o kompleksowości i szerokim zakresie diagnostyki wykonywanej w Zakładzie.

Wizyta akredytacyjna przebiegła bez zakłóceń w asyście pracowników Działu Informatyki, którzy przygotowali i udostępnili komputery w sali konferencyjnej, zapewniając wizytatorom bieżący dostęp do wymaganych danych. O dobre samopoczucie w trakcie wizyty zadbał Dział Żywności, przygotowując smaczne i pożywne posiłki dla zespołu wizytującego.

Przegląd zakończył się spotkaniem z Dyrekcją Szpitala, na którym wizytatorzy przedstawili wstępne wnioski i zalecenia. Oczekiwanie na końcową

ocenę i opracowanie protokołu trwało kolejny tydzień. Po wymaganym przepisami czasie na ewentualne odwołania Minister Zdrowia 24 listopada 2022 r. wystawił certyfikat akredytacyjny dla Zakładu Patomorfologii WSS w Olsztynie.

Poziom spełnienia standardów wyniósł 79%. Wysoko oceniono standardy z kategorii rozpoznanie patomorfologiczne, faza diagnostyki patomorfologicznej, badanie sekcyjne, badanie śródoperacyjne, biologia molekularna.

Zakład otrzymał zalecenia dotyczące wprowadzenia elektronicznej dokumentacji badań, dostosowania wykorzystywanego systemu informatycznego, poprawy warunków archiwizacji i wykonania remontu pomieszczeń. Część zaleceń została już wprowadzona w życie – Dyrekcja Szpitala wyłoniła w drodze przetargu wykonawcę projektu remontu i rozbudowy Zakładu. Projekt, nadzorowany przez Sekcję Inwestycji, w chwili pisania tego tekstu jest na etapie uzgodnień w odpowiednich instytucjach.

Zakład Patomorfologii WSS jest obecnie jedyną w województwie warmińsko-mazurskim i jedną z 19 jednostek diagnostyki patomorfologicznej w Polsce legitymujących się akredytacją Ministra Zdrowia. Akredytacja została przyznana na 3 lata.

Szczególne podziękowania za pomoc w przygotowaniu Zakładu do akredytacji należą się pani dyrektor Hannie Taraszkiewicz i pani mgr Mirelli Łapie z Sekcji Do Spraw Jakości, pani dr Marzenie Kuliś oraz paniom mgr Katarzynie Grabowskiej i mgr Ewie Pietrusińskiej z Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych, panu Januszowi Szewczykowi i pani mgr Agnieszce Dabulis z Sekcji BHP, panu Markowi Zawiszy z Działu Eksploatacyjno-Technicznego oraz pani mgr inż. Karinie Rzymowskiej z Działu Gospodarczego.

lek. Błażej Szóstak,
kierownik Działu Patomorfologii

Nowatorska operacja chirurgów onkologicznych



dr n. med. Robert Wojstaw (w środku) podczas operacji laparoskopowej

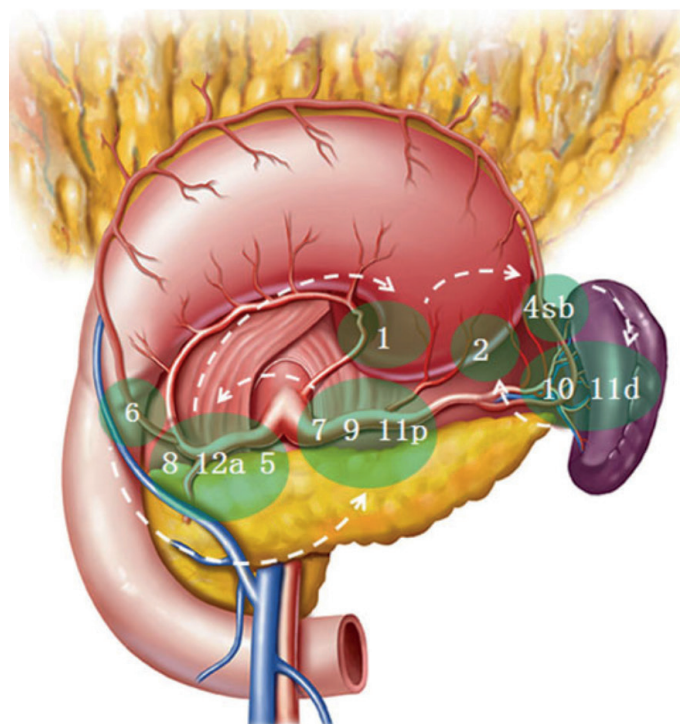
W Oddziale Chirurgii Onkologicznej w styczniu 2023 roku rozpoczęto wykonywanie operacji usunięcia żołądka z dostępu laparoskopowego w przypadku raka tego narządu.

Operacje laparoskopowe takich narządów, jak pęcherzyk żółciowy, czy wyrostek robaczkowy wykonywane są w Polsce od wielu lat w wielu placówkach, jednak w przypadku żołądka, ze względu na swoją złożoność, procedura wykonywana jest tylko w niektórych szpitalach.

Podczas wykonywania operacji zamiast rozległego cięcia powłok brzucha pacjentowi wykonano 5 cięć o długości 5 i 12 mm. Wizualizacja narządów wewnętrznych kamerą z powiększeniem umożliwiła radykalne usunięcie całego żołądka objętego nowotworem wraz z grupami węzłów chłonnych, do których choroba mogła powodować przerzuty.

Rekonstrukcja przewodu pokarmowego polegająca na zespoleniu przetyku ze specjalnie wyizolowaną pętlą jelita czczego oraz dodatkowo zespolenie międzyjelitowe zostały wykonane za pomocą specjalnych endostaplerów (zszywaczy). Usunięte tkanki zostały ewakuowane na zewnątrz przez poszerzenie jednej z uprzednio wykonanych ran do ok. 4 cm. Zabieg trwał ok. godziny dłużej niż operacja klasyczna, ale pooperacyjne dolegliwości bólowe pacjenta były znikome, a powrót do aktywności fizycznej z rozpoczęciem spożywania diety kuchennej dużo szybszy.

Na ilustracji zaznaczono kolorem zielonym i cyframi grupy węzłów chłonnych, które zostały usunięte podczas tego zabiegu.



dr n. med. Robert Wojstaw,
zastępca ordynatora Oddziału Chirurgii Onkologicznej

Nasze pasje i zainteresowania „po godzinach”

Tym artykułem rozpoczynamy publikacje, w których osoby zatrudnione w naszym Szpitalu opowiadają o swoich hobby i innych polach działalności, podejmowanych przez nich po pracy.

„Wiem, że wśród Was jest wielu zdolnych, wszechstronnie utalentowanych, wspaniałych ludzi, ciekawych osobowości, że wielu z Was ma ciekawe hobby, zainteresowania, realizuje swoje pasje. Poznajmy się lepiej, dzielcie się swoimi pomysłami, uwagami, ciekawymi propozycjami, zachęcam też do publikowania na łamach naszego Pulsu Waszych osiągnięć nie tylko zawodowych. Pod adresem ikierzkowska@wss.olsztyn.pl, rzecznikprasowy@wss.olsztyn.pl oraz szpital@wss.olsztyn.pl czekamy na Wasze e-maile...” – zachęcała w poprzednim wydaniu Pulsu Szpitala dyrektor Irena Kierzkowska.

Informujcie nas zatem Państwo o swoich dokonaniach na polu zawodowym, ale nie tylko. Z radością będziemy je publikować.

Moją pasją jest malarstwo

– Na co dzień pracuję jako statystyk medyczny w Dziale Statystyki i Dokumentacji Medycznej. W godzinach wolnych od zajęć maluję – mówi o sobie Katarzyna Lewandowska.

Poniżej możemy przeczytać jacy artyści są dla niej inspiracją, gdzie wystawiła swoje prace oraz o działalności charytatywnej.

O mnie

Nazywam się Katarzyna Lewandowska.

Skończyłam Uniwersytet Warmińsko-Mazurski. Licencjat zrobiłam na kierunku Stosunki Międzynarodowe, a tytuł magistra zdobyłam na kierunku Zarządzania Zasobami Ludzkimi.

Przez dwa lata pracowałam jako sekretarka medyczna w oddziale Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Obecnie jestem statystykiem medycznym.

Prywatnie od 20 lat jestem szczęśliwą żoną i matką dwójki wspaniałych synów.

O pasji

W czasie wolnym maluję. Jestem samoukiem. Fascynuje mnie surrealizm. Najbardziej podobają mi się prace Salvadora Daliego, René François Ghislain Magritte'a i Zdzisława Beksińskiego. Maluję od zawsze z różną intensywnością. Pierwsze moje obrazy były to kopiami mistrzów. Później inspirowali mnie inni artyści, a dokładnie ich dzieła – rzeźba, fotografia, film czy sztuka teatralna. W swoich pracach nawiązywałam do „Umarłej klasy” T. Kantora i filmu „Salto” T. Konwickiego (obraz „20 lat po maturze”). Uprawiam malarstwo figuratywne, symboliczne. W jednej serii obrazów „Olsztyński Gawrosz” przywołuje wspomnienia z dzieciństwa i posiłkuje się kadrami z filmów Janusza Nasfetera. Kolejna seria obrazów pt. „Karuzela życia” to artystyczne przemyślenia nad dotychczasowym życiem i odpowiedzenie sobie na pytanie co jest osią mojego życia.

Technika to głównie akryl na płótnie. Do swoich prac wykorzystuję najcieńsze pędzle, albo szpachelki. Dotychczas namalowałam trzy murale. Najwygodniej mi było malować je samymi rękami.

Wyzwania, którym staram się dzisiaj podołać to oddanie ruchu w obrazie.



O wystawach

Nie mam wykształcenia plastycznego, ale mimo to udało mi się zorganizować parę swoich wystaw. Pierwsza z nich miała miejsce w 2017 roku w klubie pracowników UWM Baccalarium. Na pierwszy wernisaż zaprosiłam Jacka Bujalskiego i Małgorzatę Dziewanowską, którzy zatańczyli tango. Staram się uatrakcyjnić moje wernisaże występami innych artystów.

Kolejna to wystawa zbiorowa w Centrum Polsko-Francuskim w Olsztynie, która nosiła tytuł „Olsztyński Gawrosz”. Oprócz prac na płótnie tworzyłam kompozycje z kamieni. Inspiracją do tej wystawy była książka „Nędznicy” Victora Hugo. Pod pracami można było przeczytać fragmenty powieści i obejrzeć zdjęcia olsztyńskich kamienic, które znalazły się na moich płótnach. Podczas wernisażu przygrywał na akordeonie Piotr Giers.

Następna wystawa „Karuzela życia” miała dwie odsłony: pierwsza w galerii Whernowhere w Brukseli, druga w Galerii Ustuga w Olsztynie. Towarzyszyły mi przy tym wydarzenia Półkowniczki. Jest to grupa twórczych kobiet z Olsztyna i okolic. Spotykają się najczęściej raz w miesiącu, żeby czytać wspólnie teksty, które wcześniej stworzyły. Cała wystawa była okraszona występem muzycznym Jolanty Lubowieckiej.



Obecnie przygotowuję się do kolejnej wystawy, na którą zapraszam już dzisiaj. Wystawa będzie nosić tytuł „Za zamkniętymi oczami”. Postaram się przedstawić swoje sny i przemyślenia nad otaczającą mnie rzeczywistością.

O działalności charytatywnej

Większość moich prac sprzedaję na aukcjach charytatywnych. Od czterech lat wysyłam prace na aukcje do Poznania. Zbierane są tam pieniądze na Klinikę Onkologii, Hematologii i Transplantologii Pediatrycznej. Aukcja ta nosi nazwę „Tennis art”. Jest to cykliczne wydarzenie mające na celu wsparcie dzieci chorych, potrzebujących pomocy. Akcji towarzyszy Deblowy Turniej Tenisowy potączony z aukcją dzieł artystów plastyków.

Wspieram również olsztyński szpital dziecięcy przez indywidualne wpłaty nabywców moich obrazów. Ostatnio zaangażowałam się w zbiórkę pieniędzy na rzecz Kingi Rydz, dziewczynki chorej na SMA.

Kontakt

Zapraszam do obejrzenia moich prac na stronie <https://www.facebook.com/PiafWrobel/>

Nowy głos usterek

„Niezawodność jest często szukaniem rozwiązań w przeszłości, ale wsparta nowoczesnością”.

Dział Eksploatacyjno-Techniczny to jedna z najstarszych komórek w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, na której spoczywają bardzo poważne zadania.

Realizacja przedsięwzięć wiąże się z ogromną odpowiedzialnością i pośrednio wpływa na bezpieczeństwo wszystkich pacjentów, pracowników – personelu medycznego oraz szeroko rozumianej administracji.

Osobą spinającą całość pracy tego działu jest Kierownik – Marek Zawisza, pragmatyk z doświadczeniem, zarówno z zakresu realizacji zadań technicznych, jak i dobry analityk zachowań ludzkich. Początkowo bałem się tego człowieka, wydawał mi się zimnym zadaniowcem. Nawet mówiłem sobie – nie dogadamy się, obaj mamy zbyt silne charaktery. To było mylne wrażenie, bardzo dobrze nam się współpracuje, zawsze mogę liczyć na pomoc. Najważniejsze, że kiedy czegoś nie wiem – to doradzi, a właśnie taka lekka wskazówka potrzebna jest indywidualście, takiemu jak ja.

Mam kilka wyuczonych zawodów, są to dość mocno odległe od siebie branże, ale jestem m.in. mistrzem ślusarstwa z doświadczeniem – dlatego w Dziale E-T czuję się jak ryba w wodzie. Nie trzeba mi wytucznych do działania, a jedynie wyznaczenie toru. W sierpniu 2020 roku objąłem pieczę nad wytwornicami pary, stanowiącymi bardzo ciekawe inżynieryjne miejsce w szpitalu. Pewnie każdy coś o tym słyszał (i widział dym z rury wydobywający się koło ładowiska), ale nikt tam nigdy nie był. Starłem się okiełznać całość – najgorsza była literatura techniczna, bo ta specjalistyczna jest dostępna tylko w języku niemieckim. Ja jestem z czasów, kiedy to w szkole był rosyjski, a potem z duchem zmian ustroju – angielski. Jednak nie ma rzeczy niemożliwych. Internet, kilka wiadomości mailowych i zdobyte książki kodowe w języku angielskim... teraz już tylko czyste programowanie urządzeń.

Z czasem odważyłem się na pierwsze usprawnienia, drobne remonty – czekałem na reakcję przełożonych, czy akceptują moją drogę do osiągnięcia wysokiej wydajności zarówno stacji uzdatniania wody, jak i pracy samych wytwornic. Początkowo często byłem widywany z mopem i szczotką, chciałem żeby to miejsce nie było kojarzone z otchłanią. Często spotykałem się z pozytywnymi spojrzeniami lekarzy przychodzących obok otwartych drzwi

do wytwornic – „co ten człowiek wyprawia, tam jest z 60 stopni, a on ciągle coś naprawia, porządkuje i wynosi jakieś śmieci” – to było wypisane na ich twarzach. Obecnie serwisanci z firm zewnętrznych mają nawet swoje wieszaki ubraniowe i szafki. Wychodzę z założenia, że przede wszystkim profesjonalizm, a każdy dodatkowy pozytywny szczegół powoduje wielkie oddziaływanie na innych. Kontrole z Urzędu Dozoru Technicznego to czysta formalność, przeglądy wytwornic zawsze pozytywne.

Pozostały czas dnia roboczego wypełnia praca z ludźmi. Spytują do nas dziesiątki różnorodnych usterek z całego szpitala. Średnio rocznie wykonujemy ponad 2500 zgłoszeń. Pamiętać należy także, o awariach pilnych – zagrażających życiu i zdrowiu pacjenta/personelu, które są realizowane ad hoc i nie podlegają wpisowi w książce zgłoszeń. Nie możemy „nie posiadać” wypracowanych systemów ich klasyfikacji i realizacji. To spowodowałoby chaos i brak porozumienia, co do kolejności ich wykonywania. W porozumieniu z Kierownikiem mojego działu i przy akceptacji innych osób wprowadziliśmy retro zasady pracy. Komunikacja na zasadzie wiadomości odręcznie pisanych i przekazywanych osobiście w określonych godzinach pracy. Porannym naradom w biurze zgłaszania usterek (dawny warsztat elektryczny) często towarzyszy humor i duża dyskusja kto czym się zajmie, ale



Karol Lewkowicz w swoim miejscu pracy

wszyscy godzimy się na taki rozdział pracy i przed 8.00 wszyscy już są przy swoich zadaniach na terenie szpitala.

Pamiętam swoje początki – spojrzenie zdziwionego szefa, jak lecę z kartką przez plac za ślusarzami – i znów w głowie pewnie – „co ten człowiek robi?”. Jednak odpisywane, coraz bardziej regularnie naprawiane usterki oraz skrócenie czasu ich realizacji utwierdziło nas w przekonaniu, że wszystko przebiega prawidłowo. Obecnie w ciągu dnia mamy dwie sesje rozdziału usterek: o 7.30 i 10.30, popołudniowe zbieramy na dzień następny. Dzięki temu maksymalny czas realizacji skracamy do 48 godzin w dniach roboczych. Podstawą komunikacji z oddziałami szpitalnym jest telefon – od dwóch lat mamy zasady prowadzenia tych rozmów, podstawa to spokój i odpowiedni ton. Biały personel musi wiedzieć, że rozmawia z profesjonalistami. Do współpracy włączone są firmy zewnętrzne, w tym hydraulicy, instalatorzy sieci telekomunikacyjnych czy obsługa klimatyzacji. Jednak tutaj wykorzystujemy już prosty schemat wiadomości tekstowych przez telefon. Często proste rozwiązania są najlepsze – jasne miejsce, rodzaj usterki i można to szybko realizować.

Oczywiście czytając to, ktoś powie: „bzdura” – u nas panowie nie mogli naprawić usterki przez miesiąc. Odpowiedź jest prosta: „Zgłoszenie, pomoc zgłaszającego, kolejka!”. Podstawą skuteczności jest zgłoszenie nam do biura zgłaszania usterek, a nie komuś na korytarzu, bo akurat przechodził. Wiele osób pewnie przyzna, że często pytam – „niech pani/pan powie

tak po chłopsku, bo nie musi się pani znać – co się stało...” wtedy personel medyczny zaczyna pomagać i ułatwia nam realizację usługi. Wówczas wiemy, na co mamy się nastawiać.

Są więc płaszczyzny realizacji zadań, które wymagają analizy i poprawek. Chodzi głównie o komunikację ze zgłaszającym i weryfikację rodzaju usterki.

Niestety mamy też ograniczenia w postaci braku części w hurtowniach, sporo podzespołów jest dostępnych na zamówienie, a termin realizacji to często około 21 dni. Dzięki współpracy z Działem Informatycznym jesteśmy od roku w sieci internetowej – możemy o wiele szybciej wyszukać potrzebne nam i bardzo nietypowe zamki, uchwyty czy inne części. Często też oglądamy instrukcje obsługi, objaśniające jak naprawić jakieś urządzenie. Inaczej musielibyśmy wzywać serwis fabryczny, a to są jednak koszty.

Monitoring wskazań urządzeń to kolejna nowość w dziale technicznym. Posiadamy centrum obserwacji najważniejszych parametrów pracy tlenowni, wytornic, stacji uzdatniania wody czy pomp w hydroforni – właśnie dzięki takim ulepszeniom mamy więcej czasu na skuteczną realizację powierzonych nam zadań.

Karol Lewkowicz,

Dział Eksploatacyjno-Techniczny

Podziękowania za pracę dla dr Urszuli Hury-Ruitenbach



Pamiątkową statuetkę na zakończenie pracy na stanowisku koordynatora Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej wręczyła dyrektorka Irena Kierzkowska. – Dziękuję Pani za wspaniałą pracę – powiedziała.

Dr Hury-Ruitenbach za wspólne lata podziękowali także współpracownicy.

Życzymy Pani doktor wszystkiego najlepszego!

Obowiązki ordynatora Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej pełni dr n. med. Agnieszka Strepikowska.

Przemysław Prais

Zmarł dr Antoni Dutkiewicz

O śmierci znakomitego chirurga poinformował
dr n. med. Piotr Malinowski, ordynator Oddziału
Klinicznego Chirurgii Naczyniowej.

- Z głębokim żalem informujemy, że 19 listopada 2022 r. zmarł nasz długoletni pracownik i ordynator dr hab. n. med. Antoni Dutkiewicz. Dr Dutkiewicz był wybitnym chirurgiem, oddanym chorym. Był człowiekiem o niezwykłej skromności i uroku osobistym. Był twórcą chirurgii naczyniowej w naszym szpitalu, nauczycielem i wzorem dla kilku pokoleń chirurgów – napisał Piotr Malinowski. – Składamy serdeczne wyrazy współczucia rodzinie zmarłego.

Antoni Dutkiewicz w 1962 r. rozpoczął pracę w Szpitalu Wojewódzkim, najpierw przy ul. Mariańskiej, a od 1 grudnia 1970 r. przy ul. Żołnierskiej. W latach 1990-2002 r. oraz od kwietnia 2003 do stycznia 2004 r. był ordynatorem chirurgii. – Dr Dutkiewicz kontynuował dzieło dr. Mieczysława Szałkiewicza w trudnym okresie „transformacji ustrojowej”. Rozwijał chirurgię naczyniową, wprowadził technikę laparoskopową – przy okazji podwójnego (45 lat funkcjonowania w nowym budynku i 70 lat powojennej chirurgii w Olsztynie) jubileuszu – mówi Piotr Malinowski. Jako lekarz pracował w Szpitalu Wojewódzkim do 2012 r.

W latach 1990-2001 był konsultantem wojewódzkim w dziedzinie chirurgii ogólnej, a od 2002 r. konsultantem w dziedzinie chirurgii naczyniowej. Jako profesor UWM, prowadził wykłady na Wydziale Nauk Medycznych. W latach 1997-2001 był zaangażowany w działania Towarzystwa Chirurgów Polskich, gdzie pełnił funkcję Przewodniczącego Zarządu Oddziału Warmińsko-Mazurskiego Towarzystwa.

O tym jak sam o sobie mówił znakomity chirurg pisaliśmy w jednym z Pulsów Szpitala. Oto wybrane fragmenty:

Dlaczego wybrał zawód chirurga:

Zawsze chciałem być lekarzem i nie potrafię wytłumaczyć dlaczego tak było. Pochodzę z rodziny rolniczej, więc nie miałem tam przykładów takiej pracy. Moja mama powtarzała mi tylko, że praca chirurga jest bardzo ciężka i tu muszę przyznać, nie myliła się.

O swoich sukcesach zawodowych:

Na pewno sukcesem jest uzyskanie doktoratu. Tematem pracy, opartej na materiale chorych leczonych w naszym oddziale, było: „Odrębności lecznicze przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych w cukrzycy”. W 1988 r. uzyskałem, pod kierownictwem naukowym profesora Wojciecha Noszczyka w Warszawie, tytuł dr. habilitowanego. Tematem habilitacji była „Przydatność aparatu (gilotyny) Le Veena do udrożnienia dalszego odcinka tętnicy głównej i tętnic biodrowych”. Sukcesem było również to, że doczekałem w 2002 r. emerytury. W oddziale pracuje dobrze wykształcony zespół chirurgów, a następcą na stanowisku ordynatora jest mój uczeń.

Jakie przypadki medyczne utkwiły mu w pamięci:

Najbardziej zapadają w pamięci porażki, bo mimo, że staramy się zrobić wszystko co w naszej mocy, nie zawsze operacja kończy się sukcesem. Jednak chirurg, który załamie się przy porażce, przestaje być chirurgiem.



dr Antoni Dutkiewicz i dr Piotr Malinowski

Porażki motywowały mnie do jeszcze lepszej pracy. Były też i ciekawe operacje np. pierwsza w tym oddziale operacja pękniętego tętniaka aorty brzusznej. Na pewno bardzo ciekawym przypadkiem było przyszywanie amputowanej gilotyną dłoni. Przywieziono pacjentkę, która uległa wypadkowi w fabryce sklejk. Zdarzyło mi się również zoperować chorego z raną kłutą serca.

Świąteczny prezent dla pań po mastektomii

Posłowie Janusz Cichoń i Paweł Papke ufundowali 200 poduszek ułatwiających powrót do zdrowia po operacji usunięcia piersi.

W poniedziałek 19 grudnia przekazali je pacjentkom Oddziału Chirurgii Onkologicznej WSS w Olsztynie. – To dar serca w kształcie serca – mówili parlamentarzyści. – Bardzo dziękujemy za ten piękny podarunek – powiedział dr Robert Wojstaw, zastępca ordynatora oddziału.

Obecna na spotkaniu Barbara Piłat, prezes Olsztyńskiego Towarzystwa „Amazonki” dodała, że poduszki są bardzo przydatne przy auto-masażu.

Przemysław Prais



Metropolita Warmiński podziękował pracownikom szpitala za ich pracę



Arcybiskup Józef Górzyński w święto Ofiarowania Pańskiego, zwane też świętem Matki Boskiej Gromnicznej odprawił mszę w szpitalnej kaplicy.

Podczas liturgii metropolita pobłogosławił świece (2 lutego to jedyny dzień w roku), a w kazaniu nawiązał do istoty ofiarowania, podkreślając, że naczelną zasadą powinno być służenie drugiemu człowiekowi, co robią również medycy z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.

Po mszy abp Górzyński wręczył ozdobne podziękowania za aktywne uczestniczenie w życiu duszpasterskim szpitala. Otrzymali je: dyrektor Irena Kierzkowska, z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa Hanna Taraszkiewicz, przełożona pielęgniarek Maria Kowalska oraz z-ca dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych Henryk Krzyżak i kierownik działu technicznego Marek Zawisza, którzy kierowali remontem szpitalnej kaplicy. Jego niedawne ukończenie stało się powodem erygowania kaplicy pw. Matki Boskiej

Nieustającej Pomocy. Tego aktu dokonał abp Górzyński.

Ks. Henryk Błaszczyk, kapelan Szpitala Wojewódzkiego na pamiątkę dzisiejszej uroczystości wręczył metropolicie krzyż. – Stanie w sali dla najmłodszych kleryków – zapowiedział abp Józef Górzyński.

Przemysław Prais



PRAWA PACJENTA

– CZ. 2

Prezentujemy drugą część artykułu.

Pierwsza ukazała się w poprzednim numerze Pulsu Szpitala.

Jakie informacje pracownik medyczny musi zachować dla siebie, aby prawo pacjenta do tajemnicy informacji było przestrzegane?

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez personel medyczny informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych. Dotyczy to w szczególności stanu zdrowia pacjenta.

Zawsze może on sprzeciwić się ujawnieniu tajemnicy informacji z nim związanej. Natomiast po śmierci pacjenta, w ściśle określonych przypadkach, sąd może wyrazić zgodę na jej ujawnienie.

Rzecznik Praw Pacjenta oraz Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych określili zasady, na jakich osoby uprawnione mogą uzyskać na odległość dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta z uwzględnieniem szczególnej dbałości ochrony ich praw. Wydane w 2020 r. „Wytyczne w sprawie realizacji przez osoby uprawnione prawa do informacji o stanie zdrowia na odległość” zawierają m.in. rozwiązania organizacyjne, techniczne, pozwalające na przekazywanie informacji z poszanowaniem ich poufności i bezpieczeństwa.

Tajemnica informacji nie obowiązuje gdy:

- tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń;
- w postępowaniu przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. Gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę

na ujawnienie tajemnicy, może określić zakres ujawnienia tajemnicy.

Przykłady naruszeń:

1. Ujawnianie informacji w rozmowach towarzyskich.
2. Przekazywanie wiedzy zawartej w dokumentacji osobom znajomym.
3. Komentowanie przypadków w miejscach publicznych.
4. Lekarz ujawnił dane pacjentki jej pracodawcy.
5. Udostępnienie dokumentacji medycznej osobie nieupoważnionej do jej otrzymania.

Czy pacjent musi wyrazić zgodę na udzielenia świadczenia zdrowotnego?

Pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, gdy uzyska informację o stanie zdrowia. Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, musi wyrazić zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych. W przypadku operacji albo innego zabiegu, który stwarza podwyższone ryzyko, pacjent **wyraża zgodę w formie pisemnej**.

Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego przedstawiciel ustawowy przed wyrażeniem zgody mają prawo do uzyskania od osoby wykonującej zawód medyczny przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu, w zakresie udzielanych przez tę osobę świadczeń zdrowotnych oraz zgodnie z posiadanyimi przez nią uprawnieniami.

Osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek indywidualnie ocenić zdolność każdego pacjenta do świadomego wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych przed uzyskaniem zgody na konkretne działanie. Utrudniony kontrakt z pacjentem nie oznacza, że nie może ona świadomie wyrazić zgody na leczenie.

Osobą niezdolną do świadomego wyrażenia zgody jest osoba:

- ✓ nieprzytomna,

- ✓ będąca pod wpływem leków upośledzających sprawność psychiczną.

Opiekun faktyczny wyraża zgodę, gdy pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody i nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe.

Ze względu na stan zagrożenia życia lub zdrowia możliwe jest udzielenie świadczenia zdrowotnego pacjentowi bez zgody pacjenta (przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego) lub bez zezwolenia sądu. Konieczność taka występuje wówczas, gdy:

- a) pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek pacjenta nie może on wyrazić zgody i jednocześnie nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym (opiekunem faktycznym);
- b) pacjent wymaga zabiegu operacyjnego lub zastosowania metody tzw. podwyższonego ryzyka i nie jest osobą zdolną do świadomego wyrażenia zgody ze względu na wiek lub stan świadomości. Natomiast zwłoka spowodowana koniecznością przeprowadzenia postępowania w sprawie uzyskania zgody ze strony przedstawiciela ustawowego lub zezwolenia sądu opiekuńczego groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia lub spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Przykłady naruszeń:

1. Izolacja dziecka bez zgody matki zakażonej COVID-19.
2. Brak zgody na nacięcie krocza.
3. Nieodebranie pisemnej zgody przed operacją wycięcia nerki.

Czy pacjent ma prawo wnieść sprzeciw od opinii albo orzeczenia lekarza?

Zarówno pacjent, jak i jego przedstawiciel ustawowy może wnieść sprzeciw wobec opinii albo orzeczenia lekarza, jeżeli ma ono wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa.

Sprzeciw należy wnieść do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta,

za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, w terminie 30 dni od dnia wydania opinii albo orzeczenia przez lekarza orzekającego o stanie zdrowia pacjenta. Sprzeciw wymaga uzasadnienia, w tym wskazania przepisu prawa, z którego wynikają prawa lub obowiązki, na które ma wpływ opinia lub orzeczenie. W przypadku niespełnienia wymogów formalnych sprzeciw jest zwracany osobie, która go wniósła.

Komisja Lekarska na podstawie dokumentacji medycznej oraz w miarę potrzeby, po przeprowadzeniu badania pacjenta, wydaje orzeczenie niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu. Od orzeczeń wydanych przez Komisję Lekarską nie przysługuje odwołanie.

Jak prawidłowo realizować prawo pacjenta do poszanowania jego intymności i godności?

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności, prawo do leczenia bólu, a także prawo do obecności osoby bliskiej w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Pacjent ma prawo do leczenia bólu. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska.

Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

Osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób, który zapewni poszanowanie intymności i godności pacjenta. Pozostali pracownicy medyczni, którzy nie udzielają pacjentowi świadczeń, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. Także, gdy przeprowadzają kontrole na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta.

W przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

Przykłady naruszeń:

1. Przedmiotowe traktowanie pacjentów.
2. Obecność stażystów podczas udzielania świadczeń pomimo braku zgody pacjenta.
3. Nieprawidłowy opis badania RM głowy pacjentki na skutek kopiowania opisu.

Dokumentacja medyczna – dostęp do niej, udostępnianie, wykonanie kopii, przechowywanie.

Pacjent ma prawo dostępu do swojej dokumentacji medycznej, czyli dokumentów dotyczących jego stanu zdrowia i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Dokumentacja medyczna powinna w sposób określony przepisami prawa obrazować proces leczenia pacjenta. Z uwagi na charakter danych, które zawiera, podlega ona szczególnej ochronie, w tym zabezpieczeniu przed dostępem osób nieuprawnionych. Pacjent ma prawo dostępu do swojej dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie. Może do tego upoważnić także inne osoby.

Dokumentacja może być udostępniona:

- do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruku;
- poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (o ile zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta);
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej;
- na informatycznym nośniku danych.

Wskazać należy, że np. zamknięcie lokalu, w którym przechowywana jest dokumentacja medyczna oraz nieprecyzyjne zapisy regulaminu udostępniania dokumentacji medycznej mogą być podstawą do stwierdzenia naruszenia zbiorowych praw pacjenta.

Przykłady naruszeń:

1. Wpisy świadczeń zdrowotnych udzielonych pacjentowi w dokumentacji medycznej innego pacjenta o tym samym nazwisku i imieniu.
2. Nieodnotowanie w dokumentacji medycznej przymusu, czasu trwania, kontroli.
3. Odmowa przyjęcia wniosku złożonego ustnie o udostępnienie dokumentacji.
4. Żądanie złożenia wniosku o udostępnienie na wzorze formularza oraz osobiście.

Jak prawidłowo realizować prawo pacjenta do życia prywatnego i rodzinnego?

Pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego

z innymi osobami. Ma także prawo odmówić kontaktu. Podmiot leczniczy może ograniczyć realizację tego prawa pacjenta, ale nie może zupełnie zawiesić jego realizacji.

W zakresie prawa pacjenta do życia prywatnego i rodzinnego ujęte jest także prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej. Skorzystanie przez pacjenta z prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nie zwalania personelu podmiotu leczniczego z obowiązku zapewnienia opieki pielęgnarskiej.

Dodatkowa opieka pielęgnacyjna jest opieką, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Nie jest to także opieka sprawowana nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz nad pacjentką w ciąży, podczas porodu i połogu. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna sprawowana nad pacjentem małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, oznacza również prawo do pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego. Pacjent nie ponosi kosztów dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, chyba że jego realizacja skutkuje kosztami poniesionymi przez placówkę medyczną, w której przebywa pacjent.

Przykłady naruszeń:

1. Brak możliwości odwiedzin pacjenta.
2. Brak możliwości kontaktu telefonicznego pacjentki w izolatce.
3. Brak porodu rodzinnego pomimo spełnienia wymogów sanitarnych (sale z oddzielnym węzłem sanitarnym).

Jak właściwie realizować opiekę duszpasterską?

Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej. Wolność sumienia i religii, zagwarantowana w art. 53 Konstytucji RP, jest naczelną wolnością człowieka. Jednym z przejawów wolności religijnej jest prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują. Jest to sfera nienaruszalnej przestrzeni życia prywatnego, pozostająca na poziomie indywidualnym, a nie publicznym i nie wiąże się bezpośrednio z działalnością podmiotu leczniczego i jego zadaniami publicznymi, aczkolwiek wykonywana jest na jego terenie i z jego środków, a sam podmiot leczniczy odpowiada za zagwarantowanie prawa do opieki duszpasterskiej.

Dotyczy ona pacjentów przebywających w podmiocie leczniczym, który wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, czyli np. pacjent przebywający w szpitalu.

W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot leczniczy ma obowiązek umożliwić pacjentowi kontakt z duchowym jego wyznaniem. Podmiot leczniczy ponosi koszty realizacji tego prawa, chyba że odrębne normy prawne stanowią inaczej.

Konieczne jest zachowanie odpowiedniej wrażliwości i poszanowania różnic religijnych, a także kulturowych, które mogą występować pomiędzy poszczególnymi pacjentami. Opieka duszpasterska powinna być dostosowana do potrzeb duchowych pacjenta, co w szczególności oznacza uwzględnienie wyznania tej osoby.

Sposób realizacji przez pacjenta prawa do opieki duszpasterskiej nie powinien naruszać uprawnień innych pacjentów. Korzystanie lub niekorzystanie z prawa do opieki duszpasterskiej nie może być podstawą do dyskryminacji pacjenta. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych powinien dysponować listą kontaktów do kapłanów i osób duchownych różnych wyznań.

Przykłady naruszeń:

1. Niedostosowanie opieki duchowej do wyznania pacjenta.
2. Odmowa kontaktu z duchownym, ponieważ trudno skontaktować się z osobą duchowną Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Pacjentowi będącemu ateistą udzielono sakramentu namaszczenia chorych, gdy był w stanie śpiączki farmakologicznej.

Depozyt – w jaki sposób i co właściwie w nim przechowywać?

Pacjent, który przebywa w podmiocie leczniczym wykonującym działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Jest to wyłącznie prawo pacjenta, a nie obowiązek oddania rzeczy wartościowych do depozytu. Koszty realizacji tego prawa ponosi podmiot leczniczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Karta depozytu stanowi potwierdzenie przyjęcia rzeczy wartościowych oddawanych do depozytu na czas pozostawania pacjenta w tym podmiocie leczniczym. Oryginał karty depozytu powinien zostać wydany pacjentowi, zaś jego kopia powinna pozostać w księdze depozytów. Karta depozytu powinna zawierać własnoręczny podpis osoby przyjmującej depozyt oraz pacjenta. W karcie depozytowej należy dokonać opisu rzeczy oddanych do depozytu, określając ich cechy indywidualne, w tym m.in. nazwę, rodzaj, szacunkową wartość, barwę, markę, stan zużycia. Księga depozytów składa się z kopii kart depozytowych.

W przypadku, gdy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia przekazanych mu informacji, należy niezwłocznie przyjąć rzeczy wartościowe do depozytu. Jeżeli pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, przez okres dłuższy niż 24 godziny od czasu przyjęcia do podmiotu leczniczego, to kierownik lub osoba przez niego upoważniona informuje o przyjęciu rzeczy wartościowych do depozytu osoby do tego uprawnione. W przypadku przyjęcia pacjenta

nieprzytomnego, pojęcie rzeczy wartościowych należy interpretować szeroko i uwzględnić m.in. dokumenty urzędowe.

Przykłady naruszeń:

1. Niewydanie karty depozytowej.
2. Brak zabezpieczenia rzeczy wartościowych w depozycie po utracie przytomności pacjenta i przeniesieniu go na inny oddział. Rzeczy skradziono.
3. Odmowa przyjęcia rzeczy do depozytu.
4. Pobranie opłaty za przechowywanie rzeczy w depozycie.

Możliwość zgłaszania skargi przez pacjenta do Rzecznika Praw Pacjenta.

Jeśli pacjent uważa, że jego prawo jako pacjenta zostało naruszone, może złożyć do Rzecznika Praw Pacjenta wniosek o wszczęcie postępowania wyjaśniającego. Złożenie takiego wniosku jest wolne od opłat administracyjnych.

Jeśli do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynę taki wniosek, Rzecznik zapoznaje się z nim, ocenia, czy doszło do naruszenia praw, a jeśli tak – podejmuje dalsze działania.

Po zakończeniu postępowania Rzecznik stwierdza, czy doszło do naruszenia praw pacjenta. Wówczas informuje wnioskodawcę, pacjenta oraz podmiot leczniczy, którego wniosek dotyczy. Rzecznik Praw Pacjenta może przedstawić podmiotowi leczniczemu zalecenia mające na celu zapobieganie naruszeniu praw pacjenta w przyszłości.

Rzecznik może wszcząć postępowanie z własnej inicjatywy, nawet jeśli pacjent nie złoży wniosku. Dzieje się tak w sytuacji, w której sygnał od pacjenta będzie wskazywał na uprawdopodobnienie naruszenia praw pacjenta lub jeśli zdarzenie będzie wskazywało, że sprawa dotyczy potencjalnie nieograniczonej liczby pacjentów. Wówczas Rzecznik rozpatruje sprawę pod kątem stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

Rzecznik może również uczestniczyć w postępowaniach cywilnych dotyczących naruszenia praw pacjenta, na prawach przystępujących prokuratorowi. Może brać udział w toczącym się postępowaniu, żądać wszczęcia postępowania z urzędu lub na wniosek strony.

Obowiązki pacjentów.

Obowiązki pacjenta wynikają z potrzeby zapewnienia właściwej realizacji procesów leczniczych i terapeutycznych oraz konieczności poszanowania praw i zapewnienia bezpieczeństwa innym pacjentom przebywającym w podmiocie leczniczym. Obowiązki pacjenta wynikają z aktów prawa: art. 29 ustawy o działalności leczniczej oraz inne akty prawa: kodeks cywilny, ustawa o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi).

Przykładowy katalog:

1. Stosowanie się do wytycznych kierownika podmiotu leczniczego dotyczących przeciwdziałania szerzeniu się chorobom zakaźnym w tym COVID -19;
2. Podporządkowanie się zaleceniom dotyczącym procesu leczenia, a także poleceńm porządkowym personelu medycznego;
3. Udzielanie w trakcie wywiadu lekarskiego lub pielęgniarskiego pełnej i prawdziwej informacji o swoim stanie zdrowia;
4. Odnośnienie się z szacunkiem do innych pacjentów i personelu;
5. Noszenie znaków identyfikacyjnych, w które został zaopatrzony;
6. Przestrzeganie zasad higieny osobistej;
7. Przestrzeganie rozkładu dnia podczas pobytu w Oddziale;
8. Zachowanie porządku w i na szafce będącej w jego dyspozycji oraz bezpośrednim otoczeniu, przestrzeganie zasad korzystania z urządzeń i pomieszczeń oddanych do dyspozycji pacjenta, a także sprzętu, aparatury medycznej, której pacjent używa;
9. Przechowywanie produktów spożywczych w miejscach do tego przeznaczonych;
10. Niezakłócanie swoim zachowaniem spokoju innych pacjentów;
11. Przestrzeganie zakazu spożywania alkoholu, narkotyków, innych środków odurzających, substancji psychotropowych oraz wszelkich innych substancji podobnie działających;
12. Przestrzeganie zakazu palenia wyrobów tytoniowych i używania papierosów elektronicznych;
13. Niewnoszenie na teren podmiotu leczniczego i nie przechowywanie materiałów i substancji niebezpiecznych w szczególności łatwopalnych, wybuchowych, trujących i wszelkich o podobnym działaniu;
14. W przypadku wyznaczenia terminu udzielenia świadczeń zdrowotnych (wpisanie na listę oczekujących) poinformowanie o niemożności stawienia się w wyznaczonym terminie lub rezygnacji ze świadczenia zdrowotnego;
15. Konsultowanie z lekarzem zażywania/stosowania leków lub środków medycznych innych niż te, które zostały mu zlecone przez lekarza prowadzącego lub innego upoważnionego lekarza.

Joanna Myszkowska

Pełnomocnik ds. praw pacjenta





Geriatrya

– Opieka ukierunkowana na pacjenta

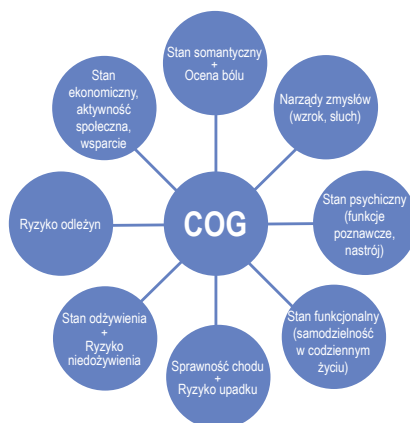
Całościowa Ocena Geriatryczna „COG”

Podstawą podejścia geriatrycznego jest ocena funkcji pacjenta w zakresie poszczególnych narządów i całego organizmu, która prowadzona jest w procedurze COG.

COG – to wielowymiarowy i interdyscyplinarny proces diagnostyczny do określenia problemów medycznych, fizycznych, psychicznych i socjalnych pacjenta w starszym wieku przez geriatrę wraz z zespołem geriatrycznym, w skład którego wchodzi pielęgniarka, fizjoterapeuta i psycholog, a często pracownik socjalny.

Domeny całościowej oceny geriatrycznej

COG to zespół skal i testów do oceny samodzielności pacjenta w codziennym funkcjonowaniu oraz występowania problemów geriatrycznych, do których zaliczamy: upadki, zaburzenia odżywiania, zespół kruchości. Wykorzystywanie COG służy z jednej strony diagnozowaniu problemów zdrowotnych i opiekuńczych, z drugiej zaś strony służy optymalizacji leczenia i planowania opieki, poprawy stanu funkcjonalnego oraz jakości



życia pacjenta geriatrycznego. Stosowanie COG w leczeniu pacjenta umożliwia porównanie wyników tego samego pacjenta po upływie czasu i różnych pacjentów po tym samym czasie. Uzyskane wyniki COG pozwalają na wymianę informacji o pacjencie pomiędzy lekarzami, którzy się nimi opiekują. Celem COG jest również wdrażanie terapii, rehabilitacji i opieki długoterminowej, koordynowanie działań wyznaczonych przez podmioty lecznicze oraz optymalne wykorzystanie zasobów pacjenta jak i systemu. Jednym z elementów COG jest skala VES-13, dzięki której kwalifikowani są pacjenci powyżej 60 roku życia do opieki geriatrycznej. Prowadzone analizy wykazały korzystne efekty stosowania COG w szpitalu:

Zmniejszenie śmiertelności,

- wzrost liczby osób wypisywanych do domu,
- zmniejszenie liczby ponownych hospitalizacji,
- wzrost szans na poprawę funkcji poznawczych.

Kiedy należy dokonywać oceny geriatrycznej pacjenta

Przepis §6a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego stanowi, iż świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta, z wyjątkiem oddziałów szpitalnych o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym. Celem wprowadzenia w ramach leczenia szpitalnego obowiązkowej oceny geriatrycznej jest zagwarantowanie odpowiedniej opieki pacjentowi geriatrycznemu, obejmującej kompleksową ocenę jego problemów zdrowotnych, stanu psychofizycznego, sytuacji materialnej czy też warunków życia pacjenta.

Natomiast zgodnie z przepisem par. 22 ust. 6 zarządzenia Nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego oraz leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne w przypadku rozliczenia świadczenia: Całościowa ocena geriatryczna, finansowanego w ramach produktu: 5.53.01.0001499 z katalogu produktów do sumowania, określonego w załączniku 1c do ww. warunków świadczeniodawca obowiązany jest do:

- Udokumentowania przeprowadzenia oceny geriatrycznej przez lekarza geriatrę lub konsultacyjny zespół geriatryczny (dotyczy świadczeniodawców realizujących świadczenia na podstawie par. 6

rozporządzenia szpitalnego, którzy nie dysponują oddziałem geriatrycznym ani poradnią geriatryczną);

- Udokumentowania kwalifikacji do świadczenia na podstawie skali VES-13 stanowiącej załącznik nr 11a do ww. warunków;
- Prowadzenia dokumentacji dodatkowej – karty całościowej oceny geriatrycznej, której wzór określony jest w załączniku nr 11b do ww. warunków. Kartę dołącza się do historii choroby.

Podsumowując, świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji jest obowiązany do opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta.

Zastosowanie natomiast skali VES-13 jest obowiązkowe w przypadku udzielania przez świadczeniodawcę świadczenia: Całościowa ocena geriatryczna, finansowanego w ramach produktu 5.53.01.0001499 – przy kwalifikacji pacjenta do udzielania tego świadczenia.

Podsumowanie

W związku z gwałtownym wzrostem liczby osób w późnej starości tzw. starych-starych, geriatria i jej główne narzędzie w postaci COG, szybko zdobyły uznanie i popularność w XX wieku. Ponieważ prognozy przewidują dalszy wzrost populacji osób starszych, a więc orientację na opiekę skupioną na pacjentach z priorytetami, tj.: oczekiwana długość życia w zdrowiu,

jakość życia i dobrostan w okresie starzenia. Należy pamiętać, że osoby starsze dotknięte są wielochorobowością i niepełnosprawnością, włącznie z zespołami geriatrycznymi.

Beata Kiernożek – magister pielęgniarstwa,
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego, konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla województwa warmińsko-mazurskiego

Ewa Czech-Żbikowska – magister farmacji,
specjalista farmacji klinicznej

Katarzyna Rymkiewicz – magister farmacji,
ukończone studia podyplomowe z zakresu opieki farmaceutycznej w geriatrii, w trakcie specjalizacji z farmacji klinicznej

Wielkie zespoły geriatryczne

Wielkie zespoły geriatryczne to przewlekłe zaburzenia, stopniowo prowadzące do niesprawności funkcjonalnej, a przez to negatywnie wpływające na jakość życia seniorów.

Wiele z tych niepełnosprawności, powszechnie uważanych za nieuniknioną część starości, można w rzeczywistości zniwelować do minimum w sposób, który zapewni prawidłowe funkcjonowanie osób starszych w otoczeniu. Do wielkich zespołów geriatrycznych zaliczamy bezruch, niestabilność (rozumianą jako upadki), nietrzymanie moczu, zaburzenia pamięci, zespół słabości/kruchości (frailty), nietrzymanie stolca, depresję, zaćmę, zwyrodnienie plamki żółtej związanej z wiekiem, jaskrę, zaburzenia słuchu, demencję, majaczenie (delirium), geriatryczny zespół jatrogenny, czy też niedożywienie.

Każdy spośród znanych dotychczas wielkich zespołów geriatrycznych ma wiele przyczyn. Już sam proces starzenia się sprzyja ich powstawaniu. Do bezpośrednich przyczyn występowania wielkich zespołów geriatrycznych zalicza się takie, które mają związek ze współistniejącymi stanami patologicznymi i przyjmowanymi lekami. Cechą charakterystyczną omawianych niepełnosprawności jest tzw. sieć przyczynowo-skutkowa, która polega na tym, że jeden wielki zespół geriatryczny występujący u danego pacjenta istotnie zwiększa ryzyko pojawienia się kolejnego.

W niniejszym artykule omawianie wielkich zespołów geriatrycznych rozpoczniemy od stanu **delirium (majaczenie)**.

Delirium (majaczenie)

Majaczenie (delirium) to zaburzenie świadomości o zwykle gwałtownym początku,

zmieniającym się w czasie, fluktuującym przebiegu, manifestujące się zaburzeniami funkcji poznawczych i zaburzeniami uwagi. Zgodnie z kryteriami diagnostycznymi majaczenia według DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V Edition) majaczenie można rozpoznać, gdy stwierdza się rozwijające się gwałtownie (godziny, dni) i fluktuujące w czasie zaburzenia świadomości oraz uwagi, z towarzyszącymi zaburzeniami funkcji poznawczych i/lub objawami psychotycznymi, których występowania nie można przypisać innym chorobom (np. zespołom otępiennym), a które mogą być następstwem ostrego stanu chorobowego, zatrucia lub zespołów odstawiennych.

Dane z piśmiennictwa medycznego pokazują, że w ogólnej populacji geriatrycznej rozpowszechnienie majaczenia wynosi od 1 do 3%. W warunkach szpitalnych oddziałów ratunkowych częstość występowania wynosi od 9,6% do 12,3%. W chwili przyjmowania chorych na oddziały chorób wewnętrznych i geriatrycznych częstość występowania wynosi od 18% do 35%. Dodając przypadki rozwijające się w trakcie hospitalizacji, rośnie ona do 29-64%. Ogólnie ok. 50% pacjentów w podeszłym wieku doświadcza majaczenia w trakcie hospitalizacji.

Na oddziałach zabiegowych wśród pacjentów pooperacyjnych częstość występowania majaczenia sięga do 74%, a na oddziałach intensywnej terapii (OIT) nawet do 80% chorych wentylowanych mechanicznie.

Istnieje sporo czynników, których obecność związana jest ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia majaczenia. Zgodnie z wieloczynnikowym modelem rozwoju delirium na indywidualne ryzyko wystąpienia majaczenia składa się

wiele wzajemnie powiązanych elementów, będących osobniczą charakterystyką stanu zdrowia i choroby pacjenta. Do uznanych czynników ryzyka delirium należą przede wszystkim:

- czynniki demograficzne: starszy wiek > 65 lat (szczególnie > 85 lat), płeć (męczyźni), zależność funkcjonalna i niepełnosprawność, izolacja społeczna,
- ostre choroby somatyczne,
- złożony indywidualny profil przewlekłych chorób współistniejących (wielochorobowość),
- występowanie problemów geriatrycznych.

Diagnostując i lecąc starszego pacjenta, u którego wystąpiło majaczenie, należy uwzględnić między innymi:

- choroby układu sercowo-naczyniowego oraz oddechowego, które mogą się przyczyniać do hipoperfuzji i/lub hipoksji,
- choroby układu nerwowego, w tym udar mózgu, procesy nowotworowe ośrodkowego układu nerwowego o charakterze pierwotnym lub wtórnym, infekcje opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu, padaczkę, urazy ośrodkowego układu nerwowego,
- choroby endokrynologiczne, m.in. choroby tarczycy, przysadki,
- zaburzenia metaboliczne: hipo- i hiperglikemię, niewydolność wątroby, niewydolność nerek, zaburzenia wodno-elektrolitowe, niedokrwistość,
- procesy infekcyjne: zwłaszcza infekcje w zakresie układu oddechowego, moczowego, przewodu pokarmowego, procesy zapalne skóry (w tym zakażenia odleżyn),
- procesy nowotworowe (majaczenie jako zespół paranowotworowy),
- procesy autoimmunologiczne (np. toczeń układowy).



Do problemów geriatrycznych predysponujących do rozwoju delirium należą:

- występowanie delirium w przeszłości,
- zaburzenia funkcji poznawczych i nastroju,
- zaburzenia snu,
- uzależnienia oraz zespoły odstawienne (ważne przypadku częstego wśród osób starszych uzależnienia od pochodnych benzodiazepiny),
- niesprawność funkcjonalna,
- upadki,
- przewlekły ból,
- niedożywienie,
- zaburzenia narządu zmysłu wzroku lub słuchu, zwłaszcza pozostające bez adekwatnej korekty,
- zaparcia/zatrzymanie moczu,
- cewnikowanie pęcherza moczowego,
- wielochorobowość oraz ciężkość chorób współistniejących,
- powikłanie farmakoterapii (polipragmazja), uzależnienia.

Bardzo istotnym problemem w populacji pacjentów w podeszłym wieku jest zjawisko polipragmazji, czyli przyjmowanie przez chorego wielu leków równocześnie bez znajomości mechanizmów ich działania, zachodzących między nimi interakcji i bez wyraźnej potrzeby.

Wiadomo, że ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych i niezamierzonych interakcji rośnie wraz z liczbą przepisywanych leków. Szczególnej ostrożności wymaga stosowanie leków o potencjale działania promajaczeniowego, którego złożone mechanizmy mogą obejmować działanie antycholinergiczne, dopaminergiczne (np. leki parkinsonowskie), serotonino-we, działanie zmniejszające przepuszczalność bariery krew-mózg lub wpływ na receptory opioidowe i GABA.

Duże ryzyko rozwoju majaczenia stwarzają następujące leki:

a) antybiotyki (zwłaszcza fluorochinolony np. cyprofloksacyna, moksifloksacyna, pefloksacyna):

- leki te wykazują działanie przeciwbakteryjne, oparte głównie na

mechanizmie hamowania syntezy bakteryjnego DNA. Dodatkowy mechanizm działania fluorochinolonów polega na konkurencji z endogennym GABA o miejsca receptorowe oraz pobudzeniu transmisji aminokwasów pobudzających. W trakcie leczenia fluorochinolonami, szczególnie cyprofloksacyną, mogą być obserwowane objawy niepożądane zarówno ze strony układu krążenia, jak i OUN. W grupie objawów występujących zwłaszcza u osób starszych wymienia się objawy psychotyczne, zespoły majaczeniowe, drgawki, zapalenie i zerwanie ścięgien, obwodową neuropatię. Cyprofloksacyna nie powinno się łączyć z klozapiną, gdyż hamując aktywność cytochromu P450 (CYP1A2), istotnie zwiększa stężenie maksymalne neuroleptyku. Z kolei NLPZ zmniejszają filtrację kłębuszkową, prowadząc do kumulacji cyprofloksacyny i zwiększonego ryzyka wystąpienia jej działań niepożądanych,

- inne grupy antybiotyków związane z ryzykiem majaczenia: beta-laktamy w szczególności karbapenemy, cefalosporiny I-III generacji, cefepime, makrolidy, linezolid, metronidazol.

b) analgetyki (wysokie ryzyko w przypadku opiatów, możliwe także po NLPZ):

- stosowanie opioidowych leków przeciwbólowych jest związane ze wzrostem ryzykiem majaczenia. Warto jednak podkreślić, że innym istotnym czynnikiem jego wystąpienia może być brak adekwatnego leczenia bólu. W takiej sytuacji zastosowanie leków opioidowych może być konieczne pomimo występowania objawów majaczenia. Nie wszystkie opioidowe leki przeciwbólowe są związane z takim samym ryzykiem. Wykazano, że najsilniej deliriogennym lekiem jest petydyna, której z tego powodu nie powinno się stosować. Najmniejsze ryzyko majaczenia wiąże się prawdopodobnie ze stosowania oksykodonu.

c) benzodiazepiny i leki nasenne:

- zarówno benzodiazepiny, jak i niebenzodiazepinowe leki nasenne mogą zwiększać ryzyko występowania majaczenia. Warto przy tym podkreślić, że ryzyko dotyczy zarówno ich stosowania, jak i gwałtownego odstawienia. Największe ryzyko występowania majaczenia wiąże się ze stosowaniem benzodiazepin o długim czasie działania. Nie jest zalecane podawanie benzodiazepin w leczeniu majaczenia. Zaleca się unikanie benzodiazepin i leków nasennych u pacjentów powyżej 65 roku życia, szczególnie ze współwystępującym zespołem otępiennym,

co więcej leki Z (zolpidem, zopiklon, zaleplon) nie są zalecane u pacjentów hospitalizowanych z OIT.

d) glikokortykosterydy:

- stosowanie glikokortykosteroidów zwiększa ryzyko majaczenia i jest ono proporcjonalne do stosowanych dawek leku. Szczególnie często występuje u pacjentów onkologicznych leczonych kortykosteroidami (szczególnie, gdy jest stosowana duża dawka).

e) inne leki:

- istnieją dowody na ryzyko majaczenia związane ze stosowaniem niesteroidowych leków przeciwzapalnych, beta-blokerów, Ca²⁺-blokerów, H₂-blokerów, inhibitorów pompy protonowej, leków dopaminergicznych stosowanych w chorobie Parkinsona, leków przeciwdepresyjnych w szczególności trójcyklicznych leków przeciwdepresyjnych i paroksetyny, litu, gabapentyny, amiodaronu, lignokainy i digoksyny.

Leczenie farmakologiczne majaczenia powinno być włączone na końcu, ale w praktyce codziennej jest to często trudne, szczególnie gdy na plan pierwszy wysuwają się objawy psychotyczne i lęk. Wszystkie zastosowane typowe i atypowe neuroleptyki zwiększają ryzyko wystąpienia objawów parkinsonowskich oraz wydłużenia czasu QT w EKG. Należy zwrócić na to szczególną uwagę.

W przypadku stosowania leków (neuroleptyków, benzodwiazepin) w majaczeniu należy przestrzegać zasady **start slow, go slow**, tzn. zaczynać od niskich dawek i powoli je zwiększać. Można stosować następujące leki:

- haloperidol (typowy neuroleptyk): 0,5-1,0 mg p.o. co 6 godz. (maks. dawka 2 mg),
- często pojawiają się objawy pozapiramidowe, dożylne podawanie tylko wówczas, gdy pacjent jest monitorowany,
- risperidon (atypowy neuroleptyk): 0,5-1,0 mg na dobę,
- kwetiapina (atypowy neuroleptyk): 25-50 mg/ dobę, możliwe podawania także u pacjentów z chorobą Parkinsona,
- olanzapina: 2,5-5 mg p.o. 2 x dz.; objawy uboczne: zespół pozapiramidowy, wydłużenie odcinka QT,
- lorazepam (benzodwiazepina): 0,5-1,0 mg p.o., według potrzeby; uwaga: sedacja, reakcje paradoksalne (podniecenie, niewydolność oddechowa, dezorientacja).

Zapraszamy na kolejny artykuł, w którym zostanie przedstawiony problem otępienia u ludzi w podeszłym wieku.

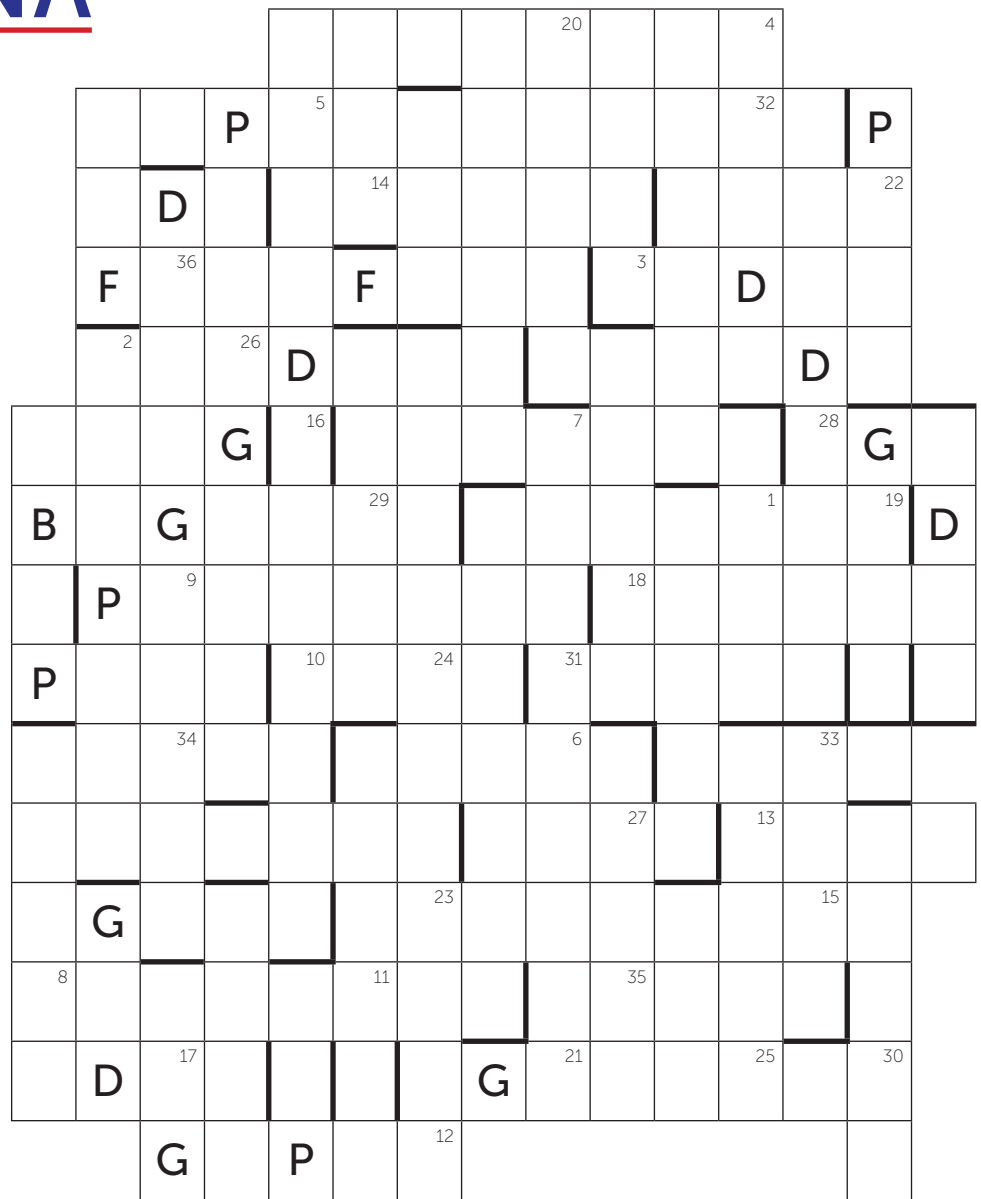
Beata Kiernożek,
Ewa Czech-Żbikowska,
Katarzyna Rymkiewicz

76 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 67 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, D, F, G i P. Na ponumerowanych polach ukryto 36 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Aleksandra Fredry.

Jerzy Badowski

- powyżej kolan
- gród nad Sanem
- czego dotknął zamieniał w złoto
- Przesmyk Koryncki
- wyżyny w środkowej Algierii
- grupa wysp na Arafura
- japońska laparotomia
- Asuańska
- numer podatkowej identyfikacji
- tułów
- następca Ruryka
- prowadzi dochodzenie
- i begardzi
- gaz w jamie opłucnowej
- wyróżną barany pod Troją
- wieś na pd. krańcu Wadągu
- węzojad
- prymitywna rasa owiec karpackich
- Piłsudskiego w Olsztynie
- ostrzyż, szafrancica
- wyptywa z jeziora Roś
- sport superciężkich
- butane lub kare
- żona Ozyrysa
- najwyższy wulkan w Peru
- tłum przyglądaczy
- krzyżówkowa papuga
- sławna opera Pucciniego
- naprawiony ciuch
- uniwersytet w New Haven
- Rządu RP na kraj
- imię Christie
- krokodyl lub żółw
- włoskie kąpielisko w Emilia-Romania
- różne dzięki przyprawom
- między rtęcią a ołowiem
- tkanina na opatrunki
- ostan w zach. Iranie
- uchodzi w Lizbonie
- przesadna analiza
- z 2-piórkowym wiostem
- część składowa
- zlewne lub zimne
- dom studencki
- cechy podobne, analogiczne
- średniowieczny oddział wojsk
- tętnica główna
- słońca konserwa rybna
- wzięcie w poddaństwo
- moje ja
- system Tomasza z Akwinu
- ośrodek poparcia dla partii
- dynamiczne cechy krążenia krwi
- sąsiadka Alaski
- partner Ewy
- okres rozwoju klimatycznego rośliny
- przesadna wypowiedź na cześć
- gród nad Segurą
- tu es petrus, czyli
- uryna



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

- litewska elektrownia jądrowa
- niepokojąca odgłosy silnika
- ryś stepowy
- założyciel drukarni w Krakowie
- siodłata lub śmieszka
- doskonałe dzieła sztuki i literatury
- amaurosis

Rozwiązanie krzyżówki nr 75 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 76): „Przyroda jest lekarzem wielu chorób”. Nagrodę otrzymuje Anna Lasota z Zakładu Medycyny Nuklearnej. Gratulujemy. Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.

