



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 85

październik-grudzień 2024

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162



PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie

Redaktor naczelny

Przemysław Prais

Korektor

Elżbieta Wojciechowska

Stała współpraca

Jerzy Badowski
Hanna Taraszkiewicz
Beata Jastrzębowska
Radosław Kowalski
Beata Kiernożek
Marta Gołąb-Kocięcka

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.ccp.com.pl

Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmiany tytułów.

Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności za treść
nadsyłanych publikacji.

- s. 3 Przed nami nowy rok, nowe wyzwania
- s. 5 Wykonujemy operacje za pomocą robota
- s. 8 „Cytobus wyjechał”
- s. 10 Prostata pod lupą
- s. 14 Głęboki wdech.... i co dalej?
- s. 18 Prawnik, strażak, saper, lekarz
- s. 20 Gdy człowiek wybiera taki zawód, musi chcieć pomagać ludziom
- s. 23 Wsparcie dla osób ze szczególnymi potrzebami: nowe materiały PFRON w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie
- s. 24 Sukces położnej z naszego szpitala
- s. 24 Kolejna nagroda na koncie!
- s. 25 „Nasi w Europarlamencie”
- s. 26 Podziękowania pacjentów
- s. 27 Jolka Szpitalna



Przed nami nowy rok, nowe wyzwania



Pani Dyrektor, z jakimi emocjami zamyka Pani ten rok i wchodzi w nowy?

Końcówka roku i początek roku to zawsze są emocje finansowe, bo podsumowujemy ostatnie 12 miesięcy. Każdy rok jest inny. Inaczej go spinamy, inaczej go planujemy, inne są ryzyka. Zmieniają się sposoby finansowania tych samych procedur, więc im szybciej to wytapiemy, tym lepiej się przygotujemy, lepiej się zorganizujemy.

Nie podsumowaliśmy jeszcze roku, ale zdaje się, że będzie dobrze, z całym pozytywnym wynikiem finansowym. Wczoraj usłyszałam, że to jest jakaś patologia, że w tych czasach szpital się bilansuje. Rozbawiło mnie to określenie. Norma jest inna dla większości szpitali, ale cieszymy się z tego, co mamy. Zresztą chciałabym, żeby to było przestanie: żebyśmy się cieszyli z tego co mamy i doceniali to, co mamy, to, co potrafimy i to, co nam wychodzi. To jest siła tego szpitala, a myślę, że nie wszyscy sobie z tego zdają sprawę.

Chodzi o to, żebyśmy robili bardzo dobrze to, co robimy, żebyśmy robili to swoim tempem, żeby nie było zrywów, przyspieszeń. Żebyśmy się wzajemnie szanowali. Ponieważ to, co obserwuję i co mnie najbardziej niepokoi, to fakt, że niektórzy się wypalają. Musimy zadbać w nowym roku o atmosferę, zadbać o ludzi, zadbać o siebie.

Powiedziała Pani, że nie wszyscy mamy świadomość tego, co nam się udało. Spróbujmy wypunktować te najważniejsze rzeczy.

Udała się większość inwestycji. Zrealizowaliśmy większość planów, praktycznie w stu procentach. Nie wyszedł nam jeden projekt. Nie otrzymaliśmy dofinansowania na rozbudowę centrum wsparcia badań klinicznych. Ale aż tak bardzo nie rozpaczam z tego powodu, ponieważ wymogi tego programu były dość duże, trzeba było wygospodarować 300 metrów kwadratowych, a nam jest ciasno, my musimy szpital rozbudować. Step by step, małymi krokami, inną metodą, ale będziemy rozwijać to centrum. To też nie jest tak, że zwijamy żagle, bo nie dostaliśmy dofinansowania. Będziemy szukać innych pieniędzy. To jest jedyna rzecz, która nam nie wyszła.

Pozostałe trudności traktuję jak wyzwanie. Niezakończoną mamy chirurgię onkologiczną i to jest moja duża bolączka. Narodowy Fundusz Zdrowia nam to obiecał, ale ciągle są problemy i ten temat spada. Natomiast żyję nadzieją, że w tym roku, najpóźniej od lipca zakontraktujemy chirurgię onkologiczną. Reszta nam wyszła i bardzo się cieszę.

System robotyczny Da Vinci to flagowa inwestycja?

Zdecydowanie. Da Vinci otwiera nową erę. To jest nowa technologia i nowe wyzwanie. To są też nowe ryzyka, ale zdecydowanie jest to skok rozwojowy Szpitala Wojewódzkiego. Taka nasza wisienka na torcie pod koniec roku.

Z nowości: szukamy innych metod obsługi pacjenta. Zdefiniowaliśmy problemy diagnostyczno-lecznicze dwóch grup pacjentów. Pierwsza to pacjenci z wielochorobowością, którzy wymagają w jednym czasie pomocy czy konsultacji kilku specjalistów. To jest nowe wyzwanie organizacyjne dla szpitala.

Druga grupa to pacjenci, którzy mają jedną jednostkę chorobową, ale na takim etapie zaawansowania albo tak zdefiniowaną w koszyku świadczeń, która też musi być prowadzona w sposób skoordynowany. To jest też nowe wyzwanie organizacyjne dla szpitala, bo wykracza poza taką klasyczną strukturę organizacyjną. Wymaga pewnej elastyczności, innego podejścia, być może nowoczesnych narzędzi powiązanych z telemedycyną, żeby sprostać tym zadaniom.

Z tego powodu utworzyliśmy Dział Usług Medycznych i Statystyki, rozszerzyliśmy i zmieniliśmy jego nazwę, ale to początek drogi. W nowym roku chcemy dopracować całość. Złożyliśmy wniosek, który jest w trakcie procedowania. To jest zupełnie innowacyjne rozwiązanie, zupełnie inne podejście do rozwiązywania problemów wielu pacjentów.

To ogromne wyzwanie dla naszego szpitala, tym bardziej, że chcielibyśmy w tym projekcie integrować działania ze szpitalami powiatowymi. Większość skomplikowanych pacjentów wraca do siebie do domu i tam lekarze mogą mieć problemy z ich prowadzeniem.

Chcemy zbudować takie drogi komunikacji, żeby lekarze, którzy chcieliby skonsultować się z naszymi specjalistami, mieli taką możliwość. Żebyśmy my mogli bezpośrednio uzgodnić, doradzić. Trochę chcemy się wpisać z tymi zamysłami organizacyjnymi w ideę Pani Minister Leszczyny: ideę odwracania piramidy świadczeń. To będą wyzwania raczej funkcjonalne, organizacyjne, ale szpital musi poprawiać swoją sprawność i organizację, żeby sprostać tym nowym potrzebom.

Pobrzmiewa mi gdzieś w Pani głosie konieczność osławiania się ze zmianami. Styszymy z kolei na korytarzach hasło „konsolidacja szpitali”, co ono może oznaczać, dla szpitala wojewódzkiego?

Szpital wojewódzki nie podlega konsolidacji, bo konsolidacja jest dedykowana szpitalom, które muszą napisać plan naprawczy, które mają problemy finansowe, które mają słabą strukturę organizacyjną.

My mamy bardzo dobrą strukturę organizacyjną. Straciliśmy hematologię i to jest największa porażka tego roku, ale wierzę, że ją odbudujemy. Brakuje nam hematologii. Być może uda nam się ją odbudować w jakimś zakresie. Być może utworzymy ośrodek leczenia szpiczaka i to będzie namiastka hematologii. W ten sposób uzupełnilibyśmy tę lukę medyczną w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym. Natomiast na konsolidację można dostać pieniądze, a jaki ma problem szpital wojewódzki? Za mały kontrakt z funduszem.

My jesteśmy szpitalem pracującym „na ostro”, ponosimy olbrzymie koszty gotowości. Mamy sztab ludzi na dyżurze, którzy czuwają, żeby pomagać pacjentom. Ale mamy za mały kontrakt.

Nam w zasadzie brakuje kontraktu w każdym zakresie. Natomiast gdybyśmy mogli ugrać duży kontrakt na tej konsolidacji i rozbudować szpital, czyli rozwiązać problemy, to jesteśmy w stanie się pochylić nad tym tematem.

Natomiast jeżeli to ma być jakiś „zamach” na Szpital Wojewódzki, może to nie jest dobre słowo, ale użyję go, jeżeli my mamy być wciągani w konsolidację i tylko wziąć ryzyko na głowę, nic z tego nie mając, to nie jesteśmy zainteresowani żadną konsolidacją.

Jednak jesteśmy jako wojewódzki szpital specjalistyczny istotnym elementem systemu.

Na razie nie ma ustawy, została cofnięta, więc nie ma tematu.

Natomiast jeżeli mamy rozmawiać o konsolidacji w kontekście budowy centralnego szpitala klinicznego, bo to jest jeszcze drugi temat, to trzeba nazwać rzeczy po imieniu. Centralnego Szpitala Klinicznego nigdy nie będzie w Olsztynie. Centralne szpitale kliniczne łączą wszystkie zakresy od pediatrii przez rehabilitację po geriatrię. To są olbrzymie centralne szpitale kliniczne, które mają wszystko.

Natomiast z tego co ja słyszę, bo nie widziałam planów, uniwersytet chce budować drugi szpital wojewódzki, bo to ma być centralny szpital kliniczny, ale bez pediatrii, bez pulmonologii, bez onkologii, bez rehabilitacji. Trzeba więc zadać sobie pytanie, czy potrzebujemy drugiego szpitala wojewódzkiego. Jeżeli ma to się wiązać z jakimiś ryzykami, to szpital wojewódzki partnerem w tym procesie nie będzie.

W takim razie, jakie wyzwania Pani stawia przed sobą i przed zespołem na przyszły rok? Co będzie dla nas wiodącym tematem?

Kontynuowanie inwestycji. Przede wszystkim rozbudowa centrum, bo to pozwoli złapać oddech szpitalowi, jeżeli chodzi o strukturę. Chcemy też wzmocnić informatyzację szpitala. Jeden wniosek już złożyliśmy, przed nami jeszcze dwa konkursy.

Poza tym w ramach KPO zapowiadany jest konkurs na kardiologię, do którego się przygotowujemy. Zastanawiamy się, czy nie nadbudować jeszcze bloku operacyjnego i nie połączyć go z kardiochirurgią, robiąc jeden centralny blok. To jest duże wyzwanie, do przemyślenia, do analiz finansowych i organizacyjnych.

Kolejna możliwość, o której wiemy to spore pieniądze na e-zdrowie. Chcielibyśmy dzięki nim wdrażać nowoczesne rozwiązania telemedyczne i funkcje, które usprawniłyby obsługę i komunikację. Chodzi o komunikację z pacjentami na zewnątrz i wewnątrz szpitala, ale też o rozwiązania typu e-karta znieczulenia oraz inne narzędzia, które by ułatwiły zarządzanie szpitalem i realizację świadczeń zdrowotnych przez personel.

Do tego dochodzi kwestia kontraktu. My mamy umowy do końca czerwca z funduszem, trudno jest planować, bo ten okres finansowania jest bardzo mały. Przeliczenie ryczałtu mamy po pierwszym kwartale. Oczywiście trochę zaryzykujemy, bo domyślamy się, na jakim poziomie finansowania możemy skończyć rozmowy z funduszami nawet po przeliczeniu tego kontraktu.

Czasami to symulujemy i specjalnie się nie mylimy, ale myślę, że 2025 rok będzie trudny, ponieważ składka będzie mniejsza. Nie zakładam, że w przyszłym roku będziemy bardzo rozwijać skrzydła. Trochę musimy je zwinąć, trochę normować tempo pracy, żeby ten rok kryzysu i braku pieniędzy przejść bezpiecznie. Wolę być przygotowana na kryzys, niż zaskoczona kryzysem.

Jak to połączyć z wyzwaniami i możliwościami, o których mówiliśmy wcześniej?

Po pierwsze, nie możemy robić przekroczeń. Po drugie zdarza się, że pacjenci niepotrzebnie przyjeżdżają do nas. Na miejscu okazuje się, że nie wymagają hospitalizacji. To jest dla nich niepotrzebny wysiłek, trud i koszt. Nie chcę mówić, że mamy inwazję pacjentów chętnych do leczenia, natomiast są pacjenci, którzy mogą skorzystać z pomocy innych szpitali, swoich, powiatowych, które też są dobre i też potrafią leczyć. Oczywiście są jednostki chorobowe, które muszą być leczone w szpitalu wojewódzkim i chodzi o to, żeby dobrze zróżnicować potrzeby hospitalizacji. To będzie służyło i pacjentom i powiatom, bo powiaty też muszą zrealizować kontrakt i też muszą leczyć pacjentów.

Jak szpital powiatowy nie realizuje kontraktu, to też ma problem finansowy, więc chodzi o to żeby sobie pomagać nawzajem. Żeby dobrze diagnozować i przyjąć pacjentów, hospitalizować tych, którzy tego wymagają, skoncentrować się na lepszej obsłudze przedszpitalnej i poszpitalnej. Chcemy też tymi narzędziami opanować długie kolejki, bo myślę, że jak to poprawimy, to nie będziemy mieli kolejek rocznych czy dwuletnich.

Podsumowując, chcemy trochę unormować swoimi siłami i pomysłami niedoskonały system ochrony zdrowia. To będzie wymagało wysiłku i cierpliwości. Mówię o cierpliwości dlatego, że jej brak bywa przyczyną skarg. Ja czytam wszystkie skargi, bo to jest dobra lektura dla dyrektora. Wynika z nich co źle działa, czego brakuje, czego potrzebuje personel, a czego pacjenci.

Pacjenci oczekują „zaopiekowania”, a personel dobrej atmosfery i współpracy. To wszystko się uzupełnia, bo pacjenci z wielochorobowością potrzebują pomocy od zespołów interdyscyplinarnych.

Czego życzy Pani personelowi, pacjentom i sobie na przyszły rok?

Dobrego zdrowia życzę, bo wszyscy potrzebujemy dobrego zdrowia. Cierpliwości, bo bywa wystawiana na próbę. Satysfakcji z pracy, bo ona daje nam radość. Chcę też życzyć dobrej atmosfery w pracy. Wszyscy ciężko pracujemy. Musimy balansować te obciążenia psychiczne i fizyczne dobrą atmosferą.

Dziękuję za rozmowę.



Ćwiczenia z wypadków masowych i katastrof

Wykonujemy operacje **za pomocą robota**

26 listopada 2024 rozpoczął się kolejny ważny rozdział w historii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Tego dnia przeprowadzono pierwszą operację z użyciem systemu robotycznego DaVinci. Robert Liss, koordynator Oddziału Leczenia Jednego Dnia z Profilem Urologicznym wykonał radykalną prostatektomię u 65-letniego pacjenta.



– Operacja trwała ponad 4 godziny. Wykonaliśmy zabieg radykalnie, z zaoszczędzeniem maksymalnie struktur, które otaczają prostatę. Trochę to trwało, bo takie są początki, ale jesteśmy dobrej myśli, idziemy dalej. Operowany był pacjentem naszej poradni urologicznej. Miał wykonaną biopsję, która potwierdziła nowotwór. Dla mnie jako zabiegowca z wieloletnim stażem to była wielka satysfakcja, że mogłem się przenieść z laparoskopii, a wcześniej z operacji otwartych na robotykę. To jest jak przesiąść

się z samochodu wyścigowego na rakietę kosmiczną, bo taka jest różnica w skuteczności operacji wykonanej poszczególnymi metodami. W jak najnowsze technologie trzeba iść.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie jest pierwszym szpitalem na Warmii i Mazurach, który dysponuje własnym systemem robotowym i trzema przeszkolonymi zespołami. Inwestycja kosztowała 11 499 270,91 zł. Zakup robota to: 10 972 215,91 zł, koszt

adaptacji pomieszczeń – 527 055,00 zł. Szpital otrzymał dotację z budżetu Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego w wysokości 8 000 000,00 zł.

Przygotowania do rozpoczęcia pracy w asystę robota trwały rok. W ich efekcie dr n.med. Robert Wojstław, zastępca ordynatora Oddziału Chirurgii Onkologicznej ze swoim zespołem 3 grudnia 2024 r. przeprowadził operację usunięcia odbytnicy:



– Robot redukuje drżenie ręki chirurga. Część narzędzia, którą się steruje ma zakres ruchu większy niż ręka operującego, a dodatkowo mamy możliwość obserwacji w 3D. Do tego dochodzi lepsza głębia pola operacyjnego, czyli lepsze warunki operacyjne. Zaletą procedur robotycznych jest możliwość operowania z bardzo bliska, więc bardzo dokładnie. Umożliwia to końcówka narzędzia, która jest cztery razy krótsza od narzędzia laparoskopowego. Trzeba zaznaczyć,

że 80% pacjentów z rakiem jelita grubego operowaliśmy z dostępu laparoskopowego. W chirurgii onkologicznej, którą się zajmuję, część operacyjna stanowi 60-70% skuteczności procesu terapeutycznego chorych z nowotworami. Radykalność usunięcia nowotworu jest kluczową sprawą w leczeniu chorego.

Mamy więc narzędzie, które znacząco poprawia odległe efekty leczenia.

Jeszcze większa skuteczność w leczeniu pacjentów onkologicznych była podstawowym argumentem napędzającym zarząd Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego do starań o zakup robota.

Dyrektor Irena Kierzkowska: Poradziliśmy sobie z tym trudnym wyzwaniem, bo takim było z punktu widzenia organizacyjnego i formalno-prawnego. Wszystkie procesy przygotowawcze



trwały rok, łącznie ze szkoleniem specjalistów z trzech zakresów. To nie koniec wyzwań. Teraz Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji też musi „pokochać” roboty, a właściwie kolejne zabiegi wykonywane za ich pomocą. Przypomnę, że przez wiele lat tylko prostatektomia była rozliczana i wyceniona przez Agencję Oceny Technologii. Niedawno weszły procedury jelita grubego oraz raków jelita grubego, macicy i jajnika.

Listę specjalistów, którzy zaczęli operować przy wykorzystaniu systemu robotowego zamykali ginekolodzy onkologiczni:

Dr hab. Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Klinicznego Ginekologii Onkologicznej: Ta technologia znacząco poszerza nasze możliwości. Pierwsza sprawa – wizualizacja. Możliwości naszego oka są poszerzone 16-krotnie. Możemy dotrzeć do najdalszych zakątków

człowieka, żeby operować w bezpiecznych granicach pod kontrolą wzroku. Laparoscopia ma swoje ograniczenia, my mamy możliwość ruchu narzędziem w siedmiu płaszczyznach. Technologia tego sprzętu jest niesamowita, a możliwości, które daje chirurgowi są nieprawdopodobne. Tu już nie ma operowania „po palcu”, tu już nie ma operowania na wycucie. To wszystko jest robione pod kontrolą wzroku. Precyzja narzędzi, dokładność wycinania na przykład węzłów chłonnych wartowniczych, raka trzonu, które mogliśmy wykonać u naszych dwóch pierwszych pacjentek, czyni tę procedurę znacznie bezpieczniejszą i ogranicza rozległość zabiegu.

W tym przypadku komfort pracy chirurga idzie w parze z komfortem pooperacyjnym pacjenta, o czym mówiła jedna z dwóch kobiet operowanych przy pomocy systemu robotycznego:

Bardzo szybko się uruchomiłam i bardzo krótko brałam leki przeciwbólowe. Nie było potrzeby, żeby brać je dłużej, bo ja po prostu bardzo dobrze się czuję fizycznie. Rokowania są dobre, za chwilę wychodzę do domu, czuję w sobie spokój.

Marta Gołąb-Kocięcka

Robot operacyjny w naszym szpitalu

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie od początku września 2024 r. posiada najbardziej zaawansowany i najlepszy chirurgiczny system robotyczny DaVinci. Z pomocą Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego kupiliśmy urządzenie, które pozwala wykonywać skomplikowane zabiegi chirurgiczne na najwyższym poziomie. – Dołączyliśmy tym samym do najlepszych ośrodków onkologicznych na świecie – mówił dr n. med. Robert Wojstów, z-ca ordynatora Oddziału Chirurgii Onkologicznej.

Wybrane zespoły operacyjne przeszły wieloetapowe szkolenie w ośrodkach polskich i zagranicznych, aby ostatecznie, po uzyskaniu certyfikacji, rozpocząć planowe zabiegi operacyjne.

W naszym szpitalu wykonywane są operacje w zakresie chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej i urologii, w szczególności będą to operacje nowotworów jelita grubego i odbytnicy, nowotworów trzonu macicy i gruczołu krokowego.

Decyzję o zakupie systemu DaVinci ogłoszono 5 października 2023 r. Podczas konferencji prasowej szczegóły planowanego przedsięwzięcia przedstawili Irena Kierzkowska, Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie i Gustaw Marek Brzezina, Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Marszałek podał, że samorząd województwa pokryje większość kosztów zakupu urządzenia.

Tzw. chirurgia robotowa jest najnowszą i prężnie rozwijającą się na świecie gałęzią medycyny zabiegowej, a w powszechnej świadomości kojarzona jest z robotem DaVinci.

Jak dotąd w 69 krajach wykonano z użyciem tego systemu ponad 10 milionów zabiegów. Obecnie w naszym kraju takie systemy wykorzystywane są w 24 szpitalach.

„Cytobus wyjechał”

Tegoroczny weekend mikołajkowy był dla nas szczególny. 7 i 8 grudnia 2024 r. odbyły się pierwsze badania w cytobusie.



Cytobus to nic innego jak mobilny gabinet badań cytologicznych, który został specjalistycznie wyposażony i dostosowany do pracy w terenie. Koszt zakupu i wyposażenia wyniósł 688 860,00 zł. Część pieniędzy pochodziła z funduszy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, ale większość stanowiła dotacja z Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego w wysokości 507 600,00 zł. Dzięki tym kwotom udało się stworzyć mobilną placówkę, która ma docierać do kobiet w różnych częściach województwa, szczególnie tam, gdzie dostęp do tradycyjnych placówek medycznych bywa ograniczony.

Dzięki temu innowacyjnemu rozwiązaniu, kobiety z całego regionu mają szansę na wykonanie badań cytologicznych w dogodnym dla siebie miejscu. To ważny krok w walce



z rakiem szyjki macicy. Bezpośrednim celem projektu jest poprawa wskaźników wykonalności badań profilaktycznych w regionie, które niestety pozostają na zbyt niskim poziomie, co przekłada się na ograniczone możliwości terapeutyczne. Jak pokazują statystyki, wśród pacjentek z rakiem szyjki macicy, które trafiły do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, jedynie 29% mogło zostać zakwalifikowanych do radykalnego leczenia operacyjnego. U pozostałych pacjentek diagnoza była zbyt późna, co oznaczało niemożność przeprowadzenia skutecznej interwencji.

Jak podkreślały potożne: Małgorzata Drężek-Skrzeszewska i Małgorzata Kietczewska, które przeprowadzały badania podczas pierwszego wyjazdu cytobusa, wielokrotnie w swojej pracy spotykały się z pacjentkami, które po urodzeniu dziecka przestały wykonywać cytologię i nie robiły jej przez dekady.

Jednak w czasie „Mikołajkowej Profilaktyki z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Olsztynie”, frekwencja była imponująca. Pomimo wczesnej pory, na Starym Mieście w Olsztynie kolejka pacjentek ustawiała się już 40 minut przed planowanym rozpoczęciem badań. W ciągu dwóch dni przebadano 98 pacjentek, które skorzystały z płynnej cytologii, sfinansowanej przez samorząd województwa warmińsko-mazurskiego.

Równie dużym powodzeniem cieszyła się akcja 11 grudnia 2024 r. Tym razem cytobus stanął na terenie Warmińsko-Mazurskiego Ośrodka Doradztwa Rolniczego. Badania były elementem konferencji dla kobiet z obszarów wiejskich pod hasłem „Profilaktyka zdrowia narządów rodnych kobiet. Wyzwania i możliwości”. Na spotkanie przyjechały kobiety z całego województwa. Małgorzata Drężek-Skrzeszewska oraz Małgorzata Kietczewska wykonały 28 badań cytologicznych.



Eksperti podkreślają, jak ważna jest profilaktyka, a regularne badania cytologiczne stanowią kluczowy element we wczesnym wykrywaniu zmian nowotworowych. Cytobus jest odpowiedzią na potrzeby kobiet, dla których bariera komunikacyjna jest tym, co powstrzymuje je od wykonania diagnostyki. Dzięki mobilnym badaniom, dostęp do usług

medycznych staje się łatwiejszy, a kobiety mogą skorzystać z nich w swoich lokalnych społecznościach.

Cytobus to nowoczesne narzędzie w walce z rakiem szyjki macicy i przykład skutecznej współpracy samorządu z sektorem ochrony zdrowia.

Prostata pod lupą

Jak rozpoznać i zminimalizować ryzyko raka

Ryzyko raka gruczołu krokowego wzrasta z wiekiem. Nowotwór ten bardzo rzadko ujawnia się przed 50. rokiem życia, a ponad połowa chorych w momencie rozpoznania ma co najmniej 70 lat.

Gruczoł krokowy, inaczej zwany sterczem jest narządem położonym w miednicy, poniżej pęcherza moczowego. Prawidłowy ma wielkość kasztana. Przez jego miąższ przebiega część sterczowa cewki moczowej. Tylne części stercza przylega bezpośrednio do odbytnicy. Podzielony jest na strefę obwodową i przejściową. Nowotwory złośliwe (rak) rozwijają się przede wszystkim w obwodowej części gruczołu.

Rak prostaty to nowotwór, na który mężczyźni w Unii Europejskiej zapadają najczęściej i który jako drugi (po raku płuca) najczęściej doprowadza do ich zgonu.

Czynniki związane z podwyższonym ryzykiem rozwoju raka stercza to:

- obciążenie rodzinne (rak stercza w rodzinie),
- rasa czarna,
- otyłość i dieta wysokotłuszczowa,
- narażenie na androgeny (męskie hormony płciowe).

Obecnie większość raków gruczołu krokowego wykrywana jest w stadium bezobjawowym – chorzy są diagnozowani w związku ze stwierdzeniem podwyższenia stężenia PSA lub trafiają do urologa z powodu objawów łagodnego przerostu gruczołu krokowego.

W przypadku rozwoju nowotworu w centralnej części gruczołu mogą, podobnie jak w prześrobie, wystąpić dolegliwości związane z oddawaniem moczu, takie jak trudności w opróżnianiu pęcherza czy częstomocz.

Nowotwory zaawansowane miejscowo mogą wywoływać objawy związane z zajęciem sąsiednich narządów, takie jak bóle podbrzusza czy zaburzenia oddawania moczu i stolca. Zajęcie węzłów chłonnych może prowadzić do (zwykle jednostronnego) obrzęku kończyny dolnej i/lub genitaliów.

Okolo 5-10% raków stercza wykrywanych jest w stadium zaawansowanym. Ponieważ nowotwór ten początkowo powoduje głównie przerzuty do kości, pierwszym objawem w tej grupie chorych są zwykle dolegliwości ze strony układu kostnego: ból, ucisk innych wrażliwych struktur, rzadziej złamania wywołane przez przerzuty. W odróżnieniu od większości nowotworów w raku stercza typowe są przerzuty osteosklerotyczne (osteoblastyczne – zwiększające gęstość tkanki kostnej w obrębie przerzutu).

Dwa najczęstsze badania przesiewowe w kierunku raka prostaty to:

- badanie per rectum
- badanie PSA



Rys. 1 Graficzne przedstawienie obecności guza w gruczole krokowym (źródło: MediSky International)

Badanie per rectum: lekarz sprawdza prostatę przez odbyt pacjenta. Ma to na celu:

- wyczucie gruczołu krokowego
- ocenę tekstury tylnej części gruczołu, gdzie powstaje większość nowotworów prostaty
- sprawdzenie czy prostata wolna jest od guzków lub twardych obszarów, które mogą być rakiem.

Badanie to zwykle nie jest bolesne i zajmuje tylko kilka sekund.

Badanie PSA: wykonywane jest z próbki krwi pacjenta pobranej z żyły. PSA to białko wytwarzane wyłącznie w komórkach gruczołu krokowego. Jego zadaniem jest upłynnianie nasienia, dlatego też PSA znajduje się przede wszystkim w spermie. Jeżeli jednak stercz produkuje go więcej – np. w związku z niekontrolowanym rozrostem prostaty – większe ilości antygeny można wykryć także we krwi mężczyzny.

Uwaga: nie każdy pacjent z rakiem gruczołu krokowego będzie miał podwyższony poziom PSA. Nie zawsze też zwiększone stężenie tego białka w osoczu musi oznaczać nowotwór. Antygen ten powstaje również w zdrowych komórkach prostaty, a jego nadprodukcja potrafi wynikać chociażby z zapalenia lub łagodnego przerostu stercza. Chociaż nie ma idealnego testu przesiewowego w kierunku raka prostaty, test PSA jest najczęstszym badaniem zalecanym dla każdego mężczyzny powyżej 18 roku życia.

Płynna biopsja prostaty

Wykonuje się ją w celu pogłębienia diagnostyki.

Badanie SelectMDx znalazło się w 2018 r. w rekomendacjach Europejskiego Towarzystwa Urologicznego w postępowaniu w diagnostyce u pacjentów, u których rozważa się wykonanie biopsji prostaty.

Jeżeli w związku z diagnostyką podwyższonego stężenia PSA lub nieprawidłowego badania per rectum rozważane jest wykonanie pierwszej lub powtórnej biopsji prostaty, warto zastanowić się nad wykonaniem płynnej biopsji prostaty. Jest to nieinwazyjne badanie wykonywane na podstawie próbki moczu mierzące ryzyko wykrycia istotnego klinicznie nowotworu stercza w trakcie dalszej diagnostyki. Badanie pozwala na pomiar poziomu mRNA DLX1 oraz HOXC6 – genetycznych biomarkerów, których ekspresja, zgodnie z badaniami klinicznymi jest silnie powiązana z obecnością agresywnego nowotworu.

Płynna biopsja prostaty umożliwia pacjentowi podjęcie wraz z lekarzem świadomej decyzji co do zasadności wykonania pierwszej lub powtórnej biopsji prostaty. Tym samym pozwala uniknąć narażenia pacjenta na wystąpienie powikłań po biopsjach.

Rezonans magnetyczny

Najdokładniejszym badaniem diagnostycznym oceniającym sam gruczoł krokowy, tkanki otaczające, okoliczne węzły chłonne i układ kostny miednicy jest badanie MR (rezonans magnetyczny) gruczołu krokowego.

W trakcie wieloparametrowego rezonansu magnetycznego prostaty specjalista radiolog ocenia gruczoł krokowy w trzech podstawowych technikach obrazowania, które umożliwiają całościową ocenę ognisk patologicznych.

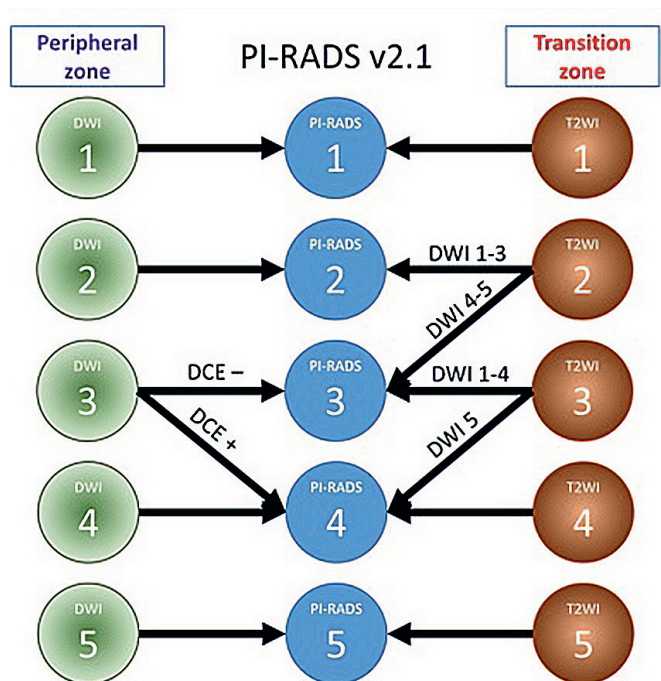
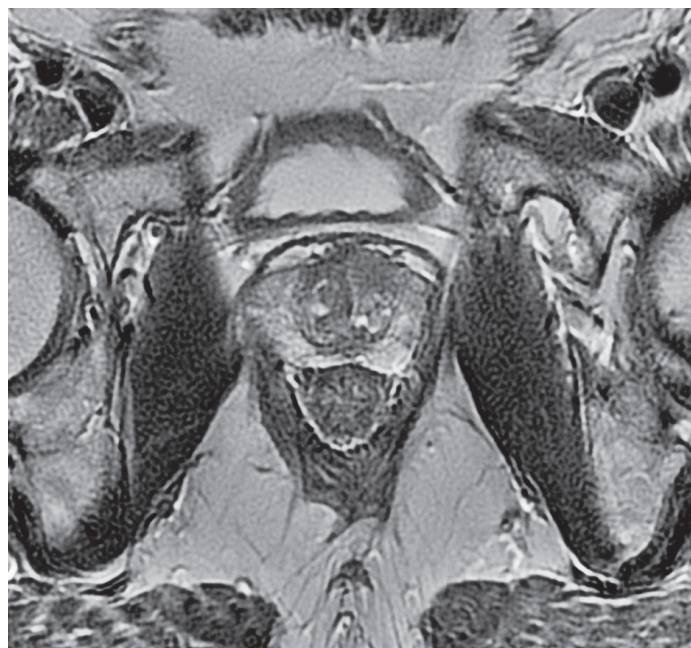
Metody te uwzględniają morfologię gruczołu (T2), dyfuzję cząsteczek wody przez tkankę (DWI) oraz wzmocnienie sygnału ognisk po podaniu kontrastu (perfuzja). Zmiany oceniane są według międzynarodowej skali PI-RADS.

W oparciu o wynik badania MR i dołączoną do badania mapę sektorową urolog wykonuje fuzyjną biopsję gruczołu krokowego.

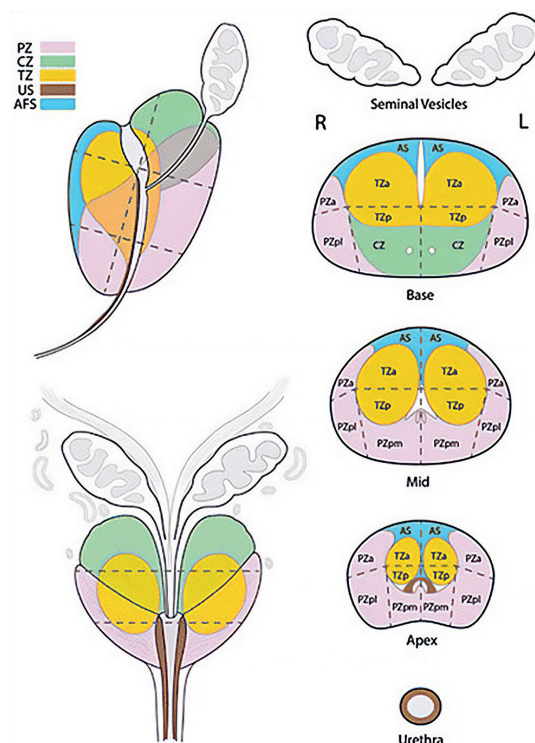




Rys. 3 Podejrzana zmiana strefy obwodowej i przejściowej stercza (źródło: Radiopedia)



Rys. 5 Zależności ostatecznej klasyfikacji PI-RADS od oceny poszczególnych elementów badania wieloparametrycznego MR.



Rys. 6 Mapa sektorowa, na której radiolog oznacza miejsca podejrzone

Podczas badania pacjent otrzymuje dożylnie środek kontrastowy, który jest oparty na bazie związków gadoliny. Kontrasty gadolinowe mają mniej przeciwwskazań oraz są dobrze tolerowane przez pacjentów. Przed badaniem pacjent otrzymuje ankietę, w której uwzględnia się czynniki ryzyka. Badanie MR trwa około 30 minut i jest całkowicie bezbolesne.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie badania MR gruczołu krokowego wykonuje doświadczony zespół Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej. Rejestracja na badanie MR (niski parter zachodniego skrzydła budynku głównego Szpitala): od poniedziałku do piątku w godz. 7.30-19.30, tel. 89 53 86 375.

Z Oddziałem Leczenia Jednego Dnia z Profilem Urologicznym, można skontaktować się dzwoniąc pod numer 89 670 91 22. Do Poradni Urologicznej (ul. Żołnierska 16a) po otrzymaniu skierowania można się zarejestrować: osobiście od poniedziałku do czwartku w godz. 7.00-18.00, w piątek w godz. 8.00-14.30, telefonicznie w tych samych dniach i godzinach pod numerem 89 54 44 200 oraz internetowo przy użyciu aplikacji e-pacjent, email: rejestracja@wss.olsztyn.pl, dla osób niestyszących email: nieslyszacy@wss.olsztyn.pl.

Dr n. med. Anna Szalcunas
Olsztyn

Treść pisana na podstawie wiadomości w Radioterapii, portalu MZ (krajowy rejestr nowotworów), Zwrotnikraka.pl i prac Antoniego Popisa.



W listopadzie koncentrujemy się na zdrowiu mężczyzn. Dowodem tego była akcja zorganizowana z inicjatywy Dyrekcji i pracowników Oddziału Jednego Dnia z Profilem Urologicznym. Zaprosili oni pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego do profilaktyki. Każdy chętny mógł wykonać oznaczenie poziomu PSA i skorzystać z badania USG układu moczowego. W sumie przebadani około 40 pracowników naszego szpitala. Serdeczne podziękowania kierujemy nie tylko stronę Panów, którzy skorzystali z badania, ale także w stronę zaangażowanych w akcję Pań! Zdjęcia mówią same za siebie!



Głęboki wdech.... i co dalej?



Oddychanie jest funkcją, bez której nikt z nas nie mógłby żyć.

Wszystko, co żyje, oddycha. Ta niezależna od woli, odruchowa czynność sprawia, że tlen dostaje się do najważniejszego organu naszego ciała – mózgu. Zdarzają się jednak sytuacje kryzysowe, a także schorzenia zaburzające oddychanie.

Procesem oddychania (respiracji) kieruje ośrodek oddechowy, będący częścią układu вегетatywnego, który znajduje się w rdzeniu przedłużonym. Oddychanie składa się z dwóch faz – wdechu i wydechu. Podczas wdechu kurczą się mięśnie międzybrowne, płuca powiększają się, żebra rozszerzają, a przepona obniża. Powiększa się wtedy objętość klatki piersiowej i tworzy podciśnienie, które umożliwia zasysanie powietrza. W trakcie wydychania powietrza przepona wraca na swoje miejsce, zmniejsza się pojemność płuc, a zwiększa ciśnienie panujące wewnątrz, powietrze uchodzi z płuc.

Podstawową, ale nie jedyną, rolę oddychania jest dostarczanie tlenu i usuwanie dwutlenku węgla z organizmu. Funkcje drugorzędne nie są bezpośrednio związane z wentylacją i wymianą gazową, ale wiążą oddychanie z czynnościami innych procesów i układów. Oddychanie wpływa na modulację w autonomicznym układzie nerwowym, pobudzenie i procesy regeneracyjne, kontrolę postawy ciała i funkcje motoryczne oraz liczne procesy związane z utrzymaniem i zmianą ciśnienia w ciele. Wszystkie funkcje oddychania, podstawowe i drugorzędne współpracują ze sobą. Zaburzenia w funkcjach podstawowych będą powodowały brak wydajności funkcji drugorzędnych i odwrotnie. Z tego powodu np. przewlekły silny stres manifestujący się hiperwentylacją może powodować objawy związane z niedotlenieniem – bóle głowy, zaburzenia koncentracji, ale również bóle kręgosłupa.

Nie sposób tu również nie wspomnieć o istotnej roli oddychania podczas mówienia i śpiewania – mocny głos to zasługa pracy mięśni oddechowych i przepony, zaś swobodna i płynna wypowiedź jest możliwa dzięki koordynacji oddechowo-fonacyjnej i długiej fazie wydechowej.

Zaburzenia oddychania

O chorobach płuc najczęściej mówi się mając na myśli chorą tkankę jak np. w rozedmie, mukowiscydozie, POChP, nowotworach lub w przypadkach infekcji t.j. COVID-19.

Należy jednak patrzeć na te trudności szerzej przez pryzmat mechaniki oddechowej. Dysfunkcja nerwowo-mięśniowa może również dramatycznie ograniczyć pojemność płuc, wpłynąć na skuteczność kaszlu, a czasem na skutek porażenia doprowadzić do zatrzymania oddechu mimo „zdrowej” tkanki.

Zaburzenia nerwowo-mięśniowe (Neuromuscular Disorders- NMD) wpływają na funkcjonowanie mięśni poprzez utratę napędu centralnego, utratę funkcji neuronu, połączenia nerwowo-mięśniowego lub zniszczenie włókien mięśniowych. Utrata funkcji na którymkolwiek z tych poziomów wpływa na mięśnie oddechowe, powodując upośledzenie oczyszczania dróg oddechowych z powodu osłabionego kaszlu lub jego braku, hipowentylacji z niedotlenieniem i hiperkapnią, a ostatecznie jawną niewydolność oddechową. Początek i progresja niewydolności oddechowej mogą być ostre (np. podczas kryzysu miastenii), bardzo stopniowe (np. dystrofia mięśniowa) lub szybko postępujące (np. w SLA).

Dysfunkcję nerwowo-mięśniową układu oddechowego można podzielić na 3 główne obszary:

- 1) **funkcja wentylacji** – determinowana głównie przez mięśnie wdechowe;
- 2) **funkcja kaszlu** – określona przez funkcję wdechową, wydechową i zwarcie krtaniowe;
- 3) **połykanie i ochrona dróg oddechowych** – determinowane przez mięśnie głośnia.

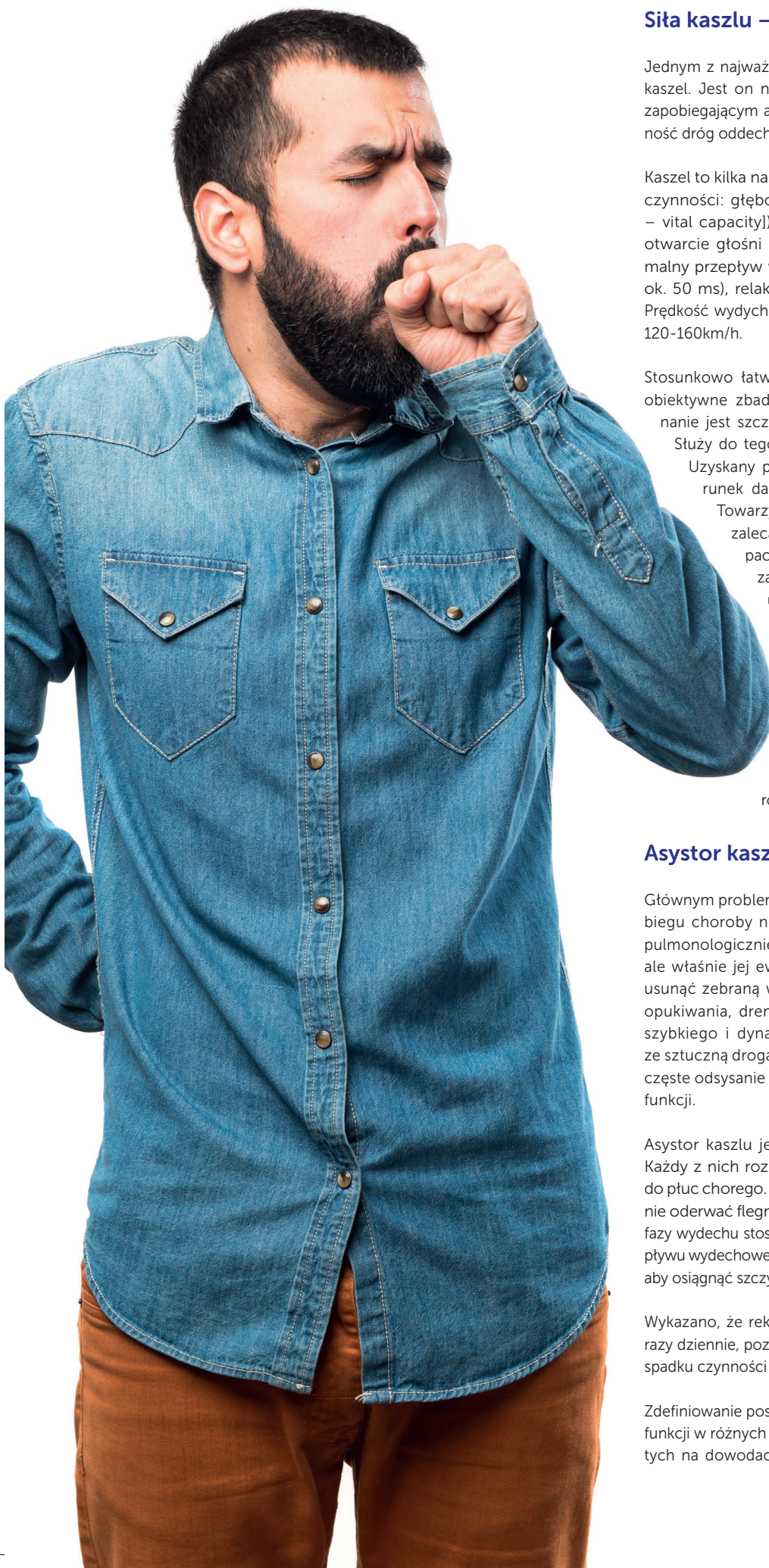
Zaburzeniami oddechowymi o podobnym mechanizmie są również te związane z zabiegami w obrębie klatki piersiowej i brzucha, gdzie ruch klatki piersiowej zostaje ograniczony bólem albo chorych długotrwale unieruchomionych lub wymagających wentylacji mechanicznej.

To kluczowe rozdzielenie determinuje diametralnie inny rodzaj postępowania. Rozpoznanie wczesnych objawów zaburzeń oddychania jest kluczem do skutecznego, obiektywnego badania i interwencji. Wczesne objawy osłabienia mięśni oddechowych mogą obejmować płytki oddech, niewyraźną mowę, niezdolność do kaszlu lub osłabiony kaszel, niemożność wydychania nosa, zmęczenie, poranne bóle głowy, senność w ciągu dnia i zaburzenia funkcji poznawczych. Nawracające zapalenia płuc również mogą świadczyć o upośledzeniu oczyszczania dróg oddechowych lub dysfagii.

Istnieją doniesienia, że w przypadku SLA wczesne rozpoczęcie prehabilitacji oddechowej może wydłużyć życie aż trzykrotnie.

Przebieg zaburzeń oddychania w reprezentatywnych chorobach neurologicznych

rodzaj uszkodzenia – przykłady chorób	tempo postępowania zaburzeń	występowanie dysfunkcji oddechowych i rokowanie
Ośrodkowy układ nerwowy M – choroba Parkinsona – udary mózgu – (szczególnie w pniu)	zmienne powolny progres stałe lub stopniowo odwracalne	Funkcja płuc jest upośledzona u 63%; Niewydolność oddechowa lub infekcja powoduje śmierć u 5%. Zapalenie płuc jest przyczyną 20% zgonów, głównie z powodu zajęcia mięśni górnych dróg oddechowych i upośledzonego kaszlu. Chorzy wymagają wytonienia sztucznej drogi oddechowej. Osłabiony odruch kaszlowy może być przyczyną zachłystowego zapalenia płuc.
Uszkodzenia rdzenia kręgowego	stałe	Wysokie uszkodzenia (C1–C3) zwykle powodują potrzebę długotrwałego leczenia za pomocą wentylacji mechanicznej.
Zaburzenia neuronu ruchowego – postpolio syndrome – SLA	powolny, ale stały progres postępujące	Zaburzenia oddychania z zajęciem mięśni oddechowych w początkowej infekcji. Śmierć następuje z powodu powikłań oddechowych.
Uszkodzenie nerwów ruchowych – Guillain-Barré syndrome – choroba Charcot-Marie-Tooth	stopniowo odwracalne bardzo powolna progresja	Niewydolność oddechowa u 28% pacjentów. U 96–100% pacjentów występuje uszkodzenie nerwu przeponowego; 30% ma obniżoną pojemność płucną < 80%.
Złącze nerwowo-mięśniowe – Myasthenia gravis – botulizm	odwracalne stopniowo odwracalne	Zachłystowe zapalenie płuc może być przyczyną 6% śmiertelności. Z powodu niewydolności oddechowej śmiertelność wynosi 8%. Niektóre zaburzenia czynności płuc mogą utrzymywać się przez ponad rok.
Mięśnie (dystrofia mięśniowa Duchenne’a) – Polymyositis/ dermatomyositis – Miopatia porażenna	postępujące zmienne stopniowo odwracalne	Główną przyczyną zgonów jest niewydolność oddechowa. Wyniki badań czynnościowych płuc wydają się być prawidłowe, możliwe dysfunkcje przepony. Osłabienie mięśni związane z długotrwałą wentylacją i unieruchomieniem.



Siła kaszlu – dostownie i w przenośni

Jednym z najważniejszych wyznaczników wydolności oddechowej jest kaszel. Jest on naturalnym odruchem obronnym dróg oddechowych zapobiegającym aspiracji szkodliwych substancji i zapewniającym drożność dróg oddechowych.

Kaszel to kilka następujących po sobie skoordynowanych odruchowo czynności: głęboki wdech (ok. 50% pojemności życiowej płuc [VC – vital capacity]), zamknięcie głośni, skurcz mięśni oddechowych, otwarcie głośni (ciśnienie do 300 mmHg), szybki wydech (maksymalny przepływ wydechowy [PEF – peak expiratory flow] do 120 l/s ok. 50 ms), relaksacja, odwrócenie ciśnienia wewnątrz klatkowego. Prędkość wydychanego powietrza podczas kaszlu może osiągać nawet 120-160 km/h.

Stosunkowo łatwym do zmierzenia, a jednocześnie umożliwiającym obiektywne zbadanie skuteczności kaszlu i jego późniejsze porównanie jest szczytowy przepływ kaszlowy (PCF – peak cough flow).

Służy do tego proste w obsłudze i tanie urządzenie – pikfometr.

Uzyskany podczas pomiaru wynik jednoznacznie wskazuje kierunek dalszych oddziaływań terapeutycznych. Amerykańskie Towarzystwo Klatki Piersiowej (American Thoracic Society) zaleca pomiary szczytowego przepływu kaszlu u każdego pacjenta z chorobą płuc podczas każdej wizyty. Podobne zalecenia wydano dla osób z SLA i innymi zaburzeniami nerwowo-mięśniowymi. Przyjmuje się, że wartości <350 l/min wymagają wspomagania w różnych formach: manualnej, za pomocą ćwiczeń oddechowych lub gdy PCF spadnie poniżej 270 l/min z użyciem mechanicznej insuflacji-eksulacji (MI-E, czyli asystora kaszlu lub koflatora). Szczytowe natężenie przepływu wydechowego poniżej 160 l/min jest związane z niedodmą, zatykaniem śluzu, infekcją dróg oddechowych i hospitalizacją, które są głównymi przyczynami zachorowalności i śmiertelności w NMD.

Asystor kaszlu

Głównym problem osób cierpiących na zaburzenia oddychania w przebiegu choroby neurologicznej, znacząco różniącym ich od chorych pulmonologicznie, nie jest mobilizacja wydzieliny na tzw. „obwódzie”, ale właśnie jej ewakuacja. Chorzy ci nie mają dostatecznej siły żeby usunąć zebraną w głównym pniu płucnym wydzielinę, nie wymagają opukiwania, drenażu autogenicznego czy wibracji – oni potrzebują szybkiego i dynamicznego jej wyciągnięcia. W przypadku chorych ze sztuczną drogą oddechową problem (rzekomo) jest mniejszy, jednak częste odsysanie powoduje nakręcanie spirali i nie zmierza do poprawy funkcji.

Asystor kaszlu jest urządzeniem, które pracuje w oparciu o cykl. Każdy z nich rozpoczyna się od gwałtownego wtłoczenia powietrza do płuc chorego. Pozwala to zwiększyć objętość narządu oraz samoistnie oderwać flegmę od jego wewnętrznych ścianek. Następnie podczas fazy wydechu stosuje się podciśnienie w celu zwiększenia natężenia przepływu wydechowego. Ciśnienia wdechowe i wydechowe są regulowane tak, aby osiągnąć szczytowy przepływ kaszlu powyżej 160 l/min.

Wykazano, że rekrutacja objętości płuc, wykonywana co najmniej dwa razy dziennie, pozwala zachować pojemność życiową i spowolnić tempo spadku czynności płuc w dystrofii mięśniowej Duchenne’a i SMA.

Zdefiniowanie postępującego osłabienia mięśni oddechowych i utraty ich funkcji w różnych stadiach chorobowych pozwala na opracowanie (opartych na dowodach) praktycznych wytycznych dotyczących wdrażania



(źródło: Adobe Stock)

nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej opartej na wspomaganie wdechu i wydechu. Pomimo tych postępów, wiele osób z NMD nie korzysta z tych urządzeń. Pozostaje to obszarem do poprawy świadczenia opieki i standaryzacji ich stosowania, aby poprawić przeżywalność i jakość życia wszystkich osób z niewydolnością oddechową nerwowo-mięśniową.

Trening mięśni oddechowych

Aby zwiększyć siłę, szybkość, moc i wytrzymałość należy oczywiście ćwiczyć. Dotyczy to również mięśni oddechowych. Trening taki powinien być prowadzony na optymalnej objętości płuc – wdech po maksymalnym wydechu, a wydech po maksymalnym wdechu. Zalecane jest wykonywanie ćwiczeń dwa razy dziennie po 30 powtórzeń.

Mięśnie oddechowe reagują podobnie jak inne mięśnie, gdy usunie się bodziec treningowy – po zaprzestaniu ćwiczeń większość strat następuje w ciągu 2-3 miesięcy, i jako pierwsza słabnie wytrzymałość, a później siła.

Na rynku jest obecnie wiele urządzeń generujących opór na wdechu lub wydechu o różnym poziomie zaawansowania technologicznego, ale nawet te najprostsze i najpopularniejsze konstrukcje jak butelka z wodą i słomka również spełniają swoje zadania (należy jednak pamiętać o niskim poziomie wody i przestrzeni przez którą wydychane powietrze będzie uchodziło).

Logopeda mgr Marzena Woźniak
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej

Źródła i polecane artykuły dotyczące tematu:

1. Loutfi S Aboussouan, Respiratory disorders in neurologic diseases, Article in Cleveland Clinic Journal of Medicine · July 2005
2. Hilda M. Metjian, Karin Provost, Respiratory Therapy for Neuromuscular Disorders. Specific interventions are available to support respiratory function at different stages of respiratory decline in chronic neuromuscular disorders; July/August 2022, practicalneurology.com
3. Oliver Summ, Nahid Hassanpour, Christian Mathys, Martin Groß, Disordered breathing in severe cerebral illness – Towards a conceptual framework, 2022, www.elsevier.com/locate/resphysiol
4. J.C. Winck, C. LeBlanc, J.L. Soto, F. Plano, The value of cough peak flow measurements in the assessment of extubation or decannulation readiness, 2015, <https://www.journalpulmonology.org/>

Prawnik, strażak, saper, lekarz

Z okazji Europejskiego Dnia Prawnika, obchodzonego 25 października, rozmawiamy z mec. Joanną Wrzecionowską kierownikiem Sekcji Prawnej w naszym szpitalu



Marta Gołąb-Kocięcka: Pamięta Pani swoje początki w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie?

Joanna Wrzecionowska: Oczywiście. Przychodząc tutaj dostałam funkcję kierownika sekcji prawnej. Wcześniej pracowałam w szpitalach, ale nie pełniłam funkcji kierowniczej i nie rozdzielałam pracy pomiędzy innych radców prawnych. Materia, z którą się zetknęłam nie była dla mnie nowością, ale skala Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, mnogość tematów, wspomniany obowiązek rozdzielania pracy pomiędzy innych radców – to było wyzwanie.

Skala robi taką różnicę?

– Zdecydowanie. Szpital przez liczbę zatrudnionych ludzi generuje więcej pracy. Jest więcej działów i oddziałów. To oznacza, że jest więcej procesów, więcej pism, na które trzeba odpowiadać i więcej umów do zawarcia.

Jak dzielą się Państwo pracą, czyli jak Pani deleguje zadania?

– Jest nas czworo. Wojtek Wojtyś, Tomek Kozak, Małgorzata Kaczyńska, która pełni też funkcję pełnomocnika praw pacjenta w naszym szpitalu i ja. Starałam się tak wszystko poukładać, żeby uwzględnić osobiste predyspozycje każdego członka zespołu i dopasować delegowane zadania do obszaru, w którym każdy z nas czuje się najlepiej. Wojtek zajmuje się sprawami gospodarczymi, zamówieniami publicznymi i działem technicznym. Ja z Tomaszem prowadzimy więcej procesów sądowych, cywilnych, roszczeń medycznych. Rozwiązujemy na bieżąco problemy szpitala, piszemy pisma formalne, które codziennie ze szpitala wychodzą. Oczywiście udzielamy też bieżącego doradztwa. Przedstawiciele każdego działu, którzy mają do podpisania dokument w pierwszej kolejności przychodzą do nas. Naszą rolą jest im pomóc.

Prawnik w szpitalu to saper, który omija pułapki i strażak, który gasi pożary.

– Dokładnie tak jest, przy czym dodałabym jeszcze jedną analogię. To jest tak jak w medycynie – lepiej zapobiegać niż leczyć. Zanim coś się napisze i podpisze, zanim się podejmie decyzję,

trzeba dać sobie czas do namysłu i konsultacji. Nie róbmy niczego pod presją czasu albo pracowników. Najpierw trzeba przeczytać, a jak się nie rozumie – zapytać. Wtedy możemy zapobiec problemowi, a nie występować w roli strażaka, gaszącego pożar.

Powiedziała Pani, że dzielicie się zadaniami, że występuje Pani w procesach sądowych. Czy w tym obszarze dużo zmieniło się w ciągu ostatnich lat?

– Moim głównym obszarem jest rzeczywiste występowanie w procesach sądowych. Przede wszystkim chodzi o błędy w sztuce lekarskiej, o roszczenia o zadośćuczynienie. Zmiana polega na tym, że tych procesów przybywa. Ale nie dlatego, że gorzej działa ochrona zdrowia. Zmieniła się świadomość prawna, mentalność pacjentów. Amerykańskie seriale robią swoje. Oczywiście skala nie jest amerykańska, ale jest wyraźny wzrost liczby tych procesów. Często jest tak, że nawet jeśli nasze starania były ogromne, wszystko było zgodnie ze sztuką, ale zakończone niepowodzeniem, to pacjenci i tak nas oskarżają.

Do tego dochodzi codzienna praca, czyli doradztwo i obieg dokumentów. Trzeba sobie uświadomić, że szpital zawiera ogromną liczbę

umów. To jest jak małe miasto i potrzeba ogromnej staranności, żeby przyjrzeć się tym zapisom. Krótko mówiąc – dużo piszemy. Ja się śmieję, że kiedyś chciałam iść na polonistykę, więc teraz się realizuję.

Pracują Państwo na podstawie przepisów prawa. Obiegowa opinia głosi, że bolączką naszego systemu prawnego jest niestabilność. Rzeczywiście tak jest?

– Niestety, tak. Zmian jest dużo. Często, zwłaszcza jeśli chodzi o prawo podmiotów leczniczych. Są to działania ad hoc, doraźne, bo coś się wydarzyło, jest jakaś medialna informacja, która wzburza społeczeństwo. Na fali tych społecznych emocji wprowadza się rozporządzenie, szybką ustawę, a to generuje ogromne problemy.

Zaraz powiem dlaczego, ale najpierw mała dygresja. Często podaję ten przykład: pewne instytucje prawa cywilnego pochodzą z czasów rzymskich i w całej Europie są bardzo podobne. Pochodzą z jednego źródła, pewne elementy, pewne zasady są stałe. Więc możemy z łatwością porównać prawo niemieckie lub hiszpańskie do polskiego. Bardzo wiele rzeczy jest identycznych. Instytucje jak zasiedzenie, naruszenie posiadania, to są elementy, które się nie zmieniają i nie powinny się zmieniać.

Teraz wracam do zmian w ochronie zdrowia. Najczęściej dotyczą procedur. W tym obszarze legislatorzy są najbardziej aktywni. Chcą albo przyspieszyć tok procesu, albo skrócić ścieżkę sądową. Zwykle są to niefortunne działania. W rozwiązywaniu sporów prawnych nie chodzi tylko o to, żeby było szybciej, ale o to, żeby dokładnie wszystko rozpatrzyć. Nie sztuką jest zakończyć spór oddaleniem z powodów formalnych. Brak precyzyjnych regulacji tworzy ogromne pole do takich nieścisłości. Regulacja jednej rzeczy psuje inną, o której ktoś nie pomyślał. To jest trochę matematyka z logiką. Poruszamy się w kręgu norm i definicji. Czyli jeśli coś ma jakąś definicję, a potem pojawiają się zwroty, słowa, które nie mają definicji, to nie bardzo wiadomo jak to stosować. Pojawia się chaos interpretacyjny.



Najtrudniejszy był okres covidowy. Co miesiąc wychodziła nowa regulacja dotycząca tego, kogo uznać za osobę pracującą przy covidzie, jak postępować z pacjentami, kogo izolować itd. Wytyczne wydawano z miesiąca na miesiąc. My to czytaliśmy i dawaliśmy komunikat na stronę jak postępować. Naszym zadaniem było objaśnianie ministerialnych poleceń najlepiej jak potrafiliśmy. To był problem, bo nie było orzeczeń sądów ani interpretacji. Świeże prawo jest zawsze bardzo trudne.

W obszarze ochrony zdrowia takich nowych rozwiązań jest niestety sporo. Mam nadzieję, że to się zmieni, że nie będzie populistycznego podejścia do prawa. Musimy zrozumieć, że w prawie nie chodzi o to, żeby na gorąco odpowiadać na społeczne emocje, zatłuszczać czyjeś interesy.

Teraz stoimy przed ogromnym wyzwaniem jakim jest konsolidacja szpitali. Zmiany niewątpliwie są konieczne, ale muszą być przemyślane. Trzeba wziąć pod uwagę dostępność do szpitali, do świadczeń, potencjał każdej placówki. Zgodnie z założeniami, konsolidacji przewidziana jest w przypadku potrzeby wdrożenia programów naprawczych, restrukturyzacji szpitali niestabilnych finansowo i wymagających instrumentów wsparcia finansowego. Zatem z założenia ma ona poprawiać działanie ochrony zdrowia a nie być tylko hasłem. Ile wysiłku i przygotowań do racjonalnego przeprowadzenia takiego procesu trzeba, można zrozumieć analizując wieloletnie procesy, które przeprowadziły szpitale np. w Warszawie.

Konsolidacja będzie ogromnym wyzwaniem, jakie pułapki, niebezpieczeństwa się z nią wiążą?

– Zapoznawałam się już z projektem zmian gdzie też są przepisy o konsolidacji. Jednak trzeba wiedzieć, że obowiązuje ustawa o działalności leczniczej z 2011 r., która przewiduje możliwość konsolidacji szpitali. W skrócie są dwa schematy konsolidacji: jeden szpital występuje w roli przejmującego majątek innego szpitala lub tworzy się nowy szpital z łączących się co najmniej dwóch szpitali. W każdym wariantcie dochodzi

do przejścia mienia, do przejścia pracowników, przejścia zobowiązań. Już z tego widać jak złożony i trudny jest to proces. Na ten moment moją obawę budzi brak szczegółowego planu, wytycznych, analiz. Tak się nie da, to nie jest dobry kierunek. Potrzeba ogromnej eksperckiej wiedzy, zaangażowania od komisji sejmowych, ministerstw kompetentnych i samorządów znających realia ochrony zdrowia regionu, potrzeba ludzi. Konsolidację można przeprowadzić jeśli jest to konieczne z uwagi na potrzebę restrukturyzacji finansowej, ale trzeba do tego podejść bardzo umiejętnie. To musi być naprawa, reforma długofalowa, a nie zatłuszczenie doraźnych interesów i problemów.

Dobrze rozumiem, że skłania się pani do interdyscyplinarnego modelu myślenia o rozwiązaniach prawnych.

– To jest konieczne. Prawo musi być wypełnione materią. Prawo to zbiór reguł, ale najważniejsze w nim są casusy, czyli podciągnięcie sytuacji faktycznej pod przepisy. Nigdy to nie może być abstrakcja, to nigdy nie jest abstrakcja.

Trochę uczyłam w USA – porównując nas i Amerykanów, widzę, że mamy bardzo małą świadomość prawa. Kiedy chodziłam do liceum w Stanach Zjednoczonych, miałam przedmiot podobny do naszego WOS-u. Na tych zajęciach puszczano nam proste filmiki. To były pozornie błahе sytuacje, które wiązały się np. z podpisaniem umowy i miały drastyczne konsekwencje. Przykładowo, przychodzi domokrążca. Obrazowo i z uśmiechem przedstawia swoją ofertę, bohater filmiku podpisuje podsunięte dokumenty. Później dramatyczne koleje jego losu pokazują, co podpisał, do czego się zobowiązał i jak próbował się z tego wyplątać. To było niezwykle sugestywne – minęło tyle lat, a ja wciąż to pamiętam, bo to były sytuacje proste, ale miały zaszyty przekaz: bez czytania niczego nie podpisuj. Mało tego – weź ze sobą ten dokument, pokaż komuś, zapytaj o co w nim chodzi.

Dlatego my zachęcamy w szpitalu: przyjdź, zapytaj. Każdemu możesz powiedzieć, że potrzebujesz na odpowiedź dzień, dwa.

Poproś o przestanie, przeczytaj 5 razy, a jak nie zrozumiesz to się skonsultuj. To nic nie kosztuje, później może kosztować wiele.

Dopiero uczymy się obywatelskości.

– To prawda. Mamy tyle przedmiotów przez lata edukacji, których później nie pamiętamy. Warto uczyć się wszystkiego, ale takich rzeczy jak podstawy ekonomii, czy podstawy prawa, tego jest za mało. Zdecydowanie. Tu oczywiście nie chodzi o to, żeby znać kodeks na wyrywki, ale o to, żeby wiedzieć gdzie szukać odpowiedzi. Ja też dostaję często takie pytania: „pani mece-nas, jak to jest”, a nie znam wszystkich ustaw. Pamiętam jednak, że zawsze nam mówiono: „nie przepisy w głowie, tylko głowa w przepisach”. Musisz spojrzeć na tekst i powoli, jak to jest w logice, przeczytać. Potem przeczytać komentarze, wyroki, interpretacje i dopiero wtedy możesz coś powiedzieć.

Czego się pani nauczyła w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym?

– Bardzo dużo! To jest naprawdę ogromne doświadczenie, wielość tematów z różnych dziedzin prawa! Tu jest wszystko. Szpital kupuje, sprzedaje, leczy, procesuje, pisze wytyczne, zarządzenia. Mało jest takich miejsc, które tak stymulują do rozwoju. Każdego dnia przeskakujesz 15 razy przez różne tematy. To jest wyzwanie, ale to jest wspaniałe. Człowiek się nie uwstecznia.

Trzeba mieć do tego dobrą drużynę.

Trzeba mieć zaufanych współpracowników. Tu ludzie zatrudnieni w różnych działach i sekcjach wiedza co robią. To nie jest przypadek, że oni tu tyle lat pracują. W wielu rzeczach radzą sobie świetnie sami. Są profesjonalistami.

Pamięta Pani najtrudniejsze zawodowe sytuacje?

Najtrudniejsze są te związane z dochodzeniami prokuratorskimi i policyjnymi. Wówczas powstaje taka nerwowość, pochopność, włącza się strach, ale ja połowę życia zawodowego byłam adwokatem, więc często miałam do czynienia z karnymi sprawami. Dlatego powtarzam: w takich sytuacjach pierwsze co trzeba zrobić, to skonsultować się z prawnikiem. To do nas należy wyciszyć emocje i sprowadzić wszystko na grunt faktów.

Czego życzyłaby Pani zatrudnionym w naszym szpitalu?

– Pracownikom szpitala życzę, żeby jedynym problemem prawnym, jaki spotkają na swojej drodze był spadek po bogatej ciotce z Ameryki.

Nam, zespołowi prawników życzę, aby prawo było stabilne. Poza tym, żeby ludzie nie mieli oporów przed przychodzeniem do nas. Tak jak do lekarza przychodzą z problemami zdrowotnymi, tak do nas powinni przychodzić z prawnymi. Problemy są to po, żeby je rozwiązywać.

Dziękuję za rozmowę.



Gdy człowiek wybiera taki zawód, musi chcieć pomagać ludziom



13 października obchodzimy Dzień Ratownictwa Medycznego – święto, które zostało ustanowione na mocy ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Z tej okazji rozmawiamy z dwojgiem ratowników pracującymi w Szpitalnym Klinicznym Oddziale Ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Rozmowa z Jakubem Sobuckim

Marta Gołąb-Kocięcka: Panie Jakubie, dla kogo to jest praca z Pana punktu widzenia?

Jakub Sobucki: – Na pewno dla osób psychicznie i fizycznie wytrwałych, które sobie radzą ze stresem. Owszem, uczymy się tego na studiach, ale teoria to jedno, a praktyka drugie. Trzeba mieć coś takiego w sobie, żeby zapanować nad stresem i radzić sobie w ciężkich warunkach. Często są to warunki „poza szpitalne”, bo zawód ratownika to praca w karetkach, w terenie albo szpitalnych oddziałach ratunkowych. Praca w terenie to nie jest „sterylna” zajęcie, często trzeba się taplać w błocie gdzieś na polach i na to wpływu nie mamy. Po prostu jedzie się tam, gdzie dostaliśmy wezwania.

Jak „czyścić” głowę po pracy?

– Każdy ma chyba swój sposób. Jesteśmy też szkoleni w tym kierunku. Uczymy się tego jak radzić sobie ze stresem po przyjęciu do domu, co zrobić, żeby po sytuacji nerwowej następnego dnia pójść do pracy z czystą głową. Czasami ludzie naturalnie zapominają i wracają do swoich domowych obowiązków, ale niektóre

sytuacje ciężko za sobą zostawić. Staram się wracać do domu z czystą głową i nie analizować wciąż tego, co wydarzyło się w pracy. Dla mnie najlepszym sposobem na odreagowanie jest spędzanie czasu z rodziną i znajomymi, choć czasami wymaga to świadomego unikania rozmów o pracy. Staram się, aby temat pracy nie dominował w moim życiu prywatnym. Z tego może zrobić się niekończąca się opowieść. Są wydarzenia, które na długo zapadają w pamięć.

Są takie wydarzenia, które w Panu „siedzą”?

– Jasne. Praca w terenie, zwłaszcza na karetce, to zupełnie inna rzeczywistość. Oznacza często walkę z czasem i nieprzewidywalność. Pamiętam sytuację, kiedy musieliśmy udzielić pomocy młodemu mężczyźnie, który podczas pracy na bagnie doznał prawie całkowitej amputacji nogi. Nastąpiła duża utrata krwi, nie wiedzieliśmy jak duża, bo wsiąkała w grząskie podłoże. Pacjent znajdował się w stanie wstrząsu. Działaliśmy w trudnych warunkach, musieliśmy szybko zabezpieczyć ranę, zastosować opaskę uciskową i rozpocząć intensywną terapię przeciwbólową oraz płynoterapię [stosowaną w stanie krytycznym w celu utrzymania objętości wewnątrznaczyniowej i perfuzji narządów – red]. To był młody człowiek, zaledwie 23-letni, którego życie udało się uratować, choć nie

obyło się bez straty kończyny. Takie momenty są dowodem na to, że nasza praca ma sens, choć niesie ze sobą ogromny ciężar odpowiedzialności.

Innym, nietypowym zdarzeniem – na wysokim poziomie emocji był wyjazd do porodu. To była siódma ciąża tej pacjentki. Sądziła, że ma po prostu lekkie bóle, a zaczęła się już poród.



Łatwiej się Panu odnaleźć w sytuacji, kiedy jedzie Pan ratować pacjenta z amputowaną kończyną, czy na przyjęcie porodu?

– Paradoksalnie na amputowaną kończynę, bo z takimi przypadkami stykamy się częściej, niż z porodem. Dlatego dobrze, że mamy możliwość uczestniczenia w kursach doszkalających, bo jeśli nie masz z czymś do czynienia przez parę miesięcy, to wiedza ucieka. Tak się złożyło, że mieliśmy kurs z położną, która nam wytłumaczyła, jak przebiega poród, co jest najważniejsze, by zachować bezpieczeństwo. To bardzo dodaje pewności siebie. Jeśli człowiek jest świeżo po kursie, to nawet jadąc do tego zdarzenia, ma czystą głowę, nie panikuje, wie co ma po kolei zrobić, na co zwrócić uwagę.

A codzienność na SKOR-ze?

– Wiadomo, że dzień dniowi nierówny. U nas w szpitalu jest centrum urazowe, ciężkich pacjentów jest bardzo dużo. Są przywożeni z wypadków, z urazami wielonarządowymi. To są najciężsi pacjenci. Amputacje, utrata dużej ilości krwi – musimy działać szybko, toczyć krew itd. Można powiedzieć, że średnio raz dziennie mamy jakąś reanimację.

Ale na SKOR-ze macie przecież nie tylko takie „dynamiczne” przypadki?

– No właśnie. „Mydło i powidło”... Na szpitalnych oddziałach ratunkowych widzimy pacjentów z różnymi schorzeniami – od tych naprawdę nagłych i poważnych, po takie, które mogłyby być załatwione w przychodni. Problemem w Polsce jest to,

że wiele osób przychodzi na SKOR z nadzieją na szybszą pomoc, omijając długie kolejki w POZ-ach czy poradniach specjalistycznych. To, co powinno być miejscem dla najcięższych przypadków, często zamienia się w punkt pierwszego kontaktu dla pacjentów z błahymi dolegliwościami. To może być frustrujące, zwłaszcza że nasza wiedza i umiejętności są nastawione głównie na ratowanie życia w sytuacjach nagłych, takich jak zawały, urazy wielonarządowe czy ciężkie wypadki. Tymczasem mamy nawet pacjentów, którzy przychodzą do nas, bo nawet jeśli będą czekać kilka godzin na naszą pomoc, to kalkulują, że i tak jest to krócej niż kilka miesięcy oczekiwania na wizytę do specjalisty.

Tak działa system, ciężko będzie to zmienić i my raczej tego nie zrobimy. Jasne, co jakiś czas są organizowane akcje edukacyjne, mające uświadomić, że SKOR to miejsce na ratowanie zagrożonego życia i zdrowia, a nie poradnia, ale to działania zaplanowane na dekady.

Jakie znaczenie ma rola szkoleń w Waszym zawodzie? Ktoś mógłby powiedzieć, że zdrowie i życie ratuje się według tych samych zasad.

– W zawodzie ratownika medycznego konieczność stałego podnoszenia kwalifikacji to standard. Regularnie uczestniczymy w szkoleniach, aby nadążyć za zmieniającymi się wytycznymi i nowinkami medycznymi. Co pięć lat musimy zebrać 200 punktów edukacyjnych, uczestnicząc w różnych kursach. Są one bardzo ważne, bo to utrwalanie sobie wiedzy i zapoznanie z nowymi wytycznymi, które wchodzi w życie. Co parę lat zmieniają się wytyczne

kardiologiczne, wytyczne w stosunku do trauma life suport [zasady postępowania przy urazach – red.]. To są bardzo wartościowe kursy.

Jednym z największych problemów jest brak możliwości dalszego kształcenia na poziomie akademickim. Kursy, choć wartościowe, nie są w pełni doceniane przez pracodawców. Mimo że wielu ratowników samodzielnie inwestuje w rozwój, nie przekłada się to na wyższe wynagrodzenie czy większe możliwości awansu.

Często mówię, że to zawód piękny, ale też trochę niedoceniany. Poza tym miejsc pracy dla ratownika jest mało i bywa, że absolwenci studiów mają problem ze znalezieniem pracy. Życzyłbym sobie tego, żeby było więcej miejsc pracy dla ratowników i żeby byli bardziej doceniani. Choćby to, że przecież mamy wiedzę na temat medykamentów. W terenie możemy podawać około 50 leków bez zleceń lekarskich. Całą odpowiedzialność bierzemy na siebie. Inaczej jest w SKOR-ze, tam działamy na zlecenie lekarza, ale w karetkach jest to głównie nasza decyzja. Zauważmy, że w naszym województwie prawie nie ma już specjalistycznych, lekarskich zespołów. Funkcjonują przede wszystkim zespoły ratownicze, to ratownicy są ich kierownikami.

Jakie były najlepsze życzenia z okazji Waszego święta?

– Przydałyby się zmiany w systemie edukacyjnym. W Polsce wciąż nie ma możliwości uzyskania tytułu magistra ratownictwa medycznego, co ogranicza nasze możliwości rozwoju zawodowego. Z tego względu, nie możemy być uwzględnieni wyżej w siatce płac.



Zostają nam kursy, o których wcześniej mówiłem. Teraz zapisałem się na kurs na USG, bo to badanie coraz częściej jest wykonywane w karetkach. Ale robię to także dla siebie, żeby się z tym aparatem obeznać.

A dlaczego Pan wybrał ten zawód?

– Działam przez jakiś czas w straży pożarnej i spodobało mi się pomaganie, działanie w stanach nagłych. Gdy człowiek idzie do takiego zawodu, to musi mieć w sobie chęć pomagania ludziom. Kiedy szedłem na studia, to myślałem sobie, że jeśli tak by mi się życie ułożyło, że np. nie miałbym rodziny, to przynajmniej będę miał satysfakcję z tego, że pomagam ludziom.

Druga rzecz: ta praca mnie codziennie zaskakuje, w ogóle nie ma monotonii. To nie jest „dzień świstaka”. Dwa takie same dni nigdy mi się jeszcze nie zdarzyły.

Rozmowa z Aleksandrą Michalczyk



Marta Gołąb-Kocięcka: Czy myślała Pani kiedyś o innej specjalizacji, niż ratownictwo medyczne?

– Mogłabym to rozważać, ale to na SKOR-ze mamy największy kontakt z pacjentami.

Jesteśmy z nimi od momentu, gdy przekraczają próg szpitala, aż do chwili, gdy stąd wychodzą. Oczywiście, kluczowi są lekarze, ale ich rola polega głównie na diagnozowaniu i wdrażaniu kolejnych procedur na podstawie naszych obserwacji. To my, pielęgniarki i ratownicy, jesteśmy tymi, którzy najczęściej towarzyszą pacjentom, rozmawiają z nimi, słuchają ich problemów i objawów. Jesteśmy z nimi przez cały czas.



Jesteśmy oddziałem z bardzo różnymi pacjentami. Od internistycznych, przez chirurgicznych, ginekologiczne pacjentki w różnym stanie, przez pacjentów, którym nie pomógł lekarz rodzinny, aż do pacjentów najcięższych: z wypadków po reanimacjach. Jesteśmy też przez to oddziałem, gdzie wszyscy, cała kadra – ratownicy, pielęgniarki i lekarze mogą się nauczyć najlepiej.

Potem już jest różnie. Niektórzy wybierają bardziej kierunkową pracę. Może ktoś woli oddział, gdzie zajmuje się leczeniem zachowawczym, a ktoś inny wybierze oddział zabiegowy... Zanim ktoś dokona jakiegoś wyboru, tu może zweryfikować swoje cele, potrzeby i to, w czym czuje się lepiej.

Czy praca w oddziale ratunkowym nie naraża na wysoki poziom stresu?

– Naraża, dlatego myślę, że ważne jest to, żeby postawić sobie granicę: gdzie zaczyna się praca, a gdzie kończy. Poza tym trzeba mieć coś jeszcze: sport, ogródek, jakieś gotowanie. Zajęcia, podczas których głowa może po prostu odpocząć. Po tylu latach w zawodzie wiem, że to jest niezwykle ważne.

Zapadło Pani w pamięć jakieś szczególnie silne wydarzenie?

– Nie. Lepiej emocjonalnych sytuacji nie gromadzić w głowie. Myślę, że jeśli nadchodzi taki moment, że pacjenci zaczynają się śnić, bo są takie przypadki, to trzeba udać się po pomoc. To nas obciąża i zakłóca osąd. Nie chodzi o to, że nie pamiętamy tych sytuacji, ale że nie jesteśmy nadmiernie z nimi związani.

Jak jesteście odbierani jako grupa zawodowa?

– Tu, w tym konkretnym miejscu, czyli Szpitalnym Klinicznym Oddziale Ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie pacjenci często na nas wyłamują swoje rozczarowania po tym, jak nie przyjęto ich w jednej, w drugiej poradni. W końcu trafiają do nas. Mimo, że udzielamy im pomocy, te frustracje się pojawiają. Natomiast wiem z różnych forów, ankiet, że jednak jesteśmy grupą zawodową, która ma bardzo wysokie zaufanie wśród społeczeństwa. Fajnie. Walczymy cały czas o pierwsze miejsce ze strażakami. To miłe, że ludzie nam ufają.

Czego pani nie lubi w swojej pracy?

– Nie przepadam za nocnymi dyżurami. Praca zmianowa potrafi być wyczerpująca. Nie każdy jest w stanie się przystosować, tak zwyczajnie ≠ biologicznie.

Gdyby nie robiła Pani, tego co robi, jaki wybrałaby Pani zawód?

– Może pomagałabym zwierzętom? Czyli podobny kierunek, ale trochę inny profil pacjentów.

Inaczej mówiąc, do tego zawodu rzeczywiście trzeba mieć powołanie?

– Myślę, że tak. Jasne, można pracować bez powołania, ale czy będzie się na tyle dobrym ratownikiem?

Rozmawiała Marta Gołąb Kocięcka

Wsparcie dla osób ze szczególnymi potrzebami: nowe materiały PFRON w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

W sierpniu 2024 r. nasz szpital otrzymał materiały informacyjne dotyczące działalności Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w zakresie wsparcia dla tych osób.

Ulotki i plakaty zostały rozlokowane na terenie szpitala, w tym w oddziałach szpitalnych i poradniach.

Dzięki tej formie komunikacji zainteresowani pacjenci ze szczególnymi potrzebami będą wiedzieli jak skontaktować się z Centrum Informacyjno-Doradczym PFRON dla Osób z Niepełnosprawnością (CIDON), które funkcjonuje przy każdym z oddziałów PFRON. W ramach działalności CIDON można uzyskać informacje m.in. na temat systemu obsługi wsparcia, programu pilotażowego „Rehabilitacja 25 plus”, programu „Zajęcia klubowe w WTZ”, czy wypożyczalni technologii wspomagających dla osób z niepełnosprawnością.

Zachęcamy pracowników i pacjentów szpitala do dzielenia się wiedzą w zakresie tego wsparcia.

Mirella Łapa
Koordynator ds. dostępności

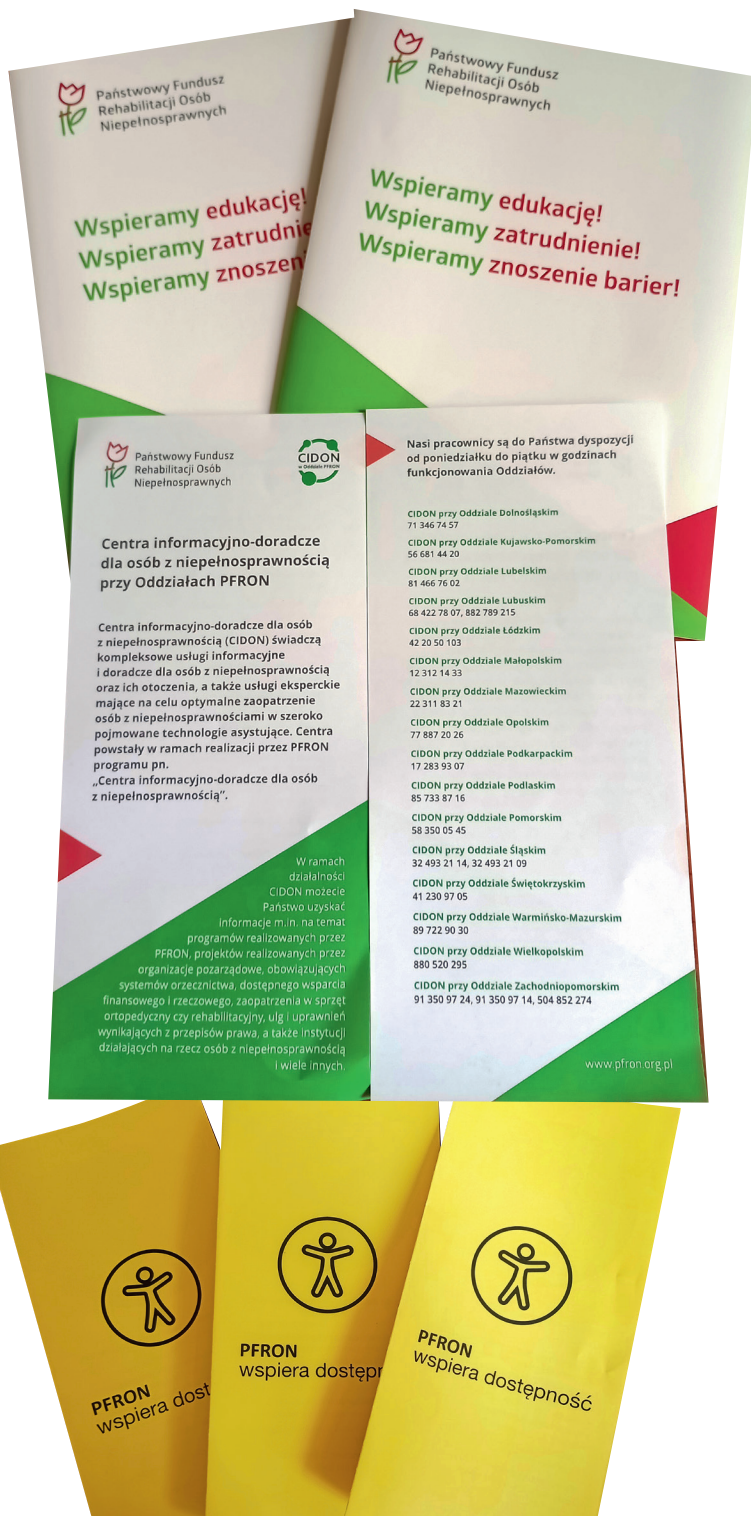


Załącz konto w Systemie SOW
Dowiedz się, z jakiego wsparcia możesz skorzystać
Złóż wniosek
sow.pfron.org.pl

W TYM URZĘDZIE ROZPATRZYMY TWÓJ WNIOSEK ON-LINE

Dowiedz się więcej:
portal-sow.pfron.org.pl **0 800 889 777**
(połączenie bezpłatne)

Fundusze Europejskie Polska Cyfrowa Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych SOW Unia Europejska Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego



Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Wspieramy edukację! Wspieramy zatrudnienie! Wspieramy znoszenie barier!

Nasi pracownicy są do Państwa dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach funkcjonowania Oddziałów.

Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością przy Oddziałach PFRON

Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością (CIDON) świadczą kompleksowe usługi informacyjne i doradcze dla osób z niepełnosprawnością oraz ich otoczenia, a także usługi eksperckie mające na celu optymalne zaopatrzenie osób z niepełnosprawnościami w szeroko pojmowane technologie asystujące. Centra powstały w ramach realizacji przez PFRON programu pn. „Centra informacyjno-doradcze dla osób z niepełnosprawnością”.

W ramach działalności CIDON możecie Państwo uzyskać informacje m.in. na temat programów realizowanych przez PFRON, projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe, obowiązujących systemów orzecznictwa, dostępnego wsparcia finansowego i rzeczowego, zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny czy rehabilitacyjny, ulgi uprawnień wynikających z przepisów prawa, a także instytucji działających na rzecz osób z niepełnosprawnością i wiele innych.

www.pfron.org.pl

CIDON przy Oddziale Dolnośląskim
71 346 74 57

CIDON przy Oddziale Kujawsko-Pomorskim
56 681 44 20

CIDON przy Oddziale Lubelskim
81 466 76 02

CIDON przy Oddziale Lubuskim
68 422 78 07, 882 789 215

CIDON przy Oddziale Łódzkim
42 20 50 103

CIDON przy Oddziale Małopolskim
12 312 14 33

CIDON przy Oddziale Mazowieckim
22 311 83 21

CIDON przy Oddziale Opolskim
77 887 20 26

CIDON przy Oddziale Podkarpackim
17 283 93 07

CIDON przy Oddziale Podlaskim
85 733 87 16

CIDON przy Oddziale Pomorskim
58 350 05 45

CIDON przy Oddziale Śląskim
32 493 21 14, 32 493 21 09

CIDON przy Oddziale Świętokrzyskim
41 230 97 05

CIDON przy Oddziale Warmińsko-Mazurskim
89 722 90 30

CIDON przy Oddziale Wielkopolskim
880 520 295

CIDON przy Oddziale Zachodniopomorskim
91 350 97 24, 91 350 97 14, 504 852 274

PFRON wspiera dostępność

Sukces położnej z naszego szpitala

Serdecznie gratulujemy Pani Katarzynie Szyszko pracującej na Oddziale Klinicznym Ginekologiczno-Położniczym za zajęcie pierwszego miejsca w programie „Bezcenna każda kropla” Polskiego Banku Komórek Macierzystych dzięki wykonaniu największej ilości jałowych pobrań krwi pępowinowej w naszym województwie.

Komórki macierzyste można wykorzystać w leczeniu wielu ciężkich chorób – zarówno w przypadku wskazań standardowych, np. w białaczkach, chłoniakach, szpiczakach, jak i w ramach medycznych eksperymentów leczniczych np. w mózgowym porażeniu dziecięcym. Dlatego ważne jest, aby materiał biologiczny był pozyskany sterylnie i miał możliwie największą objętość.

Pani Katarzyna wykazała się niesamowitym zaangażowaniem i profesjonalizmem, przyczyniając się do zbiórki materiału biologicznego najwyższej jakości.

Elżbieta Wojciechowska



Kolejna nagroda na koncie!

Z przyjemnością informujemy, że Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie zajął drugie miejsce w kraju w rankingu „Liderów Zarządzania – najlepiej zarządzanych szpitali według BFF Banking Group”.

Organizowany po raz dziewiąty plebiscyt, to jedyny w Polsce ranking pozwalający znaleźć i docenić placówki najlepiej zarządzane pod kątem efektywności finansowej i wysokiej jakości opieki nad pacjentami.

Szpital oceniane są na podstawie analizy sprawozdań finansowych, w kategoriach wartości kontraktu.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie zajął drugie miejsce w kategorii przychód z NFZ powyżej 200 mln złotych.





„Nasi w Europarlamencie”

Praca w międzynarodowym projekcie Procure4Health, w ramach Programu Horyzont Europa (Horizon Europe 2021-2027), tym razem zaprowadziła nas do Brukseli.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie dumnie reprezentowały: Stanisława Maśłowska, Alicja Biernacka, Karina Rzymowska oraz Kornelia Kotwicka-Łucewicz. W dniach 3–4 grudnia br. odbyła się konferencja, na której zostały podsumowane dotychczasowe działania w projekcie oraz przedstawiony dalszy plan pracy.

Pierwszego dnia w Clinique Saint Jean zaprezentowano dokument pn. Action Plan, który będzie zwierczeniem naszej 36 miesięcznej pracy w projekcie P4H.

Celem tego planu jest dostarczenie decydom operacyjnym w dziedzinie zdrowia i opieki praktycznych propozycji i możliwych do podjęcia



kroków w celu ułatwienia innowacyjnych zamówień w ich organizacjach, a w konsekwencji poprawa jakości usług i wyników. Główną grupą docelową są liderzy operacyjni w społeczności Procure4Health, którzy pracują w organizacjach świadczących usługi zdrowotne i opiekuńcze, takich jak szpitale, ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej, domy kultury, domy opieki społecznej lub podmioty zajmujące się zamówieniami.

Zadaniem planu jest osiągnięcie lepszej opieki zdrowotnej i społecznej poprzez zamawianie innowacyjnych produktów i innowacyjne procedowanie zamówień. Plan koncentruje się na czterech kluczowych obszarach:

- Zrównoważony rozwój,
- Cyfrowa opieka zdrowotna,
- Zintegrowana opieka
- Medycyna predykcyjna i precyzyjna.

Wypożyczone w tę wiedzę drugiego dnia planowaliśmy działania na następny miesiąc oraz rozważaliśmy działania w ostatnim półroczu projektu.

Oczywiście będąc w Brukseli nie mogłyśmy pominąć odwiedzin w Parlamencie Europejskim, instytucji reprezentującej wszystkich obywateli Unii Europejskiej.



Podziękowania pacjentów

Dzień dobry.

Spędziłem w Państwa szpitalu 3 dni. Ostatnio w szpitalu byłem jako pacjent z 30 lat temu. Nie ukrywam, strasznie się bałem wizyty bo usłyszałem wiele historii o szpitalach, do tego mam straszną traumę gdy za dziecka miałem kilka operacji.

W państwa szpitalu pojawiłem się 15.04 w celu przeprowadzenia operacji korekty nosa poroszczepowego. Na recepcji Oddziału Chirurgii Plastycznej przywitała mnie bardzo miła i rzeczowa pani pielęgniarka, która sprawnie przeprowadziła wywiad choć byłem mocno zestresowany, a następnie wskazała salę i łóżko.

Po tym jak się rozgościłem pojawił się anestezjolog. Wystuchał mnie i opisał jak będzie wyglądało znieczulenie.

Pojawił się również pan doktor Łukasz Banasiak [koordynator oddziału – red.], który bardzo sprawnie mnie obejrzał, opowiedział o operacji i obiecał że nas będzie wyglądał zdecydowanie lepiej po operacji. Szybko i na temat. Tak lubię.

Następnie pewien pan zabrał mnie oraz innych pacjentów na EKG. Pilnował byśmy się nie zgubili i zaprowadził nas do odpowiedniego gabinetu. Badanie przeszło szybko i sprawnie.

Gdy wróciłem do swojej sali znów przyszła Pani pielęgniarka pytając jak się czuję i czy czegoś potrzebuję. Później przychodziła jeszcze kilkakrotnie upewniając się, czy jest mi tu dobrze a kiedy kończyła zmianę pożegnała pocieszając że „będzie dobrze!”. To było bardzo miłe :)

Następnego dnia (16.04) przywitała mnie prze-miła pani Natalia. Profesjonalnie poinstruowała mnie jak mam się przygotować do operacji. Była bardzo miła. Następnie wraz z kolegą przetransportowali mnie na blok operacyjny. Pani Natalia widząc chyba moje zdenerwowanie chciała mnie odprężyć rozmową. Udało jej się. Jest bardzo kontaktowa i sprawdza się w tym zawodzie :).

Na bloku przejął mnie anestezjolog, który zadał kilka pytań. Krótko, zwięźle i na temat. Na bloku operacyjnym pamiętam jak zasnąłem w kilka chwil.

Jestem niesamowicie zadowolony z efektów operacji. Wiedziałem, że zmiana będzie na lepsze, ale nie wiedziałem aż tak :). Pan Łukasz Banasiak jest genialnym lekarzem,

który wykonał kawał porządnej roboty za co mu dziękuję oraz wszystkim którzy przy tym pomagali.

Kolejne zdarzenie jakie pamiętam to obudzenie się i leżenie na swoim łóżku. Co chwilę Pani Natalia sprawdzała czy jest wszystko ok. Była naprawdę co kilka chwil. Pojawiała się również szybko gdy dzwoniłem. Naprawdę stanęła na wysokości zadania.

Pani pielęgniarka na nocnym dyżurze z 16 na 17 kwietnia bardzo spokojnie wykonywała swoje obowiązki podając mi leki i pytając jak się czuję i czy czegoś potrzebuję?

17 kwietnia od rana pani pielęgniarka (ta sama która przywitała pierwszego dnia) również pytała jak się czuję. Dopóki nie usłyszała że jest ok i czuję się naprawdę dobrze przychodziła co chwilę by sprawdzić czy ze mną naprawdę jest ok czy tylko tak mówię :)

Kolejna sprawa: jedzenie. Kiedy naczytałem się w internecie o żywieniu w szpitalach, to myślałem, że kiedy przyniosą mi jedzenie, to najpierw zamknę oczy, a później powoli przez palce popatrzę co dostałem. No i tu miłe zaskoczenie. Obiad który dostałem pierwszego dnia był smaczny, kolacja również, bo tak świeżego pomidora dawno nie jadłem :).

Zaskoczony również byłem śniadaniem (17.04) gdyż pasta jajeczna była bardzo dobra, a całe danie naprawdę duże :).

W dniu wypisu przyszła do mnie pani sekretarka medyczna z receptą na leki oraz opisem zaleceń oraz podała mi datę wizyty kontrolnej. Nawet nie musiałem nikogo szukać by to dostać. Super.

Nawet personel sprząający był miły i uprzejmy.

Dlaczego to wszystko opisałem tak szczegółowo? Bo cały personel w każdym momencie mojego pobytu zachowywał się po prostu profesjonalnie. Traktowano mnie z szacunkiem, często z uśmiechem na twarzy, czasem nawet żartując. Nie tylko mnie tak traktowano, ale wszystkich pacjentów.

I tak to powinno wyglądać!

Bardzo chciałbym podziękować wszystkim za opiekę, szacunek i profesjonalizm!

Z poważaniem
Wdzięczny pacjent
18.07.2024 r.

29.08.2024 r.

Szanowna Pani Dyrektor

Za Pani pośrednictwem chciałabym serdecznie podziękować personelowi szpitala za wielką życzliwość i wspaniałe podejście do pacjenta. W nocy z 18 na 19 sierpnia 2024 r. zostałam przyjęta do Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego, gdzie wiele osób zajmowało się mną w sposób fachowy. Uważam, że zachowanie personelu SKOR było ponad przeciętną obsługę w porównaniu do innych szpitali. Posiada Pani wspaniałych pracowników, którzy obdarzyli mnie ciepłem, życzliwością, zrozumieniem oraz prawdziwą chęcią pomocy.

Pragnę złożyć płynące z serca wyrazy wdzięczności dla całego zespołu SKOR pod kierownictwem koordynatora Pana dr. Rakesha Jalali oraz pielęgniarki oddziałowej Pani Joanny Kozłowskiej i jej zastępczyni Pani Ewy Kubiacyk. Dziękuję lekarzom, pielęgniarkom i ratownikom medycznym oraz pozostałym pracownikom za okazane mi wielkie serce. Przez okres pobytu w SKOR czułam ogromne zaangażowanie i wysiłek całego personelu. To utwierdzało mnie w przekonaniu, że mimo problemów zdrowotnych, jestem pod opieką najlepszych specjalistów.

Z wyrazami szacunku
wdzięczna pacjentka

28.08.2024 r.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Szpitalny Kliniczny Oddział Ratunkowy

Pragnę złożyć podziękowania dla całego zespołu lekarzy, personelu pielęgniarskiego i ratowniczego Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie za wspaniałą opiekę i fachowe leczenie. Przejawiacie Państwo wysoki profesjonalizm udzielanych świadczeń zdrowotnych, zaangażowanie, troskę, życzliwość, wsparcie w tak ważnych i stresujących chwilach, jak pobyt w szpitalu. Dziękuję Wam za profesjonalne podejście do mnie jako pacjentki i człowieka. Za okazaną mi cierpliwość, ogromną wiedzę, zaangażowanie, empatię, wsparcie, troskę, szybką diagnostykę i leczenie. Wasza fachowość, pełne zrozumienie indywidualne podejście do pacjenta oraz pasja z jaką wykonujecie swoją pracę powinny stanowić wzór dla innych placówek. Życzę Państwu wraz z całą moją rodziną wiele satysfakcji w życiu zawodowym oraz wiele radości w życiu osobistym.

Wdzięczna pacjentka

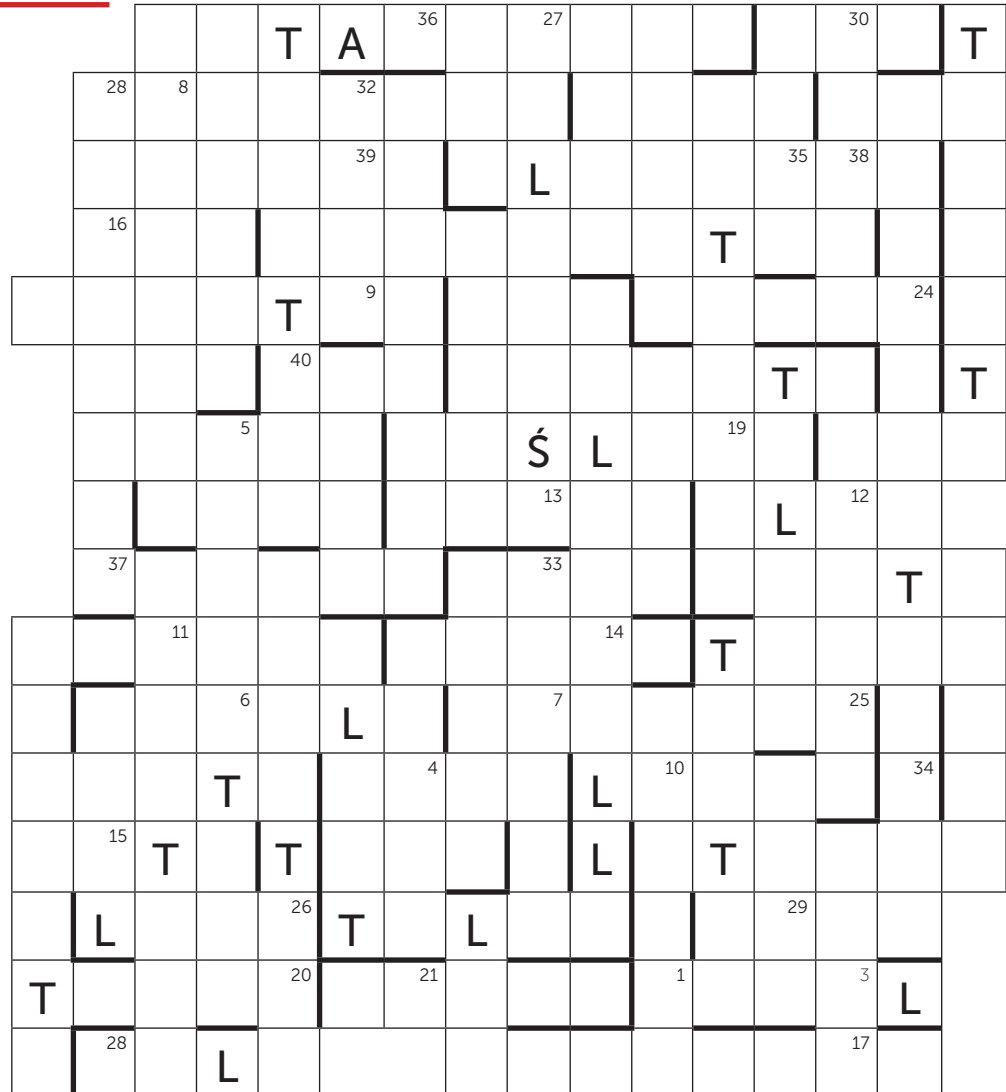
85 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 79 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: A, L, S, i T. Na ponumerowanych polach ukryto 40 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Einsteina.

Jerzy Badowski

- zejście śmiertelne
- arrays, dywany
- sceptycy, niewierzący
- pałeczka przewodu pokarmowego
- ramię Renu z mostem za daleko
- mongolsko-chińska pustynia
- biały słodki sos deserowy
- wada dzwonnika z Notre Dame
- sentymentalizm
- pieśń w operze
- izotop w leczeniu chorób tarczycy
- Gąsiennicowa
- alarm, pogotowie
- aksamitka, baretka
- elektroencefalogram
- sąsiad Żyda za Dawida
- reakcja na straszne przeżycie
- organizm zmodyfikowany genetycznie
- przy ujściu Kupy do Sawy
- największy półwysep Chile
- woda płynąca korytem
- grzyby niższe
- wadi
- zgromadzenie ludu
- część lewego płuca
- wyziewy absurdu
- płynie w Kisangani
- liczebne i przymiotne
- przedmiot botaniki
- holenderskie miasto sera
- w Asuanie lub Włocławku
- nad Wartą, na zachód od Zduńskiej Woli
- ciężki
- czucie i ruch w rozwoju człowieka
- włoski Ludwik
- tworzy z Chelsea dzielnicę Londynu
- największe miasto Kanady
- stolica Piemontu
- chrześcijanin dla muzulmanów
- zupa z młodych buraków
- większa niż życie
- muza historii
- odczyn antystreptolizynowy
- przodkowie Ukraińców
- imię Kwiatkowskiej
- impreza w Bronowicach
- występuje w ścięgna i mięśniach
- dynastia Henryka VIII
- ze stolicą w Apia
- nalewka
- uczciwe, prawe
- największe jezioro Australii
- czarodziejka Jazona
- przewody do kątów macicy
- kibić
- jezioro i miasto w Turcji
- nazwa, tytuł

- płynie w Węgorzewie
- angielska Łucja
- Miszna i Gemara
- wynalazł dynamit
- państwowy ubezpieczyciel
- ród Leonidas
- zasiali górale
- ugrupowanie Krzaklewskiego
- Jankes (ang.)
- otwór dla fal EMG
- konanie
- pazucha
- rodzina lutników z Cremony
- agaroz z agaropektyną
- dziewczynka z krainy Oz
- Maciej, mistrz czarnego humoru i Cohena
- Tyskie
- patronka kucharek i gospodyń domowych
- katarakta
- największa wyspa grupy Schoutena (Papua)



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

Rozwiązanie krzyżówki nr 84 z poprzedniego Pulsu Szpitala: „Mądrość jest córką doświadczenia”. Nagrody otrzymuje Anna Lasota z Zakładu Medycyny Nuklearnej. Gratulujemy. Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.

