



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 86

styczeń-marzec 2025

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162



PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
W Olsztynie

Redaktor naczelna

Marta Gołąb-Kocięcka

Nadzór redakcyjny

Alicja Biernacka

Stała współpraca

Jerzy Badowski
Hanna Taraszkiewicz

Grafika i koncepcja wizualna

Elżbieta Wojciechowska

Korekta

Elżbieta Wojciechowska

Adres redakcji

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Rzecznik Prasowy tel. 89 538 64 16
mgolab@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie

PRINT PROFIT Sp. z o.o.

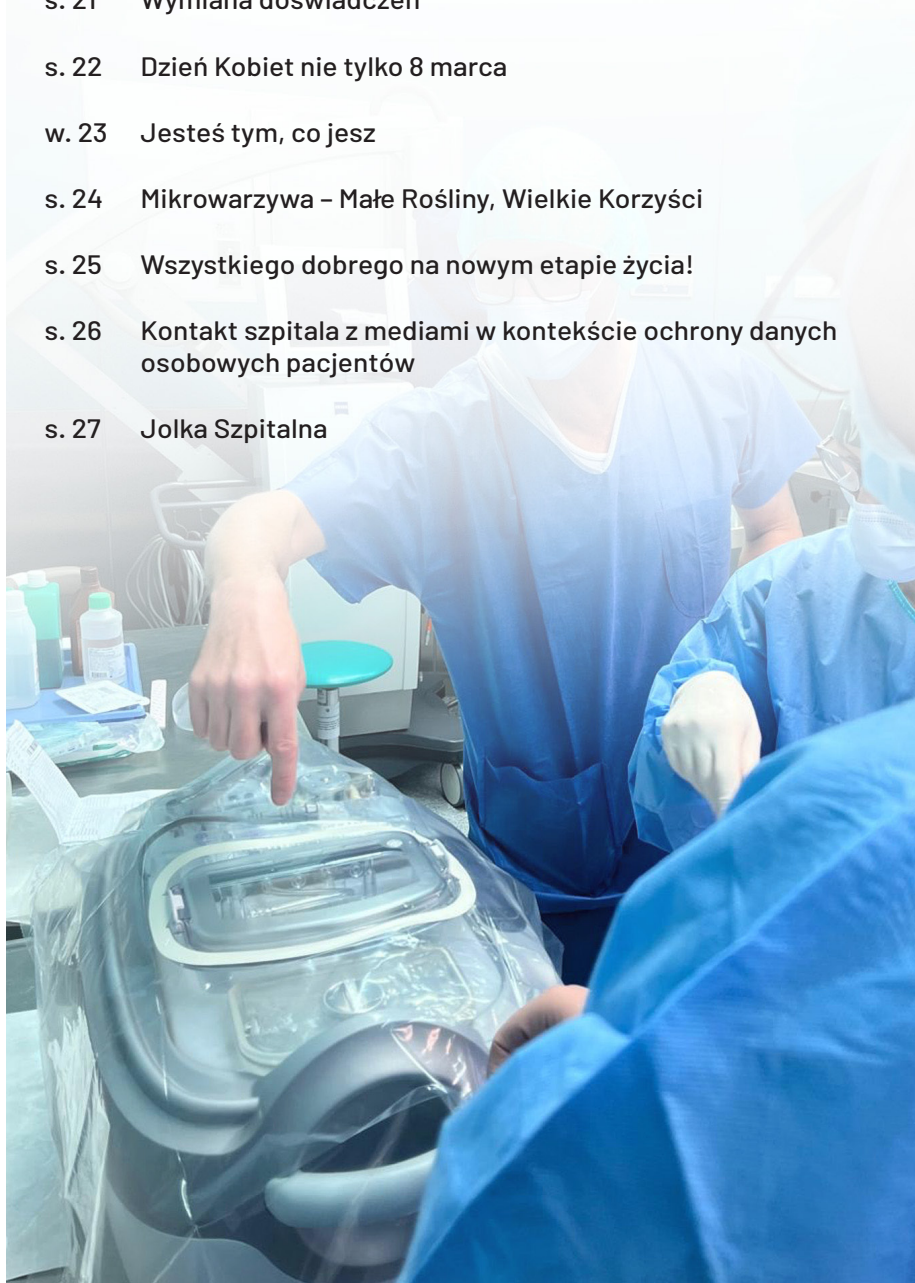
Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmiany tytułów.

Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności za treść
nadsyłanych publikacji.

- s. 3 Plany i inwestycje – Irena Kierzkowska, dyrektor
- s. 4 To był dobry rok dla transplantologii
- s. 9 Da Vinci – oficjalne otwarcie
- s. 10 Operacje w asyście robotowej w ginekologii onkologicznej
- s. 12 20 lat Oddziału Kardiochirurgicznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie
- s. 13 Przegląd zarządzania w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie
- s. 14 Podstawy zarządzania oceną pracowniczą
- s. 16 Ciche bohaterki szpitala
- s. 20 Naukowy hit!
- s. 21 Wymiana doświadczeń
- s. 22 Dzień Kobiet nie tylko 8 marca
- w. 23 Jesteś tym, co jesz
- s. 24 Mikrowarzywa – Małe Rośliny, Wielkie Korzyści
- s. 25 Wszystkiego dobrego na nowym etapie życia!
- s. 26 Kontakt szpitala z mediami w kontekście ochrony danych osobowych pacjentów
- s. 27 Jolka Szpitalna



ISO 9001



AC 014



Plany i inwestycje

Moi Kochani, czas szybko leci, kolejny rok za nami już podsumowany i rozliczony z NFZ, ale za wspólnie zrealizowane cele, plany i założenia bardzo dziękuję, ponieważ nie brakuje nam powodów do satysfakcji.

W 2024 r. przybyło nam sprzętu za kwotę w wysokości prawie 8 mln zł pozyskanych z różnych dotacji i programów zewnętrznych, zmierzaliśmy się z nową technologią robotyczną jaką były pierwsze zabiegi wykonane z użyciem robota Da Vinci, zakupionego dzięki dotacji Urzędu Marszałkowskiego. W ramach otwierania się na potrzeby społeczne zakupiliśmy cytobus, również dzięki dotacji Urzędu Marszałkowskiego. Czekamy na możliwość zakontraktowania tej usługi z NFZ i dołożenie cytologii płynnej do koszyka świadczeń gwarantowanych. Z tych kilku przeprowadzonych akcji cytologicznych badań profilaktycznych wykrywalność nieprawidłowości mamy na poziomie 10%, co jest zgodne z danymi epidemiologicznymi. Dowodzi to o skuteczności podjętych działań i zachęca do ich kontynuacji.

Jesteśmy szpitalem profesjonalnym, utrzymujemy wysoką jakość świadczonych usług, bezpiecznym dla pacjentów i pracowników i coraz większą wagę przykładamy do ochrony środowiska naturalnego, a to oznacza, że wkroczyliśmy na drogę zrównoważonego rozwoju. Zapraszam i zachęcam wszystkich Pracowników do zapoznania się z aktualizowaną Polityką Jakości naszego szpitala i tożsamego podejścia do zrównoważonej polityki zdrowotnej, która z jednej strony oznacza otwarcie na potrzeby społeczne oraz dostępność do usług medycznych na sprawiedliwych zasadach, a z drugiej na indywidualne potrzeby każdego pacjenta.

Szpital nasz potrzebuje przestrzeni do rozwoju i poprawy warunków leczenia i pracy w niektórych zakresach, toteż z radością obserwujemy jak nowe skrzydło naszego szpitala wyrasta z ziemi, gdzie przypomnę, będzie zlokalizowany nowy SKOR, Oddział Ortopedyczny i Oddział Intensywnej Opieki Medycznej.

Planujemy w tym roku przebudowę i modernizację Zakładu Patomorfologii ze środków Krajowego Planu Odbudowy, dedykowanych Krajowej Sieci Onkologicznej, w której mamy status II poziomu referencyjnego tzw. SOLO II. Otrzymaliśmy dotację w wysokości 20 mln zł. Oczekujemy na rozstrzygnięcie konkursu z Funduszy Europejskich dla Warmii i Mazur na wdrożenie e-usług i poprawę dojrzałości cyfrowej, w którym aplikowaliśmy o wartość dofinansowania na kwotę 9 mln zł, co przede wszystkim podniesie bezpieczeństwo informatyczne i mam nadzieję będzie skutecznie nas chronić przed cyberatakami. Przygotowujemy też koncepcję przebudowy budynku po kotłowni z rewitalizacją terenu na potrzeby dodatkowych miejsc parkingowych. Przymierzamy się do inwestycji związanej z przystąpieniem do Krajowej Sieci Kardiologicznej również ze środków KPO i to będą strategiczne działania na rok '25. Może mniej strategicznym, ale bardzo potrzebnym jest zwiększenie miejsc parkingowych, pojawiła się szansa na budowę dużego parkingu jeszcze w tym roku i bądzmy dobrej myśli.

Zawsze najtrudniejszym wyzwaniem zarządzającym jest skoordynowanie potencjału szpitala ze strategią oraz dostosowanie struktury organizacyjnej tak, abyśmy mogli skutecznie realizować nasze cele i zadania, a do tego potrzebujemy dobrej atmosfery, pracy zespołowej, wzajemnego szacunku, a czasem kompromisów. Pamiętajmy też, że wysiłek i zaangażowanie wszystkich Pracowników, nie tylko kadry kierowniczej, jest niezbędny do budowania marki szpitala i pozwoli na stawianie czoła nowym wyzwaniom zmieniającego się otoczenia.



Nr Certyfikatu
NC-2473

CERTYFIKAT

Przysnany Organizacji:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie
ul. Żołnierska 18
10-561 Olsztyn

Biurowo Certyfikacji Systemów Zarządzania Polskiego Rejestru Statków S.A., al. gen. Józefa Hallera 126, 80-416 Gdańsk, zaświadcza, że System Zarządzania Jakością wyżej wymienionej Organizacji został oceniony i stwierdzono jego zgodność z wymaganiami:

ISO 9001:2015

Zakres certyfikacji:

ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH W RAMACH:
DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W ZAKRESIE SZPITALNYCH CAŁODOBOWYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, PIĘLGNACJANYCH, REHABILITACYJNYCH I PROFILAKTYCZNYCH, DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W ZAKRESIE AMBULATORYJNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH, SPECJALISTYCZNEJ I PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, W ZAKRESIE PROCEDUR DIAGNOSTYCZNYCH, TERAPEUTYCZNYCH I PROFILAKTYCZNYCH ORAZ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W ZAKRESIE USŁUG DIALIZOWANIA I USŁUG LECZENIA W WARUNKACH DOMOWYCH

Wymagania niemające zastosowania: 8.3 Projektowanie i rozwój wyrobów i usług

Pierwsze wydanie Certyfikatu: 02.04.2015

Certyfikat jest ważny do: 01.04.2028

Gdańsk, 02.04.2025

PCA
Polskie Centrum
Atestacji
Certyfikacji
Systemów
Zarządzania
AC 014

IFAF
INSTITUTE OF MULTISYSTEM
ACCREDITATION
FEDERATION
ATTESTATION

Dyrektor Planu Certyfikacji
Przemysław Gólski

www.prs.pl

To był dobry rok dla transplantologii



Rok 2024 był rekordowy pod względem przeszczepień od zmarłych dawców. Przeszczepiono 2197 narządów, dzięki czemu 2151 pacjentów otrzymało szansę na nowe życie.

Na Warmii i Mazurach zgłoszono 28 potencjalnych dawców narządowych z których 23 stało się dawcami rzeczywistymi. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie przeszczepiono 32 nerki i 11 rogówek.

Szczególne była końcówka roku, kiedy to w czasie świąt Bożego Narodzenia transplantolodzy pracowali pełną parą. Nie byli sami, bo żeby przeprowadzić procedurę przeszczepienia potrzebna jest synergia kilku jednostek szpitalnych. Jak to wygląda w praktyce w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym?

Rozmawiamy z Martą Leszczyńską, regionalną koordynatorką ds. transplantacji

Marta Leszczyńska: Procedura zaczyna się od tego, że co sześć tygodni pacjenci czekający na przeszczep w Polsce, mają pobieraną w stacjach dializ krew, która trafia do Centrum Krwiopławstwa w Poznaniu. Tam dzieli się ten materiał na mniejsze próbki i wysyła do wszystkich pracowników typowania tkankowego w Polsce. W momencie, kiedy my mamy dawcę albo ktoś inny w Polsce ma dawcę, wysyłamy krew i węzły chłonne dawcy do jednej z takich pracowni.

Po tym badaniu mamy listę osób, które pasują do tego konkretnego dawcy.

W tym momencie doktor Kwella lub profesor Stompór, wybierają pacjentów, którzy mogliby przyjąć nerkę tego danego dnia. W porozumieniu z oddziałem nefrologii i oddziałem transplantologii omawiamy przyjęcie takiego pacjenta do szpitala. Pacjent jest przyjmowany w SKORze, tam ma pobieraną krew i tam wykonywane są podstawowe badania.

Czyli już mamy nefrologów, transplantologów i pracowników SKORu. Teraz potrzebujemy radio-

logów, bo wykonywany jest tomograf klatki piersiowej. I tu ogromny ukłon w stronę radiologów, bo cały proces zwykle chcemy zamknąć w ciągu godziny. Czyli od momentu wejścia pacjenta do szpitala, do momentu przejazdu na blok operacyjny, staramy się w ciągu godziny, maksymalnie półtorej, zdążyć z wykonaniem wszelkich badań u biorcy.

Czy taka sytuacja świąteczna, to było wyzwanie?

Tak, bo zwyczajowo podczas dyżurów świątecznych jest mało osób, bo tak pracuje cały szpital. Ale transplantolodzy najlepiej wiedzą, z czym wiąże się ich praca. Doktor Sadowski wstał od świątecznego stołu, przyjechał z Białegostoku, dr Adadyński przejechał, zastąpić lekarza dyżurnego, aby ten mógł nam pomóc na bloku operacyjnym, sam nadzorował przeszczepienie. Wiele osób zgodziło się przyjść nadprogramowo, odebrać telefon i być pod tym telefonem tak, aby jak najdłużej móc spędzać czas podczas świąt z rodziną, a jednocześnie być dla nas dostępnym i przyjść wtedy, kiedy faktycznie już będzie ich kolej.

Jak to wyglądało z Pani punktu widzenia? Bo zaczęło się w Wigilię.

Zaczęło się w Wigilię. Święty Mikołaj spakował prezenty do bagażnika i przyjechał do szpitala wojewódzkiego, żeby pomóc zorganizować pobranie węzłów chłonnych.

Kiedy transport medyczny pojechał do Warszawy, do pracowni typowania tkankowego, aby zostawić materiał biologiczny, to siadałam z rodziną do kolacji wigilijnej. Zdążyliśmy rozpakować prezenty i zaczęłam telefonować, żeby uprzedzić i znaleźć osoby, z którymi będzie można pracować.

Czyli w Wigilię dostaliście informację, że macie dawcę?

Tak, ale to też nie jest takie proste, bo przecież my nie wiemy, kiedy tak naprawdę nastąpi pobranie, ponieważ nie tylko my bierzemy w nim udział. Byłoby dużo prościej, gdybyśmy tylko my o tym decydowali. Natomiast musimy brać pod uwagę porozumienie koordynacji w Poltransplancie w kwestii innych narządów, bo nasz ośrodek przeszczepia nerki, rogówki, ale jeśli inne narządy nadają się do przeszczepienia, to jest kolejka. W „pierwszej kolejności” kwalifikowane są osoby, które pilnie czekają, tzw. urgens do przeszczepu. Jeśli nie ma takich pacjentów, to następnie jest kolejka zwykła ośrodków i te ośrodki zastanawiają się nad tym, czy narząd nadaje się dla któregośkolwiek z ich listy biorców, a jednocześnie, czy mają możliwości, żeby przyjechać lub przylecieć do pobrania. I też nie zawsze jest to możliwe, bo jesteśmy uzależnieni od warunków pogodowych, od tego, czy lotnisko jest otwarte, a nawet od dostępności służb, które mogą pomóc. Wprawdzie jest LPR, wojsko, policja, straż graniczna, ale nie zawsze jest to możliwe.

Mamy więc etap uzgadniania między ośrodkami, kto przyjedzie po dany narząd, a następnie musimy się wszyscy dogadać, o której godzinie możemy się spotkać w szpitalu.

Jednocześnie musimy brać pod uwagę to, że dawca jest osobą zmarłą. I pomimo tego, że mamy jeszcze zachowane krążenie, to labilność



tego krążenia jest bardzo duża i zdarza się niestety, że nie możemy pobrać wszystkich narządów, które były zaplanowane. Zdarza się sytuacja krytyczna i wtedy musimy się organizować bardzo szybko, ponieważ dawcy zaczyna spadać ciśnienie. Wtedy pobieramy tylko te narządy, które są możliwe do pobrania ze względów medycznych i logistycznych.

Była taka sytuacja kilka lat temu, kiedy młoda dziewczyna podczas pandemii, zgłosiła się do nas, do szpitala wojewódzkiego z niespecyficznymi objawami.

Zajął się nią pan profesor Tomasz Stompór i pan profesor Arłukowicz. Dziewczyna została przetransportowana do szpitala w Warszawie do przeszczepienia wątroby. Zakwalifikowana została jako pilny przypadek.

Następnie otrzymaliśmy informację z naszego regionu, że mamy zgłoszenie potencjalnego dawcy. I to była właśnie taka sytuacja, o jakiej mówiłam przed chwilą. Dawca zaczął się „załamywać”, nie można już było czekać, więc wtedy spróbowałismy własnymi siłami oprócz nerek pobrać jeszcze wątrobę. Pobierał ją wtedy profesor Dariusz Zadrozny, który ma w tej kwestii wieloletnie doświadczenie. Spróbowaliśmy, udało się i kiedy kończyliśmy, przyjechał kierowca z Warszawy, odebrał narząd i dopiero po fakcie dowiedzieliśmy się, że ta wątroba trafiła właśnie do dziewczyny z Olsztyna, tej pacjentki, którą przekazaliśmy do warszawskiego szpitala.

Udało się, wątroba sprawnie funkcjonuje.

Więc doszliśmy do etapu pobrania, ale jest jeszcze etap przeszczepienia.

Właśnie. Po naszej stronie leży wezwanie pacjenta. I to też nie zawsze jest proste, bo po pierwsze nie wszystkie stacje dializ pracują całodobowo. Są też takie, które nie pracują w święta. W takiej sytuacji musimy się posiłkować naszymi prywatnymi kontaktami albo dzwonić do pacjenta i dopytwać w jakim jest stanie zdrowia. Nie zawsze

mamy gwarancję, że pacjent powie nam prawdę. Może się zdarzyć, że pacjent przyjedzie i dopiero na miejscu zauważamy, że coś jest nie tak. Wola przeszczepienia jest tak duża, że pacjenci nie zdają sobie sprawy z tego, że mogą zrobić sobie ogromną krzywdę.

Zakładamy, że mamy potencjalnego biorcę. Kolejnym krokiem jest znalezienie transportu, który jak najszybciej, jak najbezpieczniej, przywiezie pacjenta do szpitala. Na tym etapie zdarzają się najróżniejsze historie. Pamiętam taki poniedziałek, gdy czekaliśmy na pacjenta, który jechał z południa Polski. Z samego rana, około siódmej zadzwonił kierowca mówiąc, że stoi w korku w Warszawie. Poprosiłam, żeby włączył światła, sygnały i po prostu przejechał, bo to jest transport pilny. A pan odpowiada, że nie ma ani światła, ani oznakowania! A my tu chcemy na salę operacyjną wchodzić i przygotowywać nerkę do przeszczepienia! Na szczęście spotkaliśmy się to z ogromnym zrozumieniem w komendzie stołecznej policji, dyżurnemu udało się namierzyć tego kierowcę, bo on też nie wiedział gdzie stoi i nie potrafił tego do końca określić, a następnie policjanci pomogli w przekonowywaniu pacjenta, który szczęśliwie dotarł na blok.

W tę ostatnią Wigilię Świąt Bożego Narodzenia, ile telefonów Pani wykonała?

Nie liczyłam, ale średnio do takiej procedury zaangażowanych jest około stu osób, więc można to sobie wyobrazić. W każdym razie, w Wigilię odbyło się pobranie węzłów chłonnych i wysłanie do Warszawy, a pierwszego dnia świąt doszło do przeszczepienia jednej nerki. W drugi dzień świąt przeszczepiliśmy drugą nerkę i kolejną przekazaną nam z Warszawy. Otrzymałam zgłoszenie, że Warszawa chciałaby nam przekazać nerkę do przeszczepienia, ponieważ kilka miesięcy wcześniej pobrano z naszego terenu nerkę wraz z trzustką do jednoczasowego przeszczepienia nerki i trzustki w Warszawie, a obowiązują tzw. zwroty nerek. Czas nie wybiera, dostaliśmy moż-

liwość jeszcze jednego przeszczepienia i trzeba było pomyśleć, jak to zrobić.

Cała procedura ruszyła, chociaż ominęła nas kwestia pobrania (zespół z Warszawy pobrał dla nas grzecznościowo nerkę i nam ją wysłał) to poszukiwania pacjenta do przeszczepienia nie były już takie proste. Wytypowaliśmy pacjentkę, wydawało się, że wszystko jest ok, brakuje tylko USG jamy brzusznej, a cała reszta jest prawidłowa. Niestety po przyjeździe pacjentki do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie i wykonaniu USG, okazało się, że są tam zmiany, które nie pozwalają na przeszczepienie, więc szukaliśmy kolejnej osoby. Właściwie procedura poszukiwania biorców wyglądała tak jakbyśmy mieli do dyspozycji 4 nerki, a nie 3, ale w drugi dzień świąt udało nam się przecześcić dwie ostatnie nerki.

Bycie koordynatorem to zajęcie dla logistyka.

Nie jest to proste, żeby zakwalifikować pacjenta do przeszczepienia, potrzeba szeregu badań i konsultacji.

Ale jest tu naprawdę wiele życzliwych osób, które rozumieją sytuację tych pacjentów i bardzo nam pomagają. Choćby radiolodzy, którzy praktycznie w środku nocy, zgodzili się wykonać dla nas rezonans prostaty, a mamy zaledwie dwie osoby, które wspaniale opisują takie badanie. Taka praca to po prostu synergia. Od wjazdu pacjenta przez SKOR, gdzie przyjęcie musi być ekstra szybkie, przez nefrologów którzy błyskawicznie konsultują pacjenta, przez wykonanie tomografii i bardzo szybki opis, tak abyśmy wiedzieli czy można pacjenta przeszczepić, poprzez pracę właśnie pielęgniarek i lekarzy z oddziału transplantologii, anesteziologów którzy znieczulają pacjenta do przeszczepu, pielęgniarek anesteziologicznych, pielęgniarek instrumentariuszek, pracę całego laboratorium, salowych – jest to po prostu ogrom osób, które robią wszystko na cito, na naszą prośbę z myślą o pacjencie.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka

Dr n. med. Maciej Sadowski, Oddział Transplantologiczny i Chirurgii Ogólnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



Transplantologia, podobnie jak inne dziedziny medycyny, wymaga współpracy do osiągnięcia efektu. Przeszczepienie narządu jest jak utwór wykonany przez orkiestrę, w której każdy instrument musi zagrać czysto i we właściwym czasie, w dodatku niekiedy impro- wizując.

Brak sprzeciwu zmarłego dawcy wyrażony za jego życia, lub po śmierci przez rodzinę, następnie praca zespołów: anesteziologicznego i koordynującego nad przygotowaniem zmarłego dawcy do donacji to ogrom czynności i zaangażowania, a to dopiero pierwsze taktory utworu rozpisane na wielu wykonawców.

To właśnie najczęściej orzeczenie śmierci mózgowej człowieka, czyli nieodwracalnego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego równoznaczne ze śmiercią osobniczą jest początkiem akcji. Zmarły,

jeżeli może zostać zidentyfikowany jako dawca, oddaje narządy, które uratują lub przedłużą i poprawią życie wielu innym osobom, zdarza się więc i w umieraniu iskra nadziei.

Pobranie narządów, których kondycja, parametry immunologiczne i funkcjonalne pozwalają na ich przeszczepienie, odbywa się w obecności kilku zespołów przeszczepiających, odpowiednio rogówki, płuca, serce, wątrobę, trzustkę, nerki, naczynia krwionośne. Zespoły te zaczynają pracę w sposób zsynchronizowany tak, aby czas między ustaniem krążenia krwi w narządzie, a jego przeszczepieniem był krótki i nie wpłynął na funkcję narządu u biorcy. Po nerki dla pacjentów naszego Ośrodka wyjeżdżamy najczęściej do Elku, Giżycka oraz Szpitala Uniwersyteckiego w Olsztynie, wielu dawców pochodzi również z miejscowego OIT WSS.

Narządy transportowane są do ośrodka, w którym zostaną przeszczepione, tam też znajdują się lub jak najszybciej powinni się znaleźć biorcy wytypowani z listy tworzonej przez Poltransplant na podstawie zgodności immunologicznej, funkcjonalnej i kondycji zdrowotnej biorcy determinującej pilność przeszczepu. W przypadku nerek wysokie miejsca

na liście zajmują na przykład osoby, które utraciły naczynia krwionośne, przez które można wykonywać zabiegi hemodializy. Niestety z powodu braku odpowiedniej liczby narządów część chorych nie doczeka przeszczepienia.

Przeszczepienie narządu przygotowanemu dawcy odbywa się pilnie, ponieważ długość okresu przechowywania pobranego narządu – tak zwany czas zimnego niedokrwienia – przekłada się na czas potrzebny do podjęcia przez narząd funkcji w organizmie biorcy. Zatem zabiegi przeszczepienia wykonujemy również w godzinach nocnych, w niedziele i święta – tak jak w ostatnie Boże Narodzenie, kiedy dwie osoby z niewydolnością nerek otrzymały w naszym szpitalu szansę na dłuższe i lepsze życie wraz z przeszczepionymi nerkami.

W świąteczny spokojny dzień spotkaliśmy się na sali operacyjnej i wraz z Koordynatorką, Zespołem Anesteziologicznym, Instrumentariuszkami wykonaliśmy dobrze wszystkim znane procedury przeszczepienia nerki dwukrotnie. Dzięki dalszemu wysiłkowi Nefrologów oraz zespołu pielęgniarskiego i lekarskiego Oddziału Chirurgii zadowoleni pacjenci opuścili szpital z funkcjonującymi nerkami.

Rozmowa z prof. Tomaszem Stomporem, ordynatorem Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Panie Profesorze z Pana punktu widzenia jakie rozwiązania są potrzebne, aby na lokalnym gruncie pracować nad rozwojem transplantologii?

Podstawą jest stworzenie zintegrowanej transplantologii. Z mojego punktu widzenia najważniejsze jest to, aby pacjenci po transplantacji w krótkim czasie po zabiegu mieli opiekę na oddziale nefrologicznym; żeby najpóźniej w drugiej, trzeciej dobie, gdy znikają ryzyka związane z powikłaniami chirurgicznymi byli przenoszeni na oddział nefrologii. Jeśli po przeszczepieniu są powikłania chirurgiczne to są one do załatwienia na chirurgii, ale w czwartej, piątej dobie raczej się one nie zdarzają.

I tutaj oczywiście napotykamy na dwa potężne problemy dnia codziennego, czyli brak miejsca i niedobory personelu. Trzeci problem, którego z jakiegoś powodu nie można rozwiązać, to fakt, że NFZ nie widzi możliwości przenoszenia pacjenta poza chirurgię do 30 dnia po przeszczepieniu. I to jest dla mnie rzecz niezrozumiała, bo w większości oddziałów transplantacyjnych jakie znam, również w tych największych, jak Warszawa i Gdańsk, pacjent szybko trafia na nefrologię, ponieważ on potrzebuje nefrologa.

Zatem barierami są kwestie lokalowe i przeszkody natury formalnej. Natomiast jeśli chodzi o zgłoszenia do transplantacji, nasz oddział, stacja dializ i pracujący w niej personel, działają bez zarzutu. Mamy wysoki odsetek pacjentów zgłoszonych na listę biorców, co jest wynikiem pracy zespołowej. Mamy zaangażowanych lekarzy stacji dializ, dzięki czemu kwalifikacja osób dializowanych idzie bardzo sprawnie, w oddziale wielu pacjentów kwalifikujemy do przeszczepienia wyprzedzającego, chociaż jest to oku-

pione dużym obciążeniem personelu. Muszę zaznaczyć, że w Ostródzie i Iławie są likwidowane poradnie nefrologiczne, co oznacza, że pacjenci stamtąd będą musieli się gdzieś podziąć, najpewniej najpierw trafią do nas. Poza tym duże, sieciowe stacje dializ nie mają oparcia w oddziałach, więc regularnie pomagamy w zgłaszaniu na listę oczekujących pacjentów z Mrągowa czy z Pisz. Krótko mówiąc pacjentów i pracy przybywa.

Kolejnym problem jest zabezpieczenie Regionalnego Ośrodka Kwalifikacyjnego, którego ciężar prowadzenia spoczywa na barkach jednej osoby – dr Norberta Kwella. Dr Kwella, jest też kierownikiem stacji dializ i jedną z dwóch osób prowadzących poradnię transplantacyjną. Moim zdaniem to jest najcięższej pracujący człowiek w tej części Europy, ponieważ jest to główna osoba zaangażowana w samą „akcję przeszczep”. Ja go wspieram sporadycznie, jedna z koleżanek, która mu pomagała jest na urlopie macierzyńskim. Właśnie – proszę zwrócić uwagę na sytuację, w której teraz się znaleźliśmy. Zdarzyła się sytuacja losowa, trudna do przewidzenia, ale zrozumiała, bo każdy z nas ma swoje życie poza szpitalem. Cztery osoby są wyłączone z bieżącej pracy ze względów rodzinnych i musimy sobie jakoś radzić, ale te braki kadrowe są odczuwalne. Ale jeszcze w kwestii transplantacji – Marta Leszczyńska to osoba, bez której wiedzy i zaangażowania nie wyobrażam sobie programu transplantacyjnego.

Co Panu daje satysfakcję w pracy?

Odpowiem przewrotnie. Mam poczucie, że nie mam raczej szans na nagrodę Nobla i przyznam, że kiedy to sobie uświadomiłem, przyniosło mi to ulgę. Na poważnie, etap ubiegania się o prestiżowe tytuły i stanowiska mam za sobą, nie bardzo mam już co zdobywać, ale oczywiście chciałbym się utrzymać w nurcie szeroko rozumianej polskiej nauki. Na razie się udaje, być może wyrazem tego są zaproszenia do wygłoszenia wykładów plenarnych na kongresach towarzystw nefrologicznych, kardiologicznych, diabetologicznych, a ostatnio – co Pani odnotowała na FB – nawet u ginekologów-położników. Największą jednak radość daje mi w tej chwili praca kliniczna – zespołowa praca z pacjentami, która przynosi sukcesy w postaci wyleczenia (rzadko) lub leczenia z poprawą. Oczywiście, kiedy zajmujemy się pacjentami u schyłku życia, mamy poczucie, że nasza pomoc nie będzie oznaczać ich wyleczenia, ale działamy



wspólnie, żeby ten pacjent po prostu miał komfort życia. Czasem tylko i aż komfort godnego odejścia. To są takie sytuacje, które dają satysfakcję, chociaż oczywiście nie oznaczają sukcesu ściśle medycznego, bo w tej kategorii nie można tego rozpatrywać. Jestem pewien, że zespół lekarzy i pielęgniarek z którymi dane jest mi pracować podziela te wartości.

Satysfakcję daje mi też bycie zastępcą redaktora naczelnego wysokoimpektowanego czasopisma (najlepsze kliniczne czasopismo w Polsce, indeksowane w pierwszym kwartale wiodących czasopism na świecie) i oczywiście życie na Warmii, korzystanie z atutów tego regionu, z możliwości sportowych, rekreacyjnych. Dla mnie to jest coś niesamowitego. Bardzo się cieszę, że mogę mieszkać tu już 16 lat, to niezwykła poprawa jakości życia w porównaniu z Krakowem. Źródłem wielkiej satysfakcji jest także praca ze studium i szkolącą się młodzieżą.

Powiedział Pan o opiece nad pacjentami u schyłku życia. To wyzwanie, przed którym staje współczesna medycyna?

Jestem wielkim fanem mojej własnej siostry. Ona jest moim zdaniem lekarzem wybitnym, pełnowymiarowym, który całościowo potrafi się zająć pacjentem. Ma doktorat z niewydolności serca, specjalizację z chorób wewnętrznych i geriatrii, odbyła szereg szkoleń dających jej kompetencje w medycynie paliatywnej, jest osobą, która świetnie medycynę rozumie. Ja zawsze się orientowałem na taką bardzo wąsko rozumianą transplantologię i nefrologię (rozumiem kłębuszki nerkowe – mało kto ma ten przywilej), natomiast im bardziej w to wchodzi, im dłużej praktykuję, tym bardziej doceniam wagę i znaczenie INTERNY. To jest bardzo ważne, aby jako lekarz nie tylko być w tej swojej niszy, tylko patrzeć na pacjenta całościowo.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka



Prof. Tomasz Stompór udzielił wywiadu Pawłowi Walewskiemu w tygodniku „Polityka” (nr 6, 5.02-11.02.2025), w którym mówił o wyzwaniach związanych z opieką nad pacjentami w podeszłym wieku:

„Stworzyliśmy wizję medycyny wszechmocnej. Nowoczesne procedury, roboty – młodzi lekarze, tak samo zresztą jak całe społeczeństwo, wychowywani są w kulisie ultraspecjalistycznych procedur. Moja i siostry pozycja w hierarchii zawodowego odbioru jest na samym dole, bo jeśli nie wykonujemy wyrafinowanych zabiegów, to co z nas za lekarze? Ale naszą misją jest również towarzyszenie pacjentowi przy umieraniu”.

Rozmowa z dr n. med. Leszkiem Adadyńskim, ordynatorem Oddziału Transplantologicznego i Chirurgicznego Ogólnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



Panie doktorze, z Pana perspektywy, w jakim miejscu jest transplantologia w Polsce?

Patrząc na te prawie 40 lat pracy, mogę powiedzieć, że transplantologia dalej się rozwija. Mieliśmy dramatyczny, totalny zastój po zatrzymaniu Mirka Garlickiego. Praktycznie nic nie robiliśmy, bo było tyle odmów. Teraz jednak widzimy dużą zmianę.

Bardzo dobrze, że media mówią o problemie i rodziny czasami na ten temat rozmawiają, bo to jest potrzebne. Śmierć zawsze jest szokiem, ale łatwiej jest nam porozmawiać o dawstwie narządów, jeśli ten temat w rodzinie zafunkcjonował, jeśli gdzieś, kiedyś przy jakiejś audycji, przy obiedzie, ktoś powiedział, że nie widzi przeciwwskazań do pobrania narządu po śmierci.

Stąd ta zgłaszalność jest coraz większa. To, co jeszcze wymaga poprawy to współpraca z okolicznymi szpitalami. Gdyby każdy z nich dawał nam chociaż jednego dawcę w roku, to my na pewno przekroczylibyśmy magiczną granicę 40 przeszczepionych nerek rocznie.

To problem ludzki czy systemowy?

Ja myślę, że bardziej problem ludzki. Trzeba znaleźć pasjonatów tej dyscypliny, nie tylko chirurgów. Zaczynamy przecież od anestezjologów, którzy mając pacjenta na OIOM-ie, stwierdzą, że on może być potencjalnym dawcą, zrobią badania mówiące o śmierci mózgu i wdrożą

dalsze procedury. To niestety kosztuje trochę pracy, trwa prawie dwie doby. A to dopiero początek ścieżki.

Czyli z jednej strony kwestia poprawy współpracy z mniejszymi szpitalami z regionu, a co jeszcze?

Na pewno więcej informacji. Takiej, żeby ludzie się nie bali.

Czego się boją?

Na przykład przyszli lekarze boją się pacjenta po przeszczepieniu. Jak pracowałem na Uniwersytecie Warszawskim, mieliśmy zajęcia dla szóstego roku z transplantologii, na których tłumaczyliśmy wiele rzeczy, mieliśmy czas i możliwości, żeby dogłębnie zająć się tematem. Teraz w ramach zajęć z chirurgii tłumaczę studentom, że ci pacjenci po przeszczepieniu to są normalnie chorujący, których nie należy się bać, tylko pamiętać o lekach immunosupresyjnych.

Druga strona tego medalu to strach przed stwierdzeniem śmierci mózgu, strach przed wyłączeniem respiratora. Takie strachy trzeba oswajać i rozbrajać.

Mślałam, że powie Pan o strachu rodzin?

To oczywiste, chociaż sporo się zmieniło. Kiedyś, wiele lat temu, mieliśmy problem z rodziną, która zgodziła się na pobranie narządów swojego zmarłego bliskiego. Tyle, że później pojawił się problem, bo ksiądz nie chciał go pochować na cmentarzu w poświęconej ziemi.

Mieliśmy też taką sytuację, że przyjechaliśmy na pobranie, a przed szpitalem stali ludzie z pałkami bejsbolowymi i czekali na nas. Ledwie zdążyliśmy „zawrotkę” zrobić. Teraz jest diametralna różnica. Te słowa papieża Jana Pawła II, które sparafrazować można: „Nie zabierajcie narządów do nieba”, spowodowały zmianę społeczną. Ale wciąż musimy pracować, żeby kwestia dawstwa bardziej wrosła w naszą mentalność, była bardziej naturalna, oczywista dla wszystkich.

Co takiego zrobili Hiszpanie, że mają takie wyniki?

Myślę, że Hiszpanie na pewno wcześniej zaczęli pracować nad świadomością społeczeństwa. Być może też nie mieli takich opowieści z gatunku czarnego PR o tym, że tu ukradli nerkę, tu nielegalnie przeszczepili w garażu itd. Przecież to są piramidalne bzdury!

Nie ma handlu narządami w tym kraju. Nie da się czegoś takiego zrobić nielegalnie, wszystko jest transparentne. Ale to powoduje to, że ludzie zatrzymują się, zastanawiają.

Z Pana punktu widzenia, co jest największym wyzwaniem przy przeszczepieniu? Pomijając logistykę.

Kiedy rozmawiam z kolegami nawet na ostatnim spotkaniu transplantologicznym w Krakowie,

to wniosek nasuwa się jeden. Brakuje ludzi. Wszędzie, w każdym ośrodku, czy w dużym, czy małym brakuje ludzi, którzy chcą to robić.

A może ośrodków jest za dużo?

Nie. Myślę, że każde województwo powinno mieć swój ośrodek przeszczepiający nerki.

Ośrodków przeszczepiających serca, wątroby już wystarczy. To powinno być skupione w dużych centrach akademickich. Ale problem polega na tym, że to jest specjalizacja, przy której trudno jest mieć ułożone życie. Każdy chce mieć weekendy wolne, popołudnia i wieczory spędzać w domu, a jeżeli ma iść do pracy, to chce wiedzieć kiedy i o której wróci. Tymczasem ta praca jest nieprzewidywalna. Cały czas żyje się na gwizdek, pod telefonem, tak jak te ostatnie Boże Narodzenie – trzy dni spędzone w szpitalu w czasie świąt. Rodzina rozumie, moja żona z którą jestem przez tyle lat i która od samego początku, jeszcze przed ślubem wiedziała jaki jest mój charakter pracy, też wiedziała, ale też ją to męczy. Siedzimy przy obiedzie, a ja dostaję telefon i za pół godziny muszę wyjść. I to powoduje, że ludzie nie garną się do takiego trybu życia. To praca dla pasjonatów, których jest coraz mniej.

Za chwilę będzie Pan miał 40-lecie pracy. Jak Pan patrzy na te cztery dekady, jaka pierwsza myśl Panu przychodzi do głowy?

Cieszę się, że robię to, co robię. I to daje mi największą satysfakcję. I to zawsze powtarzam.

Wymiję zimny, martwy narząd. Przyszywam, przywracam krążenie, narząd zaczyna żyć. I żyje. Cieszę się, że ten rozwój transplantologii, te leki immunosupresyjne, płyny do płukania, techniki się na tyle zmieniły, że kiedyś mieliśmy dużo więcej odrzuceń, braku czynności narządu, a teraz to idzie normalnie. Każdy narząd praktycznie jest tak przygotowany, że jak przeszczepimy, to on podejmuje swoją czynność i funkcjonuje.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka



Rozmowa z dr n. med. Norbertem Kwellą, kierownikiem Stacji Dializ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



Panie doktorze, w Polsce rośnie liczba przeszczepień, ale na co Pan zwróciłby uwagę?

Na przeszczepienia od dawcy żywego. Wprawdzie w Polsce liczba przeszczepień od osób żywych rośnie, ale wciąż jest za mała w porównaniu do innych krajów Europy. My jako nefrolodzy zachęcamy do tego, żeby z tej najlepszej opcji przeszczepienia, czyli przeszczepienia od dawcy żywego skorzystać.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie jeszcze nie przeprowadzamy procedur przeszczepienia od żywych dawców, natomiast nasz ośrodek kwalifikujący i nasze poradnie przygotowują pary osób, między którymi ma odbyć się zabieg przeszczepienia, i które wysyłamy do doświadczonych ośrodków w Gdańsku i Warszawie. W efekcie na terenie naszego województwa liczba przeszczepień od osób żywych powoli wzrasta.

Jak wygląda taka procedura?

Przeszczepienie od osoby żywej, tym się różni od przeszczepienia od osoby zmarłej, że przygotowujemy dwie osoby. Do przeszczepienia od osoby zmarłej trzeba przebadać dokładnie biorcę i ta część jest w zasadzie niezmienną również przy przeszczepieniu od osoby żywej. Natomiast mamy jeszcze do czynienia z dawcą – zdrowym człowiekiem, którego należy dokładnie przebadać i sprawdzić. To jest bonus, bo nawet jeżeli do przeszczepienia nie dojdzie, ale wykryta zostanie jakaś choroba utajona, u tego potencjalnego, niedoszonego dawcy, to już jest dla niego korzyść, bo został przebadany.

Jakie są plusy „żywego” przeszczepienia?

Nerka jest w dobrej kondycji, jest więc mniej odrzucana. To nie jest nerka osoby, która wcześniej chorowała, to nie jest nerka, która była przechowywana w lodzie. Dawca żywy pozwala też przygotować immunologicznie biorcę. Kolejna rzecz – taki przeszczep jest planowy, to bardzo poprawia komfort pracy. Poza tym, jeśli na przykład nerkę chce oddać małżonek, ale z żoną nie pasują do siebie immunologicznie, to mamy program wymiany par, czyli tak zwane przeszczepienie krzyżowe. To jest bardzo dobre rozwiązanie, bo nie musimy sztucznie obniżać barier odpornościowych biorcy, szukamy wśród żywych dawców lepiej dopasowanego. A dokładniej drugiej pary.

Czasem to się układa w takie przeszczepy domino, serie krzyżowe, trzy, cztery pary. Myślę, że to będzie odbywać się coraz częściej, bo to pokazuje, jak informatyka i statystyka pomagają ludziom i odsuwają konieczność interwencji w układ odpornościowy.

Wymaga to oczywiście dobrych baz komputerowych i dobrych badań immunologicznych, żeby takie dopasowanie wykonać.

Jasne, ale trzeba przekonać zdrowego człowieka, żeby dał się zoperować i pozbył się jednego narządu.

To jeszcze jest inny aspekt, taki emocjonalny. Ta procedura jest rozłożona w czasie, a wszystko zaczyna się od rozmowy w rodzinie. Jeżeli kiedyś takie rozmowy były, to kiedy rodziny razem z chorym przychodzą na wizytę do poradni, słyszą co się dzieje, to ta myśl rodzi się w jakiś sposób samodzielnie. Nikt nikogo nie zmusza, nie wymaga. To musi się odbyć całkowicie dobrowolnie z wewnętrznej potrzeby pomocy drugiej osobie, nie tylko w układzie małżonków czy partnerów. To nie musi być związek formalny, związek uczuciowy wystarczy, ale oczywiście najczęściej mamy do czynienia z ze związkami krwi. Rodzice oddają nerkę dziecku, zdarza się i to wcale nie są odośobnione przypadki, kiedy dorosły syn oddaje nerkę matce, tak było u nas w Olsztynie. W Warszawie z kolei był przypadek, że dziadek oddał nerkę wnuczce. Tam, gdzie jest związek uczuciowy, dawstwo ma jakby swój wewnętrzny napęd, jakąś motywację wewnętrzną. Ale, podkreślam, najpierw ta myśl musi się w rodzinie pojawić. Ona się nie pojawi, jeżeli nie będzie podstawowej wiedzy, że takie przeszczepienie jest możliwe, że takie przeszczepienie jest dobre i ma więcej plusów od przeszczepienia od dawcy zmarłego.

Panie doktorze, ile osób czeka w Polsce na nerkę, ile w Olsztynie?

W Polsce czeka około tysiąca osób. Średni czas oczekiwania to około półtora roku. Na naszej liście osób zakwalifikowanych jest około 60 osób, z tym, że mają różne statusy, bo mogą zdarzyć się okresy nieaktywności, na przykład, gdy jest jakaś infekcja. To jest tak, że na przykład ktoś ze Szczecina dzwoni do nas i mówi, że nasz pacjent, Kowalski pasuje. I my wtedy mówimy: „Kowalski czuje się dobrze, nie jest przeziębiony, wczoraj był na dializie, jest OK”. Albo mówimy: „Kowalski właśnie ma opryszczkę”. To po to są telefony, system komputerowy i system uzgadniania między ośrodkami, co się z danym chorym obecnie dzieje. Ale bywa też tak, że mówimy, że jest jakiś katar, a ośrodek przeszczepiający mówi, „Dobra, dawaj go”. Bo jak masz nerkę, to jest gra wielu czynników. Jakiej jakości masz narząd, jakiego masz biorcę... Jeżeli na przykład jest to schorowany człowiek, który ma miażdżycę i grozi mu wiele powikłań, to albo go teraz przeszczepisz, albo już nie będzie szansy. Ważysz ryzyko. Albo na przykład nerka palącego 60 latka. Dyskusyjna. Biorca ma 70 lat i jest po zawale, albo po bajpasach. I teraz dylemat. Jak będzie czekał na nerkę od 20-latka, nie ma szans, a teraz jest szansa.

Takich starszych pacjentów będzie coraz więcej.

To kolejna rzecz, z którą się mierzymy, czyli starzejące się społeczeństwo. Coraz starsi, coraz bardziej schorowani ludzie wchodzi na dializę. Jest dużo chorób nowotworowych, które mają w tej chwili charakter chorób przewlekłych. Życie z nowotworem lub po leczeniu nowotworowym, to jest przewlekłe, długotrwałe istnienie. Kiedyś takie osoby były dyskwalifikowane z przeszczepów, a teraz osoby starsze, schorowane, po niektórych nowotworach, mogą być przeszczepiane. I druga strona – dawcy. Proszę sobie wyobrazić, że dawca, który za życia miał raka prostaty może być kandydatem do oddania narządu. Podobnie cukrzyca albo palacz, te nerki de facto nie są najlepszej jakości, ale ważysz ryzyka i korzyści. Musimy narząd obejrzeć, zbadać, zaczyna się liczyć indywidualne podejście. Kiedyś było tak, że pacjent powyżej 75 roku życia nie wchodził na listę do przeszczepienia. Teraz decyduje stan ogólny pacjenta, stan biologiczny, jego wydolność, sam wiek nie jest czynnikiem. Przeszczep to jest balansowanie, szukanie najlepszych korzyści dla pacjenta. Bo przeszczep jest najlepszą formą leczenia nerkozastępczego. Jak nerki nie pracują, przeszczep jest najlepszą metodą, w tej chwili nic lepszego nie wymyślono.

I wraz z rozwojem medycyny pojawiają się kolejne dylematy. Na przykład: pacjent z chorobą nowotworową, organizm wyniszczony, po chemioterapii, dociera do dializ. Często te osoby są jednocześnie pacjentami hospicjum domowego. Co dalej? I tu jest styk różnych problemów. Można ich przeszczepiać, ale to jest wyzwanie. A drugi koniec tego zjawiska to jest pytanie, które pojawia się na horyzoncie w całej Europie. Kiedy przerwać dializę? Kiedy uznać, że jest to terapia daremna? Profesor Andrzej Szczekliki w jednym ze swoich niedawnych wywiadów powiedział, że terapia daremna to jest taka terapia, w której chory będzie odczuwał więcej cierpienia niż poprawy. Będzie cierpiał z powodu kolejnych procedur medycznych. Wracamy do korzeni medycyny. Medycyna nie zapewni wieczności. Medycyna zrodziła się ze współczucia, z chęci pomocy w cierpieniu. Wobec tego, jeżeli nie mamy narzędzi, które cierpienie efektywnie usuną, a będziemy je tylko wydłużać, to to jest właśnie terapia daremna.

W teorii to brzmi jasno i klarownie. Ale wchodzi praktyka. Jest np. leżąca osoba, która ma nowotwór, potworne bóle. Dializowanie to przedłużanie życia. Zatem przedłużamy ból. Z drugiej strony mamy pacjenta z nowotworem, który nie ma bólu, jest przytomny, tylko słaby fizycznie i odczuwa niedogodność, gdy się go szarpie z łóżka do samochodu, z samochodu na dializę. Jak się zachować? Często rozwiązujemy to w sposób miękki. Np. pacjent mówi:

– „Dziś nie. Nie mam siły na dializę, bo jestem zmęczony.” My pytamy za tydzień:

– „A dzisiaj?”

– „Tak. Dziś się czuję lepiej.”

– „No to jedziemy.”

Trzeba reagować doraźnie, uwrażliwić się na cierpienie i wrócić do korzeni medycyny.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka

Da Vinci – oficjalne otwarcie

8 stycznia 2025 r. oficjalnie podsumowaliśmy pierwszy miesiąc funkcjonowania systemu robotycznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

Zaproszeni goście byli świadkami przekazania certyfikatu „Bezpieczeństwo Systemu Chirurgii Robotycznej da Vinci” od firmy Synektik, która dostarczyła system oraz pilotowała szkolenie chirurgów.



System da Vinci to najnowocześniejsza platforma robotyczna wykorzystywana w chirurgii małoinwazyjnej. Umożliwia precyzyjne wykonywanie skomplikowanych zabiegów z minimalnym ryzykiem powikłań oraz szybszym powrotem pacjentów do zdrowia. W pracowni Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie przeprowadzane są operacje w zakresie:

- Urologii: m.in. prostatektomia (usunięcie gruczołu krokowego).
- Chirurgii Onkologicznej: m.in. operacje nowotworów jelita grubego i odbytnicy.
- Ginekologii Onkologicznej: m.in. operacje nowotworów narządów rodnych.

Zastosowanie systemu da Vinci przynosi korzyści dla pacjentów i zespołu chirurgicznego. Dzięki precyzyjnemu sterowaniu ramionami robota oraz trójwymiarowemu obrazowaniu w wysokiej rozdzielczości, lekarze mogą wykonywać zabiegi z dokładnością niedostępną w tradycyj-

nych metodach chirurgicznych. Dla pacjentów oznacza to:

- mniejsze nacięcia, a co za tym idzie – krótszy czas gojenia ran pooperacyjnych,
- ograniczenie bólu pooperacyjnego i mniejsze zapotrzebowanie na środki przeciwbólowe,
- skrócony czas hospitalizacji oraz szybszy powrót do aktywności życiowej.

„To wielki krok naprzód dla naszego szpitala i pacjentów z całego województwa warmińsko-mazurskiego” – powiedziała podczas ceremonii otwarcia Irena Kierzkowska dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie:

„Dzięki systemowi da Vinci możemy oferować leczenie na światowym poziomie, wykorzystując najnowocześniejsze technologie w walce z nowotworami oraz innymi schorzeniami wymagającymi zaawansowanej chirurgii.

To jest nowa technologia, którą wprowadzamy do zabiegów operacyjnych, żeby pacjentów bardziej skomplikowanych, trudnych móc operować w sposób skuteczniejszy, krótszy, lepszy. Wdrożenie nowej technologii wymagało przeorganizowania, adaptacji sali operacyjnej oraz przeszkolenia personelu. To było olbrzymie przedsięwzięcie, trwało prawie rok z procesem zakupu sprzętu. Dziś możemy ogłosić, że się udało”.

Marszałek województwa warmińsko-mazurskiego, Marcin Kuchciński, podkreślił znaczenie zakupu robota chirurgicznego da Vinci dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, zwracając uwagę na wysoką liczbę

zachorowań na raka jelita grubego w regionie. Województwo warmińsko-mazurskie odnotowuje rocznie około 700 nowych przypadków tego nowotworu, co stanowi najwyższą dynamikę wzrostu w porównaniu z innymi regionami Polski. Zdaniem marszałka, inwestycja w robota da Vinci ma kluczowe znaczenie, gdyż poprawia komfort pracy personelu medycznego oraz, co najważniejsze, komfort pacjentów, którzy będą leczeni w doskonałych warunkach.

Robot kosztował około 11 milionów złotych, z czego 3 miliony pochodziły z zasobów szpitalnych, a 8 milionów przekazał Samorząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego. Obecna na uroczystości wicemarszałkini Sylwia Jaskulska mówiła o tym zakupie jako o inwestycji w zdrowie mieszkańców.

Sylwia Jaskulska:

„Obecność robota da Vinci w szpitalu ma na celu podniesienie jakości leczenia pacjentów wymagających skomplikowanych operacji, zwłaszcza w dziedzinie chirurgii onkologicznej. Wprowadzenie tego nowoczesnego systemu operacyjnego jest istotnym krokiem w rozwoju medycyny zabiegowej w regionie”.

Na zakończenie uroczystości zaproszeni goście mogli sami sprawdzić swoje umiejętności. Oglądając na bloku operacyjnym system da Vinci, zasiadli za konsolą chirurgiczną. Pod okiem Roberta Lissa próbowali swoich sił na tym samym trenarze, na którym swoje umiejętności szlifowali specjaliści z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Marta Gołąb-Kocięcka



Operacje w asyście robotowej w ginekologii onkologicznej

5 grudnia 2024 r. wykonaliśmy pierwszą w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, operację usunięcia narządu rodnego z powodu raka błony śluzowej trzonu macicy w asyście Robota da Vinci. Do końca lutego 2025 r. przeprowadziliśmy 20 zabiegów tego typu, możemy więc chyba pozwolić sobie na pierwsze podsumowania i wnioski. Czy robot jest przełomową procedurą chirurgiczną?

W naszej opinii absolutnie tak!

Tak jak przełomem w leczeniu operacyjnym była pierwsza „narkoza eterowa” wprowadzona przez Thomasa W. Mortona w 1846 roku, tak jak zmieniły chirurgię zasady aseptyki i antyseptyki Ignaza Semmelweisa, Josepha Listera i Louisa Pasteura na początku XIX w., tak jak laparoscopia wprowadzona w drugiej połowie XX w. zrewolucjonizowała sale operacyjne, tak XXI wiek w dziedzinach zabiegowych będzie należał do robota.

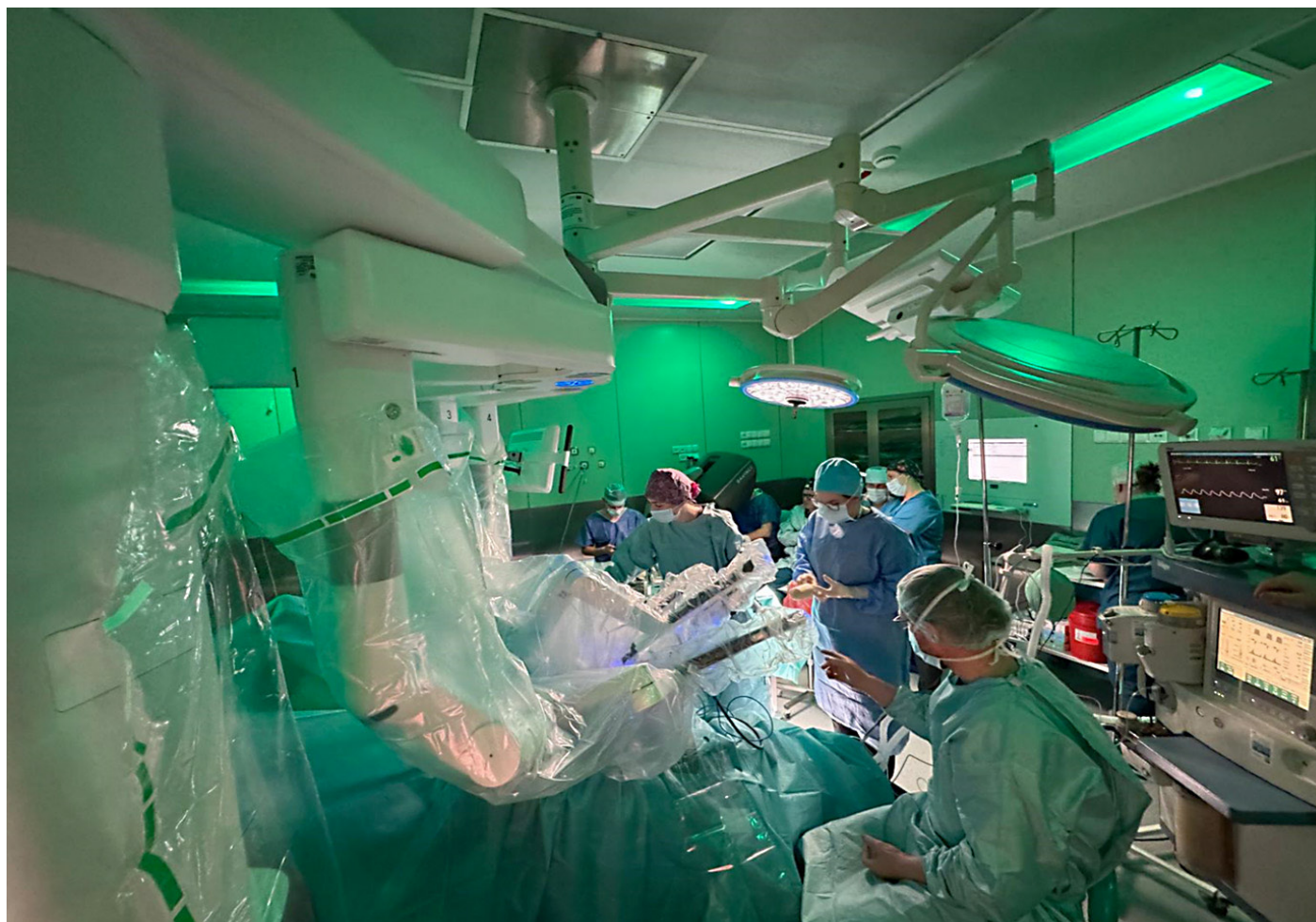
Koncepcja wykorzystania robota na stacjach kosmicznych została wymyślona przez NASA we współpracy z Instytutem Badawczym Stan-

forda, a jej efektem było zbudowanie wielofunkcyjnego ramienia chirurgicznego mogącego pomagać lekarzom w leczeniu kosmonautów przebywających poza ziemią. Pomysł ten zainteresował amerykańską armię (DARPA). Pentagon dostrzegł, że zdalne operacje chirurgiczne można przeprowadzać na polu walki za pomocą robotów, które sterowane byłyby przez chirurgów przebywających w bezpiecznym miejscu. Armia przekazała więc fundusze na badania nad robotami medycznymi. Pieniądze trafiły między innymi do Instytutu Badawczego Stanforda oraz Instytutu Technicznego Massachusetts. Następnym krokiem było powołanie firmy Intuitive Surgical Devices. Efektem jej działań było zbudowanie w 1999 r. Da Vinci Surgical System, który w lipcu 2000 roku został zatwierdzony

przez FED do wykorzystania na rynku amerykańskim. I to właśnie system robotyczny tej firmy, na chwilę obecną jest najlepszy na świecie.

Robot da Vinci Xi 4 generacji, został zakupiony przez nasz szpital! W historii robotyki bardzo ciekawym faktem pokazującym możliwości tej techniki była pierwsza na świecie teleoperacja wykonana w 2001 roku przy pomocy robota ZEUS - Computer Motion. Zabieg cholecystektomii przeprowadził przebywający w Nowym Jorku dr Jacques Marascaux na pacjentce leczonej w Strasburgu.

Główne zalety chirurgii robotowej według naszych obserwacji to:



- możliwość znakomitej wizualizacji operowanych struktur - powiększony, trójwymiarowy (3D) widok pola operacyjnego, w wysokiej rozdzielczości
- niesamowita precyzja pracy narzędzi - stabilizacja obrazu, tłumienie drgań, wielopłaszczyznowość ruchu narzędzi (7 płaszczyzn)
- mniejsze nacięcia skóry - mniejsze blizny
- mniejsze uszkodzenie tkanek - znakomicie mniejsze dolegliwości bólowe i mniejsze zużycie środków przeciwbólowych - możliwość przeprowadzenia radykalnego zabiegu onkologicznego z czterech nacięć skóry śr. 7 mm, i jednego nacięcia śr. 11 mm
- mniejsza utrata krwi - przy świetnej wizualizacji najmniejszych nawet naczyń znakomite możliwości koagulacji - pooperacyjny spadek hemoglobiny u naszych operowanych pacjentek nie przekroczył poziomu 0,4 g/dl
- krótszy czas rekonwalescencji pacjentów
- szybszy powrót do zdrowia pacjentów - wszystkie nasze pacjentki zostały wypisane w 3-ciej dobie pooperacyjnej
- bezpieczeństwo procedury robotowej - nie zanotowaliśmy żadnych powikłań pooperacyjnych, w żadnym przypadku nie była potrzebna konwersja do laparotomii
- ergonomia - komfort pracy operatora, asysty i instrumentariuszki
- łatwość szycia - znacznie prostsza technika w stosunku do laparoskopowej
- procedura „węzła wartowniczego” - mapowanie pierwszego węzła chłonnego na spływie chłonki z narządu zajętego przez nowotwór przy pomocy zieleni indocjaninowej - znaczne zmniejszenie rozległości zabiegu, zwłaszcza we wczesnych stopniach zaawansowania procesu nowotworowego
- otyłość - technika robotowa znacząco ułatwia leczenie operacyjne u skrajnie otyłych pacjentek, wyraźnie zmniejsza ilość powikłań związanych z gojeniem rany pooperacyjnej.

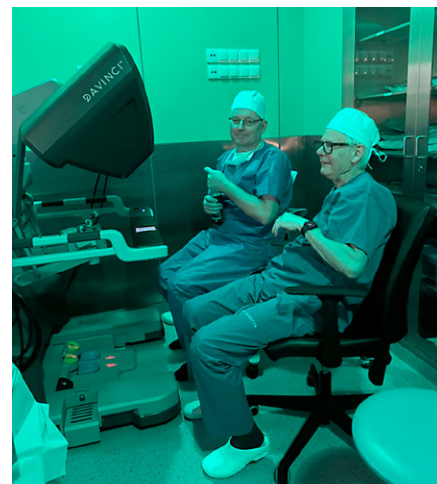
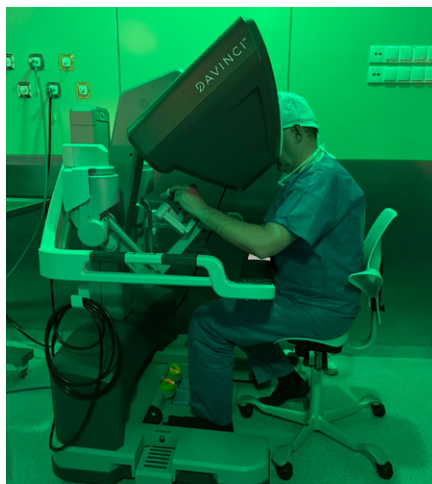
Operacje robotowe obecnie są refundowane przez NFZ po spełnieniu szeregu kryteriów jakościowych i ilościowych w trzech rozpoznaniach:

- raku gruczołu krokowego,
- rakach jelita grubego,
- raku błony śluzowej trzonu macicy.

Mamy jednak nadzieję, że zakres operacji objętych refundacją będzie stale poszerzany. Aktualnie weryfikowana są wskazania do procedur robotowych dotyczących leczenia endometriozy tzw. „głębokiej”. To choroba dotycząca wielu kobiet, znacznie utrudniająca codzienne funkcjonowanie, a możliwości wykorzystania robota w jej leczeniu dają ogromną szansę na znaczącą poprawę zdrowia pacjentek.

Mam nadzieję, że przekonałem Szanownych Czytelników „Pulsu”, że jesteśmy świadkami, ale także ku naszej radości czynnymi uczestnikami, przełomu w medycynie operacyjnej.

dr hab. Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Klinicznego Ginekologiczno-Położniczego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



20 lat Oddziału Kardiochirurgicznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

Oddział Kardiochirurgiczny rozpoczął działalność 01.01.2005 roku. Od początku do 2024 roku jego ordynatorem był dr n. med. Piotr Żelazny, który wcześniej pracował w Instytucie Kardiologii w Aninie.

Jest to jedyny oddział na obszarze województwa warmińsko-mazurskiego, który przyjmuje pacjentów w trybach planowych i nagłych.

W okresie od 2005 do 2025 roku w oddziale wykonanych zostało około 10 000 operacji kardiologicznych obejmujących bardzo szerokie spektrum:

- leczenie operacyjne choroby wieńcowej,
- leczenie nabytych wad serca: naprawa i wymiana zastawki mitralnej, aortalnej i trójdzielnej, oraz leczenie wad złożonych,
- operacje planowe tętniaków aorty wstępującej i łuku aorty,
- leczenie operacyjne ostrych zespołów aortalnych.

Dzięki współpracy z radiologami przyjmujemy pacjentów wymagających zaopatrzenia ostrych zespołów aortalnych z wykorzystaniem

stentgraftów, a praca w zespołach interdyscyplinarnych z radiologami i chirurgami naczyniowymi umożliwia nam kompleksowe leczenie rozległych rozwarstwień aorty piersiowej z wykorzystaniem najnowszych technik - w tym wszczepienia stentgraftów z rozgałęzieniami do naczyń dogłowych:

- leczenie urazów serca i aorty piersiowej,
- operacyjne leczenie wad wrodzonych - ASD,
- leczenie chorób osierdzia,
- leczenie nowotworów serca,
- leczenie powikłań mechanicznych zawalu serca (ostra niedomykalność zastawki mitralnej, pęknięcie lewej komory serca, ubytek przegrody międzykomorowej),
- leczenie infekcyjnego zapalenia wsierdzia,
- leczenie pacjentów w hipotermii głębokiej z wykorzystaniem technik krążenia pozaustrojowego.



Lista procedur jest długa, a ich realizacja zależy od pracy kardiochirurgów, anestezjologów, pielęgniarek, perfuzjonistów i nie jest możliwa bez wsparcia sekretarek i całych pionów administracyjnego i technicznego.

Personel oddziału liczy aktualnie: 5 kardiochirurgów, 3 rezydentów specjalizujących się w dziedzinie kardiologii, 7 anestezjologów, 40 pielęgniarek, 4 perfuzjonistów.

Po 20 latach w obecnej lokalizacji jest nam już ciasno i mamy nadzieję na stworzenie nowej bazy Oddziału Kardiochirurgicznego, dzięki której poprawią się warunki leczenia oraz umożliwi to nam dalszy rozwój.

W najbliższych planach jest spełnienie warunków umożliwiających Szpitalowi uzyskanie III - najwyższego poziomu zabezpieczenia opieki kardiologicznej w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej oraz zostanie ośrodkiem II poziomu w narodowym programie leczenia wstrząsu kardiogenego.

Dr n. med. Anna Witt-Majchrzak

**Koordinator Oddziału Kardiochirurgicznego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie**



Przegląd zarządzania w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

System Zarządzania Jakością zgodny z wymaganiami międzynarodowej Normy ISO 9001:2015

Za nami kolejny przegląd zarządzania w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. Cała kadra kierownicza spotyka się co roku, poza szpitalem, aby skoncentrować się na programie szkolenia oraz zacieśnianiu więzi zawodowych i koleżeńskich. Przegląd poprzedzony jest zgromadzeniem i analizą danych wejściowych, takich jak:

1. Funkcjonowanie procesów i zgodność usług medycznych świadczonych w procesach operacyjnych, a w szczególności:

- stan zatrudnienia i aktywność zawodowa pracowników,
- poziom kwalifikacji zawodowych,
- realizacja umów zawartych z Ministerstwem Zdrowia, NFZ (hospitalizacje, AOS, POZ),
- wynik finansowy szpitala za poprzedni rok,
- koszty leczenia, funkcjonowania szpitala,
- realizacja badań i zabiegów diagnostycznych w działach, zakładach i pracowniach szpitala,
- dane dotyczące infrastruktury i środowiska opieki, w tym awarii sprzętu, gospodarki odpadami,
- zakupy sprzętu, aparatury, usług,
- wynik monitorowania bezpieczeństwa i higieny pracy – wypadki, urazy,
- wyniki monitorowania dawstwa narządowego,
- wyniki monitorowania zużycia krwi i jej składników,
- wyniki monitorowanie profilaktyki zakażeń szpitalnych.

2. Analizy zdarzeń niepożądanych.
3. Wyniki auditów wewnętrznych i zewnętrznych.
4. Statusy działań zapobiegawczych i korygujących.
5. Informacje zwrotne od pacjentów, badanie satysfakcji pacjenta, skargi i pochwały.
6. Realizacja celów wypływających z polityki jakości.
7. Doskonalenie systemu.

Podczas przeglądu dzielimy się sukcesami poszczególnych zespołów, ale również omawiamy niepowodzenia. Podsumowanie to bardzo ważne działanie, ale nie mniej istotne niż przedstawienie Programu Poprawy Jakości na najbliższy rok. W 2025 r skupimy się na wdrożeniu nowych i znowelizowanych wymagań standardów akredytacyjnych, które zostały opublikowane w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2024 r.

Prowadząca przegląd zarządzania Pani Dyrektor Irena Kierzkowska przedstawiła bardzo ważny zaktualizowany dokument, jakim jest Polityka Jakości.

Przyjęta polityka

Świadczenie specjalistycznych usług medycznych na wysokim poziomie, gwarantującym zaspokojenie potrzeb zdrowotnych i oczekiwań pacjentów oraz dążenie z poszanowaniem idei zrównoważonego rozwoju do nadrzędnego celu, jakim jest zdrowie i wysoka jakość życia.

Zapewniamy, że w Naszych działaniach dążymy do doskonałości, kierując się misją Szpitala:

„Pacjent przede wszystkim”.

Gwarancją wykonalności powyższej deklaracji w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie jest:

- 1) zrównoważona polityka zdrowotna otwarta na potrzeby społeczne oraz dostępność i ukierunkowana na indywidualne potrzeby każdego pacjenta,

- 2) dbałość o dobrostan personelu, ustawiczne podnoszenie kwalifikacji i rozwój naukowy,
- 3) utrzymanie bezpieczeństwa finansowego,
- 4) zapewnienie i optymalne wykorzystanie środków, zasobów i infrastruktury zapewniających bezpieczeństwo i jakość usług,
- 5) wdrażanie najnowocześniejszych technologii medycznych z wykorzystaniem sztucznej inteligencji,
- 6) utrzymanie bezpieczeństwa epidemiologicznego,
- 7) minimalizacja negatywnego wpływu na środowisko,
- 8) zarządzanie ryzykiem w obszarze medycznym i pozamedycznym,
- 9) przestrzeganie kodeksów etyki zawodowej i praw pacjenta,
- 10) zaangażowanie w kształcenie przed i podyplomowe,
- 11) budowanie kultury organizacji opartej na wartościach i zasadzie sprawiedliwego traktowania,
- 12) ciągłe doskonalenie w ramach Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem.

Przyznanie certyfikatu ISO 9001:2015 jest skutkiem realizowanej przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie Polityki Jakości.

W dniach 20 i 21 marca 2025 r. w szpitalu gościliśmy auditorów zewnętrznych, którzy przeprowadzili audit szpitala potwierdzający zgodność Systemu Zarządzania Jakością w oparciu o wymagania międzynarodowej normy ISO 9001:2015.

Audit dotyczył wszystkich działalności Szpitala i komórek organizacyjnych mających wpływ na funkcjonowanie systemu. Trwał 2 dni i wymagał od nas ogromnego zaangażowania, aby potwierdzić zaangażowanie wszystkich pracowników w spełnienie wymagań Normy ISO 9001.

Wysiłek ten został nagrodzony. Szpital został oceniony pozytywnie i otrzymał certyfikat na kolejne 3 lata.

Certyfikat

Norma ISO 9001 to międzynarodowa norma, w której określono wymagania, jakie powinien spełniać system zarządzania jakością w organizacji. Jednocześnie jest to jeden z najpowszechniej stosowanych standardów zarządzania jakością na świecie. Wynika to z jej uniwersalności, bowiem ma zastosowanie w przypadku każdej organizacji (bez względu na jej wielkość czy rodzaj), która potrzebuje wykazać zdolność do ciągłego dostarczenia usług spełniających wymagania klienta i dążącej do zwiększenia poziomu realizacji tych wymagań.

Zgodność działalności organizacji z normą ISO 9001 potwierdzana jest zewnętrznymi certyfikacjami, które dostarczają organizacji wiele korzyści, w tym:

1. Ukierunkowanie organizacji na klienta, w przypadku szpitala – na pacjenta. Uzyskanie jego zadowolenia potwierdzone certyfikatem świadczy o tym, że ktoś niezależnie sprawdził i pozytywnie ocenił to ukierunkowanie.
2. Możliwość wszechstronnego stosowania, bowiem ogólny charakter normy ISO 9001 powoduje, że jej wymagania mogą być wdrażane przez różne organizacje, od produkcyjnych, przez handlowe, po usługowe, w tym przez podmioty lecznicze.

3. Wdrożenie, utrzymanie oraz nadzorowanie systemu zarządzania jakością, sprawdzone oraz potwierdzone oceną niezależnej firmy. Certyfikat jakości przyznawany jest na 3 lata, przy czym raz w roku przeprowadzane są audyty nadzoru, potwierdzające funkcjonowanie systemu.

Wdrożenie systemu zarządzania jakością zgodnie z normą ISO 9001 przynosi organizacji wiele korzyści. Można je podzielić na:

1. Korzyści wewnętrzne:

- zapewnienie stabilności i powtarzalności procesów, a tym samym ich wyników,
- zapewnienie i utrzymanie ładu organizacyjnego poprzez jednoznacznie określone procedury postępowania oraz odpowiedzialności i uprawnień z nimi związane,
- zapewnienie jednoznacznych danych i informacji pozyskiwanych z procesów monitorowania i pomiarów zarówno wyrobów i usług, jak również w celu ich wykorzystania do zarządzania organizacją i jej ciągłego doskonalenia.

2. Korzyści zewnętrzne:

- wpływ na wizerunek organizacji jako rzetelnej instytucji działającej zgodnie z wymaganiami międzynarodowych standardów,
- poprawa konkurencyjności oferty (posiadanie certyfikatu ISO 9001 jest częstym wymaganiem w przetargach, pozwala uzyskać dodatkowe punkty w konkursach NFZ).

Ogólny charakter wymagań ISO 9001 powoduje, że system zarządzania jakością może być w pełni spersonalizowany pod daną organizację i jej oczekiwania. Szpital wykorzystał tę szczególną cechę i połączył wymagania Normy ISO 9001 z wymaganiami Standardów Akredytacyjnych oraz z innymi wymaganiami obowiązującymi w polskim systemie prawnym. System ISO wraz ze Standardami akredytacyjnymi stanowią podstawę merytoryczną do utrzymywania i funkcjonowania Wewnętrznego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

Utworzenie systemu zarządzania jakością i jego stosowanie nie kończy działalności organizacji w zakresie zarządzania jakością. System ten należy doskonalić i dostosowywać do zmieniającego się otoczenia organizacji.

Regularne spotkania kadry zarządzającej pomagają budować i monitorować standardy pracy, które stoją na straży jakości. Podobnie jak w poprzednich latach część czasu została przeznaczona na szkolenie. W tym roku wiodącym tematem były zagadnienia związane z umiejętnością prowadzenia oceny pracowników oraz umiejętność zastosowania wyników oceny w praktyce zawodowej.

Wykładowczyni, Pani prof. Beata Buchelt i dr Joanna Jończyk pomogły pogłębić wiedzę oraz praktyczne umiejętności kadry kierowniczej podczas intensywnej i ciekawej praktyki warsztatowej.

Hanna Taraszkiewicz

Pełnomocnik ds. Jakości Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Olsztynie



Podstawy zarządzania oceną pracowniczą

W podmiotach sektora ochrony zdrowia od lat toczy się dyskusja na temat zasadności wykorzystania narzędzia jakim jest ocena pracownicza. To rozwiązanie ma zdecydowanie więcej przeciwników niż zwolenników. Podstawowym zatem pytaniem jest: dlaczego tak się dzieje? Dlaczego narzędzie stworzone do tego, aby wspierać realizację strategii organizacji nie znajduje uznania wśród kadr menedżerskich i pracowników ochrony zdrowia?

Odpowiedzi na to pytanie może być wiele.

Przede wszystkim perspektywa przeszło 20 lat pracy z podmiotami ochrony zdrowia sprawia, że w moim przekonaniu podstawowym wyzwaniem jest postrzeganie oceny pracowniczej jako użytecznego narzędzia zarządzania, a nie przymusu administracyjno-zarządczego. Przy czym do tego potrzebne jest systematyczne i cykliczne budowanie świadomości menedżerskiej na temat tej specyficznej praktyki zarządzania pracownikami. Myślę, że takie działanie rozpoczęło się już w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie długo przed tym jak pojawiliśmy się wśród kadry zarządzającej z Panią dr Joanną A. Jończyk. Cieszy mnie fakt, że budowanie tej świadomości toczyło się i mam nadzieję toczyć się będzie z naszym udziałem.

W kolejnych częściach publikacji postaram się streścić kilka najważniejszych kwestii dotyczących oceny pracowniczej. Przede wszystkim zwrócę uwagę na to do czego ma służyć to narzędzie, jakie zasady należy stosować przy zarządzaniu oceną pracowniczą oraz jak unikać typowych błędów zwłaszcza psychologicznych podczas przeprowadzania takiej oceny.

Myśląc o ocenie nie powinniśmy jej kojarzyć z nieprzyjemnym obowiązkiem administracyjnym bowiem czy chcemy tego czy nie, ocenianie towarzyszy zarządzaniu pracownikami na każdym etapie ich funkcjonowania w szpitalu. Od wejścia do organizacji, poprzez funkcjonowanie pracownika w ramach danej organizacji aż po wyjście. Oceniamy ciągle, ale w praktyce zwracamy uwagę najczęściej na sytuacje, w których pracownik nie realizuje postawionych przed nim zadań. Aby odejść od takiej sytuacji ocenianie powinno być realizowane według zestawu reguł. Główne z nich omówię poniżej.

Ocena pracy pracowników służy realizacji celów, zarówno organizacyjnych, jak i jednostkowych (pracownika). Do celów organizacyjnych zalicza się:

- Poprawę wydajności pracy. Ocena pracowników pozwala na identyfikację obszarów, w których można poprawić efektywność i produktywność.
- Zarządzanie personelem. Oceny pomagają w podejmowaniu decyzji dotyczących awansów, przeniesień, szkoleń i zwolnień.
- Dostosowanie do celów organizacyjnych. Oceny pracowników są wykorzystywane do określenia, czy ich działania są zgodne z celami organizacji.
- Utrzymanie zdrowego klimatu organizacyjnego. Oceny mogą pomóc w utrzymaniu pozytywnej atmosfery w miejscu pracy.

Z punktu widzenia pracownika cele oceny są następujące:

- Otrzymanie informacji zwrotnej. Pracownicy otrzymują informację zwrotną o swoich wynikach pracy i potencjale rozwojowym. Jest

to działanie szczególnie istotne dla nowych pokoleń na rynku pracy i dla nowych pracowników.

- Uznanie i poczucie własnej wartości. Oceny mogą przyczynić się do zwiększenia poczucia własnej wartości pracowników.
- Modyfikacja zachowań. Oceny pomagają w identyfikacji i korygowaniu zachowań, które wymagają poprawy.
- Rozwój zawodowy. Oceny są wykorzystywane do planowania ścieżek rozwoju zawodowego pracowników.

Ocenianie spełnia zestaw następujących funkcji pod warunkiem, że jest ono przeprowadzone zgodnie z kanonami tego działania:

- Funkcja ewaluacyjna. Ocena jakości pracy i realizacji celów.
- Funkcja rozwojowa. Identyfikacja potencjału rozwojowego pracowników.
- Funkcja informacyjna. Dostarczanie informacji zwrotnej o wynikach pracy.
- Funkcja motywacyjna. Wpływ na motywację pracowników.
- Funkcja decyzyjna. Podstawa do podejmowania decyzji kadrowych.

Ocenianie to proces. W zarządzaniu pracownikami przynosi ono efekty, kiedy dzieje się na bieżąco, a nie wtedy, kiedy wymusza to procedura czy spontaniczna potrzeba organizacji. Ocenianie pracowników raz na dwa lata zasadniczo nie ma sensu. Formalnie powinno się oceniać pracownika co najmniej raz na rok. Nieformalnie natomiast na bieżąco. Prawidłowo przebiegający proces oceniania pracowników rozpoczyna się od zidentyfikowania i zdefiniowania kryteriów oceny. Są to swojego rodzaju „sygnały” organizacji co dla niej jest, a co nie jest istotne. W olsztyńskim szpitalu specjalistycznym zdefiniowano następujący zestaw kryteriów oceny pracowniczej:

- umiejętność pracy w zespole,
- wydajność i terminowość,
- dyspozycyjność i dyscyplina pracy,
- przestrzeganie zasad etyki zawodowej,
- kreatywność i nowatorstwo na stanowisku pracy,
- identyfikowanie się z zadaniami szpitala,
- zdolność do działania w sytuacjach kryzysowych i stresujących,
- podnoszenie kwalifikacji i rozwój zawodowy,
- stosunek do przełożonych i współpracowników,

- dbałość o sprzęt i mienie szpitala,
- udział w pracach komisji i zespołów problemowych powołanych przez dyrekcję szpitala,
- rzetelne i odpowiednie prowadzenie dokumentacji medycznej i niemedycey.

Zestaw wskazanych czynników stanowi wytyczne dla Zarządu dotyczące efektywności, skuteczności oraz wydajności pracy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie w kontekście funkcjonowania w publicznym systemie ochrony zdrowia (uwarunkowania publicznych i prywatnych pomiotów ochrony zdrowia zdecydowanie się różnią). Zidentyfikowane kryteria należałoby zdefiniować tak, aby w szpitalu nie było wątpliwości co kryje się pod zagregowanym terminem. Dla przykładu „umiejętność pracy w zespole” może być opisana następującymi wskaźnikami:

- umiejętność aktywnego słuchania innych i rozumienia ich punktów widzenia,
- umiejętność dopasowania się tak, by zrezygnować z własnych celów, jeśli nie służą pracy całego zespołu,
- umiejętność skutecznego komunikowania się z innymi, czyli precyzyjnego opisywania własnego stanowiska ze zrozumieniem stanowisk innych osób.

Sztuka oceniania polega na tym, aby znać ww. kryteria i ich opisy oraz w odniesieniu do nich oceniać zachowania na stanowisku pracy pracownika, ponieważ oceniamy zachowania (pracę i efekty pracy człowieka), a nie człowieka (osobę). Nasze obserwacje odnoszące się do ww. wskaźników dobrze byłoby formalizować (spisywać). Do takich działań potrzebny jest np. Excel. Na bazie zebranych informacji udzielamy pracownikom informacji zwrotnej w cztery oczy. Podstawowe zasady udzielania informacji zwrotnej:

- Bazowanie na faktach: unikanie interpretacji i opinii, skupienie się na konkretnych zachowaniach i sytuacjach.
- Ocenianie zachowań, a nie osoby: skoncentrowanie się na działaniach, które mogą być poprawione, zamiast na krytyce osoby.
- Terminowość: udzielanie informacji zwrotnej jak najszybciej po zdarzeniu, po to, aby odbiorca mógł zrozumieć kontekst.
- Konkretność: opisywanie konkretnych sytuacji i zachowania, aby dawać jasne wskazówki do poprawy.
- Konstruktywność: nawet negatywna informacja zwrotna powinna być przekazana w sposób, który wskazuje, jak można poprawić sytuację.

Proces bieżącej oceny i udzielania informacji zwrotnej jest podstawą dobrej oceny. Na podstawie bieżącej opinii w konsekwencji dokonywana jest ocena roczna lub dwuletnia sformalizowana. Tak przeprowadzany proces pozwala nam uniknąć następujących błędów:

- Efekt aureoli. Jest to tendencja do oceniania osoby na podstawie jednej cechy, która wpływa na ocenę innych cech. Na przykład, jeśli ktoś jest uważany za atrakcyjnego, może być postrzegany jako bardziej kompetentny.
- Błąd samospełniającej się przepowiedni. Zjawisko, w którym oceniający faworyzuje informacje potwierdzające jego wcześniejsze przekonania, ignorując sprzeczne dane. Może to prowadzić do nierzetelnych ocen pracowników.
- Błąd kotwiczenia. Oceniający zbyt mocno opiera się na pierwszym wrażeniu lub informacji, co wpływa na późniejsze oceny. Może to prowadzić do zniekształconych wyników.
- Ocenianie przez pryzmat własnych zachowań. Tendencja do oceniania innych na podstawie własnych preferencji i zachowań. Na przykład, jeśli ktoś ceni punktualność, może być bardziej surowy wobec osób spóźniających się.

- Sympatie i antypatie. Oceniający może faworyzować lub dyskryminować pracowników ze względu na osobiste sympatie lub antypatie, co wpływa na obiektywność oceny.
- Efekt grupy. Tendencja do lepszego traktowania osób należących do tej samej grupy co oceniający.
- Zjawisko projekcji. Przenoszenie własnych cech lub zachowań na ocenianą osobę, co może prowadzić do niewłaściwych wniosków.
- Tendencja centralna. Oceniający skłonny jest postrzegać wszystkich pracowników jako przeciętnych, co może prowadzić do braku rozróżnienia między nimi.

Reasumując rozważania w niniejszym artykule serdecznie zachęcam Państwa do rozszerzania swoich kompetencji w zakresie nie tylko swojej specjalizacji, ale przede wszystkim w obszarze zarządzania personelem. Mam nadzieję, że to spotkanie zainspirowało Państwa do takich właśnie działań.

Dr hab. Beata Buchelt, Prof. UEK

Doktor habilitowany w dziedzinie ekonomii w naukach o zarządzaniu o specjalności zarządzanie zasobami ludzkimi. Visiting Professor University of Michigan Health-West (2023-2024). Członek Rady Ekspertów NIL. Członek Rady Programowej Polskiej Federacji Szpitali. Członek Rady Naukowej Fundacji *Nie widać po mnie*. Dyrektor Centrum Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia UEK. Dyrektor programu MBA in Healthcare Krakowska Szkoła Biznesu UEK. Członek wielu zespołów eksperckich związanych z projektowaniem i wdrażaniem metod i narzędzi ZZL. Wykładowca i profesor wizytujący w Grand Valley State University Grand Rapids, USA, Roosevelt University, Chicago, USA oraz Pforzheim University, Pforzheim, Niemcy. Współpracownik European Observatory on Health Systems and Policies (EuroWHO). Członek Rady Naczelnej Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Opieki Zdrowotnej. Stypendystka Senior Fulbright Awards w ramach którego zrealizowała projekt badawczy pt. *High Performance Work Practices: Physicians' Perspective*.

Od ponad 20 lat badaczka obszaru zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia. Autorka kilkunastu publikacji związanych z zarządzaniem personelem w podmiotach medycznych, w tym monografii nagrodzonej przez Komitet Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN pt. *Koncepcja systemu zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego w szpitalach*. Inicjatorka studiów podyplomowych dla personelu pielęgniarskiego *Zarządzanie w podmiotach ochrony zdrowia – perspektywa kapitału ludzkiego*. *Studia menadżerskie dla personelu pielęgniarskiego*. Współinicjatorka programu „Pakiet na staż” OIL w Krakowie. Członek Rady Akredytacyjnej przy MZ.

Prof. UEK dr hab. Beata Buchelt

Stypendystka Senior Fulbright Award
Katedra Zarządzania Kapitałem Ludzkim
Centrum Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie
Ul. Rakowicka 27
31-510 Kraków

Assoc. Prof. Dr. Habil. Beata Buchelt

Senior Fulbright Award Fellow
Department of Human Resource Management
Center of Economics and Management in Healthcare

Cracow University of Economics
Rakowicka 27 Street
31-510 Krakow, Poland



Ciche bohaterki szpitala

Dzień jak co dzień w gabinecie pracowników socjalnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Na końcu korytarza, na wysokim parterze pracują Magdalena Burzymowska i Ewa Zygnerska. Ciche bohaterki tego szpitala. Tak mówią o nich lekarze i lekarki, kiedy wybierają ich numer telefonu, bo znów jakiś pacjent jest w potrzebie. A telefony dzwonią bez przerwy. Na biurku Pani Ewy leżą trzy.

Pani Ewo, te telefony tak zawsze?

Ewa Zygnerska: Cały czas dzwonią i będą dzwonić. Jak skończymy rozmawiać, oddzwonię. Jest dużo spraw, dużo pacjentów, więc telefonów też jest dużo.

Jak wygląda Wasz dzień?

Tak naprawdę, to codziennie same sobie tworzymy harmonogram dnia, bo zależy to od potrzeb szpitala. Te potrzeby to zawsze konkretny człowiek. Czasem trzeba mu pomóc napisać podanie, czasem wypełnić wniosek o dom pomocy społecznej albo przygotować dokumenty do zakładu opiekuńczo-leczniczego. Czasem pracujemy tylko z pacjentem, bo on po prostu nie ma nikogo bliskiego, czasem z jego rodziną.

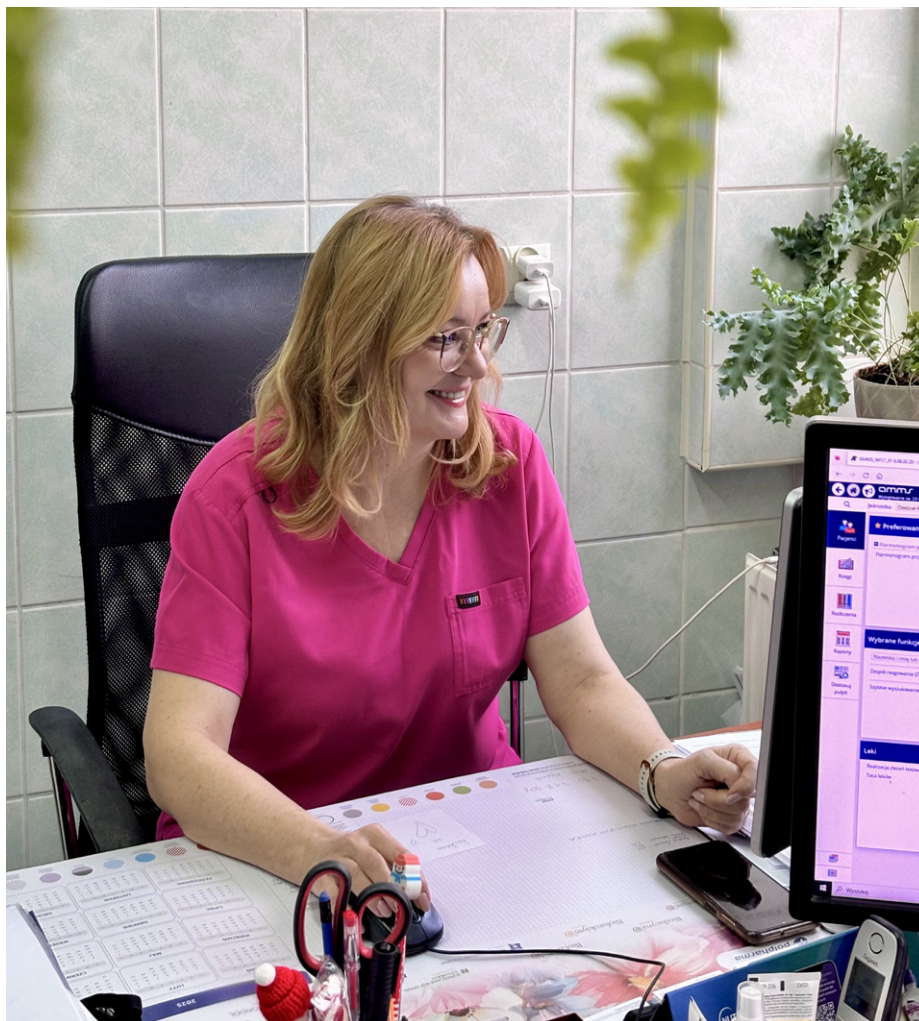
To jest cały wachlarz. Często są to osoby w kryzysie bezdomności, które trafiły do szpitala. Zakończyliśmy leczenie, ale pacjent wciąż wymaga opieki, nie ma gdzie się podziąć i nie można go wypisać. My musimy znaleźć miejsce, gdzie będzie miał opiekę, w przeciwnym razie wróci „na ulicę”.

To są pacjenci, którzy często nie mają żadnych środków do życia, więc my składamy dokumenty do zespołu orzecznictwa o wydanie zaświadczenia o niepełnosprawności, żeby mieć jakąś podstawę do ubiegania się o zasiłki celowe lub okresowe z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej. Składamy też wnioski o rentę, bo dla wielu pacjentów przebrnięcie przez formalności jest trudne.

Trafią do nas pacjenci, którzy nie mają ubezpieczenia, więc my występujemy z wnioskami o ubezpieczenie do ośrodków pomocy społecznej, bo sami nie są w stanie zapłacić za leczenie.

Ale wasza praca nie ogranicza się do pomocy osobom w kryzysie bezdomności?

Niestety, nie. Bardzo wielu starszych ludzi potrzebuje wsparcia. Mieszkają samotnie, połamali się albo zachorowali na cięższe choroby, po wyjściu ze szpitala, nie byłoby w stanie poradzić sobie z codziennością. Wtedy my staramy się pomóc. Załatwiamy usługi opiekuńcze, zakładając, że taki pacjent czy pacjentka mogą wrócić do domu i samodzielnie funkcjonować. Jeśli nie, to musimy składać wnioski np. do pomocy społecznej,



przyprowadzać wywiady z pacjentami, żeby sprawdzić ich warunki życiowe, bytowe, materialne. Zebrać dane, żeby móc dalej pomagać.

Jak wygląda współpraca z rodzinami pacjentów?

To jest trudny temat. Bardzo często nasi pacjenci nie mają rodziny albo rodzina mieszka daleko. Są też takie sytuacje, w których rodzina nie chce się zająć bliskim i to jest dla nas najbardziej stresujące i bolesne. Paradoksalnie łatwiej jest pracować z osobą, która nie ma nikogo. Wtedy wiemy, że tylko my możemy i musimy w jakiś sposób pomóc, ale jak wiemy, że pacjent ma rodzinę i słyszymy, że ta rodzina nie chce go odebrać „bo nie”, bo „szpital ma się tym zająć”, to trudno przyjąć to ze spokojem.

Co to znaczy, że szpital ma się zająć pacjentem, o jakich pacjentach mówimy?

To są pacjenci, którzy powinni wrócić do domu, ale potrzebują wsparcia i jeszcze jakieś pomocy, a my słyszymy, że rodzina nie widzi możliwości, nie ma miejsca, nie wie, jak się opiekować...

Doskonale wiemy, że placówek które opiekują się takimi pacjentami jest za mało, jak w takim razie znajdujecie dla nich miejsce?

To jest właśnie nasze zadanie. ZOL-i w naszym województwie jest niewiele. Spójrzmy na Olsztyn. W mieście wojewódzkim jest jeden zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL), w dodatku półprywatny, gdzie część pacjentów trafia na fundusz, a część komercyjnie. Efekt jest

taki, że w Olsztynie w zasadzie nie mamy gdzie tych pacjentów umieszczać... Krótko mówiąc szukamy, dzwoniemy gdzie się da, przedstawiamy sytuację i prosimy. Nie znamy osobiście osób, z którymi rozmawiamy, ale przez to, że te kontakty są tak częste, to buduje się relacja. Na bazie tej relacji prosimy, błagamy, używamy najróżniejszych argumentów, żeby znaleźć pacjentowi miejsce, dać mu szansę na to, żeby mógł spokojnie dochodzić do zdrowia już w innej placówce, jeśli jest zakończone leczenie w szpitalu.

To takie małe codzienne sukcesy.

Sukces jest dla nas wtedy, gdy uda nam się przekazać pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego, a po jakimś czasie dowiadujemy się, że ten pacjent wrócił do domu. Ludzie boją się tych placówek, zakładając, że to już jest ostateczność, ale to nieprawda. Często jest tak, że ten pacjent potrzebuje trochę więcej czasu, żeby dojść do zdrowia, a potem trafia do rodziny. Takie sytuacje bardzo nas cieszą, zwłaszcza, że dowiadujemy się o tym od rodziny, która dzwoni, aby nam podziękować za to, że ta bliska osoba wróciła do domu.

Ta praca to chyba misja. Dlaczego się Pani na nią zdecydowała?

Ja lubię pomagać. Bardzo. Kiedyś pracowałam w Polskim Czerwonym Krzyżu i chyba to mnie napędziło do takiego stylu życia. Działalam w Fundacji Mam Marzenie, całe moje życie zawodowe to była jakaś forma pomagania. Zawsze sobie coś tam znajdę, żeby być do pomocy, albo dla kogoś coś zrobić. Po prostu taka jestem.

Jeśli przez całe zawodowe życie zajmuje się Pani pomaganiem, to wie pani, gdzie są dziury w systemie, co można uszczelnić, naprawić. Czy może bez potężnego zastrzyku pieniędzy nie da się tego zrobić?

Myszę, że bez pieniędzy nie da się tego zrobić, ale konieczne jest też usprawnienie procedur. Cały czas zderzamy się z taką sytuacją, że pacjent ma zakończone leczenie w szpitalu, a my nie możemy mu znaleźć miejsca. Stąd zdarzają się takie ekstremalne sytuacje, jak ta, gdy pacjent, który trafił do nas w bardzo ciężkim stanie, nie miał gdzie wrócić i leżał w szpitalu 90 dni! Leżał w szpitalu 3 miesiące, zupełnie niepotrzebnie, ponieważ był zbyt zdrowy, żeby



pójść do zakładu opiekuńczo-leczniczego, ale nie miał domu, a my musieliśmy mu załatwić miejsce w domu pomocy społecznej. Cała biurokracja, cała procedura trwała 3 miesiące. Nikt nie wyrzuci pacjentów ze szpitala na ulicę, dlatego, że jest zakończone leczenie, jeżeli nie mamy, gdzie go przekazać. Ale to obciąża system, blokuje łóżko, zupełnie niepotrzebnie.

Co Panią wzrusza?

Bardzo mnie wzruszają starsi ludzie, samotni. Są takie momenty, kiedy rozmawiamy, a oni patrzą na mnie z taką ufnością. Wtedy się wzruszam. To jest takie poczucie, że pacjenci obdarzają mnie zaufaniem, mają często łzy w oczach, bo ktoś przyszedł, chce pomóc, chociaż o to nie prosili.

To jest poczucie wdzięczności za informacje, że zadzwoniłam do ośrodka pomocy społecznej z prośbą o to, żeby ktoś przyszedł, zrobił zakupy, posprzątał, ugotował... Pomógł w codzienności.

Ale pewnie przynosi pani pracę w głowie do domu?

Nie da się inaczej. Ale mieszkam na wsi, potrafię pójść do lasu na spacer, żeby emocje z siebie rzucić. Poza tym wyżywam się w ogrodnictwie. Moją pasją są pomidory. Robię sadzonki, wyszukuję nasiona kolekcjonerskie. W jednym roku potrafię trzysta krzaków posadzić.





Jak trafiła Pani do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie?

Magdalena Burzymowska:

Potrzebny był pracownik socjalny na zastępstwo. Zgłosiłam się, przyszedłam na rozmowę i nie minęła może godzina, gdy zadzwonił telefon i poproszono, żebym przyszła jeszcze raz.

Wróciłam i dostałam pytanie: „od kiedy może Pani zacząć?”. Odpowiadam, że praktycznie to od zaraz. I zaczęłam.

Potem, kiedy skończyło się zastępstwo byłam sekretarką medyczną, ale kiedy osoba, którą zastępowałam przeszła na emeryturę, wróciła do mnie propozycja bycia pracownikiem socjalnym.

Przyznam, że wtedy nie do końca było mi to na rękę, bo miałam przekonanie, że to nie jest praca dla mnie. Ja bardzo przejmuję się sprawami pacjentów i ich rodzin. To są sytuacje bardzo obciążające emocjonalnie. Często są to po prostu tragedie rodzinne, które później bardzo przeżywam. Wtedy tak się złożyło, że trafiły mi się przypadki młodych ludzi, po wypadkach, w wieku około 20 lat. Ja miałam syna w takim wieku. Siłą rzeczy przekładałam te historie na niego, bałam się bardzo o niego i jak późno nie wracał, od razu dzwoniłam z pytaniami „gdzie jesteś, co robisz, kiedy wrócisz?”. Miałam taki lęk w sobie. Z biegiem czasu to wszystko jakoś sobie przetłumaczyłam, ale początki były bardzo obciążające.

Ci pacjenci z początku mojej pracy to były osoby w ciężkim stanie, kierowane do zakładów opiekuńczo-leczniczych. Rozmawiałam z rodzi-

nami tych chłopców, które miały cały czas nadzieję, że jednak ich synowie wyjdą z tego, że jeszcze potrzebują czasu, może jakiejś rehabilitacji... I jak tu rozmawiać? Jakich słów użyć, tłumacząc, że tu w szpitalu hospitalizacja się kończy, leczenie praktycznie jest zakończone, a zakład opiekuńczo-leczniczy jest kolejnym etapem.

To było wtedy, a teraz?

Teraz bardzo często zajmujemy się bezdomnymi. Przecież tacy pacjenci po zakończonym leczeniu w szpitalu nie mogą po prostu wrócić na ulicę albo do schroniska. Rozmawiamy w lutym... Zresztą teraz nie mamy schroniska w Olsztynie, tylko noclegownię, czynną od 19 do 9 rano, co oznacza, że po 9-jej taki człowiek musi sobie radzić. Mamy teraz takiego pacjenta na chirurgii naczyniowej, który odmroził sobie nogi i miał amputowaną stopę. Ten człowiek nie może wrócić do schroniska. Musi iść do domu pomocy społecznej, ale nie ma dochodu, żyje z dnia na dzień, z tego co znajdzie. My musimy mu ten dochód załatwić. Składamy dokumenty do komisji ds. orzekania o niepełnosprawności, pomagamy w uzyskaniu stałego zasiłku, ubezpieczenia, a potem szukamy placówki, w której znajdzie opiekę i schronienie. Na tym oczywiście nie koniec, bo regularnie przeszukujemy szafy naszych mężów w poszukiwaniu ubrań dla takich pacjentów i robimy im „wyprawki” na wyjście ze szpitala. Zdarzało mi się też kupować ubranka dla noworodka. Życie pisze różne scenariusze.

Czyli jesteście Panie „od gaszenia pożarów”?

Oczywiście. Jak jest problem na oddziale, to rozwiązaniem jest telefon do „socjalnej”. Ale my się naprawdę z Ewą dobrze czujemy w tej pracy i nawzajem się wspieramy. (przyp. red.: w tym momencie do pokoju wchodzi Pani Ewa mówiąc „przyniosłam Ci Madzia śniadanie” i stawia obok talerzyk)

Zdarzyły się Pani przypadki „nietypowe”?

Oczywiście! To sytuacje, które właściwie nie powinny mieć miejsca, ale zdarzyły się dlatego, że często działam pod wpływem chwili i emocji. Na przykład: dzwoni oddziałowa z neurochirurgii i mówi, że trzeba pacjenta wypisać do domu, a rodzina się nie zgłasza. Mówi: „No weź coś zrób, znajdź telefon, trzeba rodzinę powiadomić, żeby odebrali pacjenta”. A to był taki starszy pan. Patrzę na adres, mieszka na Dworcowej, niedaleko mnie! No to myślę: „Ładna pogoda, przejdę się!”. Wróciłam z pracy i mówię do męża, że wychodzę, bo muszę coś załatwić. Poszłam, znalazłam ten blok, zadzwoniłam domofonem. Odezwiał się jakiś męski głos, więc mówię „Dzień dobry, jestem ze szpitala wojewódzkiego, pracownik socjalny”. On do mnie: „Dzień dobry, dzień dobry, proszę do środka”. No to ja do środka.

„Dzień dobry, ja tutaj przyszedłam w sprawie, chyba pana ojca, trzeba go odebrać ze szpitala”. A ten mężczyzna krzyczy „Ej, Jurek! Ojca chcą już wypisać, chodź tutaj!”.



Wychodzi z czeluści tego mieszkania drugi mężczyzna i zaczynają się między sobą kłócić, który z nich ma odebrać ojca! A w międzyczasie do mnie: „niech Pani wejdzie, niech Pani wejdzie”. Ja mówię „nie dziękuję, ja już znikam”, a oni zaczęli się bić! No to wtedy już się naprawdę wystraszyłam! Wyskoczyłam z tego mieszkania i do domu! Wracam i myślę: „Po co mi to było!”. Ale panowie wyjaśnili sobie sporne kwestie i następnego dnia odebrali ojca.

Mieliśmy też bezdomnego pacjenta, którego już mieliśmy wypisywać, a on poprosił mnie o pomoc w skontaktowaniu się z jego siostrą, bo chciał, żeby wiedziała o jego pobycie w szpitalu. Zgodziłam się i zapytałam, gdzie mieszka jego siostra. Okazało się, że znowu niedaleko mnie, na ulicy Dworcowej. Pomyślałam: „Czemu by nie pójść?”.

Poszłam pod wskazany adres i zapukałam do drzwi. Otworzyła mi kobieta. Wyjaśniłam jej, że jej brat leży w szpitalu i poprosił, bym ją o tym poinformowała. Przyjęła do wiadomości, ale powiedziała: „Nie mam z nim nic wspólnego. Proszę mnie o niczym nie informować. Do widzenia” i zamknęła drzwi. Poczułam się nieswojo, ale zrozumiałam, że relacje między nimi musiały być skomplikowane.

Wróciłam do szpitala i powiedziałam temu mężczyźnie, że jego siostra została poinformowana, ale nie zamierza go odwiedzić. To była trudna rozmowa, bo widziałam jego smutek, ale cóż, wybrał taką drogę, życie bywa skomplikowane.

To jednak nie jedyna taka historia. Mogłabym chyba książkę o tym napisać. Na przykład pamiętam pacjenta na laryngologii – chodził o własnych siłach, ale miał nowotwór krtani.

Nie pochodził stąd, nie miał nikogo, kto mógłby go odebrać ze szpitala. Lekarze zdecydowali o wypisaniu go, jednak pojawił się problem: nie miał pieniędzy na powrót do domu, a jego siostra, nie mogła po niego przyjechać, bo miała małe dzieci.

Pomyślałam wtedy: „Jak on wróci do domu bez pieniędzy na bilet?”. Nie było wyjścia, zapłaciłam za bilet z własnych pieniędzy, wręczyłam mu go i życzyłam powodzenia oraz zdrowia na dalszą drogę. I pojechał. Patrząc na jego wdzięczność, wiedziałam, że zrobiłam dobrze.

Takie sytuacje zdarzają się częściej niż mogłoby się wydawać. Są czasem smutne, czasem poruszające, ale zawsze przypominają o ludzkiej stronie naszego zawodu.

Zastanawia się Pani czasami co się dzieje z pacjentami? Czy znikają z Waszego życia na zawsze?

Zdarza się, że dzwonią, aby podziękować za pomoc, za wskazówki, za to, że mogli skorzystać z oferowanego wsparcia, bywa, że kontaktują się, aby ustalić wspólny plan działania i odpowiednio zaopiekować się pacjentem po wypisie. Spotykamy się z wdzięcznością, bo bardzo często rodziny nie zdają sobie sprawy z istnienia pracownika socjalnego w szpitalu i dopiero lekarze lub pielęgniarki informują ich o możliwości kontaktu z nami. Oni bardzo często nie wiedzą, że mogą uzyskać pomoc, dodatkowe pieniądze na leczenie. Czasem pomagamy nawet w załatwieniu renty, zwłaszcza gdy pacjent jest młody, ale po wypadku nie może wrócić do pracy. Informujemy, gdzie się udać, jakie dokumenty wypełnić i jak je złożyć. W takich momentach czuję, że naprawdę jesteśmy pomocne.

Ostatnio przypominałam sobie o jednej ulotce, która mówiła o wsparciu emocjonalnym dla pacjenta i jego rodziny. To powinno być na pierwszym miejscu, bo właśnie od tego zaczyna się każda nasza interakcja. Gdy spotykamy się z rodziną, często są załamani, bezradni i nie wiedzą, co robić dalej. Proszą: „Niech pani pomoże, niech pani powie, co robić”. Są często w szoku, bo spotkała ich tragedia. Czasami nawet proszą, żeby wszystko spisać na kartce, bo boją się, że w stresie nie zapamiętają naszych wskazówek. Zostawiamy im nasze numery telefonu, mówiąc: „Proszę dzwonić, jeśli będzie potrzeba”. Faktycznie dzwonią, bo znaleźli się w trudnej sytuacji, która ich przerasta.

Ale w tym zawodzie trzeba umieć zadbać o siebie. Po tych paru latach wiem, że jeśli nie zatroszczę się o siebie, nie będę w stanie pomóc innym, bo ta praca nie jest łatwa. Mamy swoje problemy, a jednocześnie mierzymy się z problemami innych ludzi.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka

Pracownicy socjalni w szpitalu odgrywają kluczową rolę w opiece nad pacjentami, pomagając im i ich rodzinom w trudnych sytuacjach związanych z chorobą i leczeniem.

- **Wsparcie pacjentów i ich rodzin:** Pomagają pacjentom i ich rodzinom radzić sobie z trudnościami emocjonalnymi, społecznymi i praktycznymi, które pojawiają się w związku z chorobą i hospitalizacją. Oferują wsparcie psychologiczne, pomagają w nawiązaniu kontaktu z rodziną, organizują pomoc w opiece nad dziećmi lub osobami starszymi, a także wspierają w trudnych sytuacjach życiowych, takich jak utrata pracy czy problemy finansowe.
- **Pomoc w organizacji opieki po wypisie:** Pomagają pacjentom w planowaniu opieki po wypisie ze szpitala. Organizują wizyty domowe, rehabilitację, pomoc pielęgniarską, a także wspierają w uzyskaniu niezbędnego sprzętu medycznego.
- **Wsparcie w sprawach formalnych:** Pomagają pacjentom w załatwianiu formalności związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym, rentą, emeryturą, a także w uzyskaniu pomocy finansowej z różnych źródeł.
- **Interwencja w sytuacjach kryzysowych:** Interweniują w sytuacjach kryzysowych, takich jak przemoc domowa, uzależnienia, problemy psychiczne, a także w przypadkach zaniedbania pacjenta.
- **Współpraca z innymi specjalistami:** Współpracują z lekarzami, pielęgniarkami, psychologami i innymi specjalistami, aby zapewnić pacjentom kompleksową i skoordynowaną opiekę.

Wsparcie pracowników socjalnych jest szczególnie ważne dla pacjentów przewlekłych chorych, niepełnosprawnych, samotnych, a także dla rodzin, które znalazły się w trudnej sytuacji życiowej. To praca szalenie obciążająca emocjonalnie, wymagająca codziennej styczności z trudnymi sytuacjami życiowymi pacjentów, takimi jak choroby, ubóstwo, przemoc, uzależnienia. Pracownicy socjalni często stają się powiernikami pacjentów, którzy dzielą się z nimi swoimi lękami, obawami i nadziejami. Z drugiej strony pracują pod ogromną presją czasu, poruszając się w nie zawsze przyjaznym środowisku procedur i formalności.

Naukowy hit!

Przypominamy jeden z tekstów, który mocno rezonował w naszych mediach społecznościowych. Informacja o publikacji dr n. med. Marka Gowkielewicz, dr hab. n. med. Tomasza Waśniewskiego oraz dr n. med. Wojciecha Zdanowskiego, na łamach prestiżowego czasopisma *Frontiers in Endocrinology*, zebrła rekordową liczbę 978 reakcji, 164 komentarzy i 190 udostępnień! Artykuł był najbardziej aktualną pracą poglądową prezentującą kompleksową wiedzę dotyczącą biologii wyjątkowego, naturalnego antynowotworowego białka - hormonu anty-Müllerowskiego (AMH).

Jest to efekt wieloletniej pracy całego zespołu, który na ten i pokrewne tematy opublikował dotychczas kilka oryginalnych prac badawczych. W skład zespołu weszli wspomnieni lekarze z Oddziału Klinicznego Ginekologiczno-Położniczego i Oddziału Klinicznego Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie: dr hab. Tomasz Waśniewski, prof. UWM, dr n. med. Marek Gowkielewicz, dr n. med. Wojciech Zdanowski; oraz dr hab. Marta Majewska, prof. UWM z katedry Fizjologii Człowieka Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, dr n. med. Aleksandra Lipka z Uniwersytetu w Oslo i prof. Carsten Carlberg z Uniwersytetu Wschodniej Finlandii w Kuopio i Instytutu Rozrodu Zwierząt i Badań Żywności Polskiej Akademii Nauk w Olsztynie.

W manuskrypcie zostały zebrane i skomentowane wyniki badań udowadniających znaczenie AMH, przede wszystkim w endokrynologii i onkologii. W piśmiennictwie światowym wskazano, że hormon ten mając silny potencjał antynowotworowy i wysoki profil bezpieczeństwa, hamuje cykl komórkowy i indukuje apoptozę („zaprogramowaną śmierć” komórki) w komórkach różnych nowotworów złośliwych, często współpracując efektywnie z klasycznymi chemioterapeutykami.

frontiers | Frontiers in Endocrinology

TYPE Review
PUBLISHED 16 September 2024
DOI 10.3389/fendo.2024.1468364

Check for updates

OPEN ACCESS

EDITED BY
Eva Surmacz,
Alysta Pharmaceuticals, Inc., United States

REVIEWED BY
Tom Kelsey,
University of St Andrews, United Kingdom
Michał Kunicki,
Medical University of Warsaw, Poland

*CORRESPONDENCE
Marek Gowkielewicz
✉ marek.gowkielewicz@uwm.edu.pl

*These authors share senior authorship

RECEIVED 21 July 2024
ACCEPTED 29 August 2024
PUBLISHED 16 September 2024

Anti-Müllerian hormone: biology and role in endocrinology and cancers

Marek Gowkielewicz^{1*}, Aleksandra Lipka²,
Wojciech Zdanowski¹, Tomasz Waśniewski¹, Marta Majewska^{3†}
and Carsten Carlberg^{4,5†}

¹Department of Gynecology and Obstetrics, School of Medicine, Collegium Medicum, University of Warmia and Mazury in Olsztyn, Olsztyn, Poland, ²Institute of Oral Biology, Faculty of Dentistry, University of Oslo, Oslo, Norway, ³Department of Human Physiology and Pathophysiology, School of Medicine, University of Warmia and Mazury in Olsztyn, Olsztyn, Poland, ⁴Institute of Animal Reproduction and Food Research, Polish Academy of Sciences, Olsztyn, Poland, ⁵School of Medicine, Institute of Biomedicine, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland

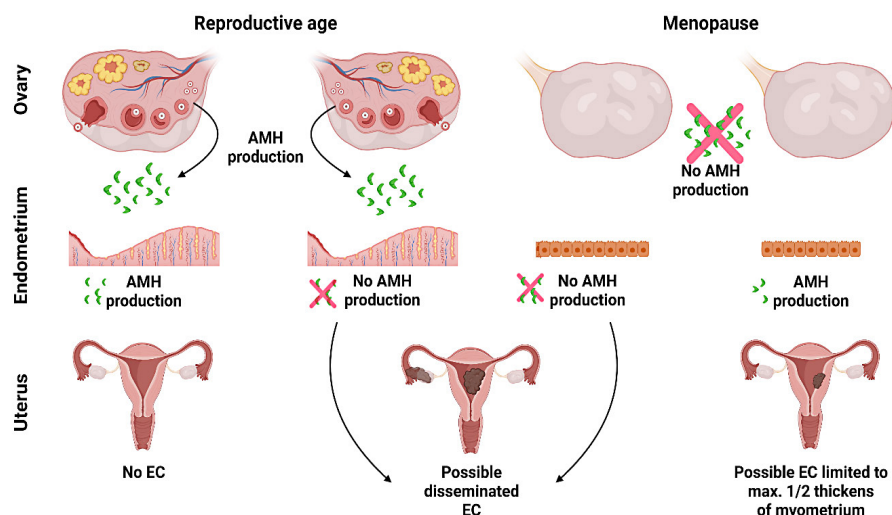
Warto zaznaczyć, że zespół już w 2019 roku opublikował wyniki swoich badań, prezentujących po raz pierwszy na świecie, że komórki niektórych nowotworów macicy w pewnych okolicznościach mogą produkować AMH „na użytek” własny i sąsiednich komórek. Wydaje się, że lokalna produkcja AMH przez endometrium ogranicza potencjalny rozsiew nowotworu, nawet w tych przypadkach, kiedy typ histopatologiczny raka jest niekorzystny rokowniczo. Warto dodać, że

jednym z czynników, w dużej mierze zależnych od nas, a wpływających pozytywnie na obecność AMH w błonie śluzowej macicy, jest odpowiednio długi czas laktacji (powyżej 10 miesięcy).

Zespół badaczy przedstawił wiedzę dotyczącą AMH nie tylko w onkologii. Opisał również rolę tego hormonu w czasie życia płodowego, w okresie dojrzewania i pokwitania u obu płci. Przeanalizował funkcjonowanie hormonu anty-Müllerowskiego na poziomie przysadki mózgowej, jego powiązania z podwzgórzem i innymi neuronami, w tym, m.in., zaskakujące zaangażowanie AMH w ochronę neuronów motorycznych. Przedstawił pozytywną rolę AMH w ograniczaniu postępu choroby Alzheimera oraz niekorzystne konsekwencje podwyższonego stężenia AMH w zespole jajników policystycznych (PCOS). Na koniec omówił użyteczność oceny poziomu białka w diagnozie niektórych chorób pediatrycznych, predykcji wystąpienia menopauzy w rozrodzie wspomagającym oraz potencjalne przyszłe zastosowanie AMH w procedurach krioprezerwacji tkanki jajnikowej.

Podkreślamy, że do tej pory nie pojawiło się tak szerokie opracowanie przedstawiające biologię i rolę AMH.

dr n. med. Marek Gowkielewicz
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie



Wymiana doświadczeń

Polska – Litwa, co nas łączy, co różni? Jak możemy się inspirować, czyli wnioski z wizyty w Wilnie.

Dr n. ekonom., mgr pielęgniarstwa Elżbieta Majchrzak-Kłokocka została zaproszona przez Polskie Stowarzyszenie Medyczne na Litwie na konferencję naukową, w czasie której wygłosiła wykład pod tytułem: „Badania naukowe w pielęgniarstwie i praktyka pielęgniarska oparta na dowodach”. Wizyta miała charakter dwutorowy. Obejmowała nie tylko uczestnictwo w konferencji, ale także budowanie podstaw współpracy między Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym oraz Uniwersyteckim Szpitalem w Wilnie, czego wymiernym efektem są przygotowania do wspólnego projektu w ramach programu Interreg Polska-Litwa. Jednym z elementów tych przygotowań jest zapoznanie się z funkcjonowaniem litewskiego szpitala, jego strukturą oraz zdefiniowanie wspólnych obszarów potencjalnych projektów.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że Szpital Uniwersytecki w Wilnie to placówka, która zatrudnia 1900 osób, każdego roku przewija się przez nią ponad 30 tysięcy pacjentów, wykonywanych jest ponad 20 tysięcy zabiegów, realizowanych jest ponad 305 tys. konsultacji. W jej strukturze funkcjonuje największe w kraju Centrum Traumatologii Ortopedycznej, a także jedyne na Litwie Centrum Toksykologii. Szpital jest jednym z sześciu ośrodków leczenia udarów mózgu na Litwie. Z kolei szpitalne Centrum Medycyny Ratunkowej jest oddziałem ratunkowym, przyjmującym dziennie prawie 300 pacjentów – rocznie blisko 103 tysiące osób.

Ciekawostką jest dbałość o warunki pracy personelu. Szpital zapewnia pracownikom dostęp do strefy relaksu, w której znajdują się basen, siłownia oraz stołówka. Każdy pracownik otrzymuje dotację na posiłki regeneracyjne – jedno euro na standardowy posiłek, dwa euro na posiłek w czasie dyżuru.

Wizyta Elżbiety Majchrzak-Kłokockiej była pokłosiem styczniowej wizyty litewskiej delegacji, która gościła w polskim ośrodku podczas uroczystości inauguracji chirurgii robotycznej. Placówki pomimo różnych skali i funkcjonowania w dwóch różnych krajach i różnych systemach opieki zdrowotnej łączą wspólne problemy i wyzwania: modernizacja, pozyskiwanie funduszy oraz niedobory personelu medycznego.

Wileńska konferencja, była jedną z prób szukania rozwiązań tego problemu. Po prelekcjach pani Majchrzak-Kłokocka spotkała się ze studentami kierunków pielęgniarstwa i lekarskiego. Była to znakomita okazja do wymiany doświadczeń i zaprezentowania sytuacji pielęgniarstwa w Polsce, metod prowadzenia badań oraz znaczenia dowodów naukowych w praktyce zawodowej. Temu poświęcone było również spotkanie z Panią prof. Natalią Istominą – prorektorem Uniwersytetu w Wilnie zajmującą się kierunkami medycznymi, w czasie którego omawiana były też możliwości współpracy pomiędzy katedrami pielęgniarstwa obu uniwersytetów. Strona litewska z entuzjazmem przyjęła możliwość podpisania umowy w ramach programu Erasmus, co umożliwiłoby wymianę studentów oraz nauczycieli akademickich.

Wizyta była istotnym krokiem w budowaniu międzynarodowej współpracy zarówno na poziomie akademickim, jak i klinicznym. Spotkania, wykłady

oraz rozmowy z przedstawicielami uczelni i szpitala otwierają nowe możliwości dla obu stron i stanowią solidną podstawę do dalszych działań w zakresie prób zdobycia dofinansowania, organizacji wspólnych konferencji, badań naukowych oraz starań o międzynarodowe granty badawcze.



Dzień Kobiet nie tylko 8 marca

W tym roku Międzynarodowy Dzień Kobiet celebrowaliśmy przez kilka dni, wykorzystując tę okazję do promocji zdrowia i dobrego samopoczucia kobiet. Szpital przygotował specjalne propozycje dla mieszkanki regionu, pacjentek oraz pracownic placówki.



Zaczelismy już 6 marca. Z samego rana, na placu Ksawerego Dunikowskiego, w centrum Olsztyna zaparkował cytobus. Dzięki dofinansowaniu z Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego kobiety mogły nieodpłatnie skorzystać z badań cytologicznych metodą płynnej cytologii. Położne – Małgorzata Drężek-Skrzeszewska oraz Małgorzata Kiełczewska przebadaly prawie 40 pań.

Następnego dnia w szpitalu odbyły się zajęcia prowadzone przez fizjoterapeutów. Marzena Zielińska i Alicja Kubacka przeprowadziły warsztaty radzenia sobie z bólami pleców i problemami uroginekologicznymi. Uczestniczki mogły dowiedzieć się, jak dbać o swoje ciało, unikać dolegliwości bólowych oraz poprawić jakość życia poprzez odpowiednie ćwiczenia i techniki fizjoterapeutyczne. Ekspertki zwracali uwagę na rolę mięśni dna miednicy w utrzymaniu prawidłowej postawy oraz profilaktyce nietrzymania moczu i innych dolegliwościach uroginekologicznych.

Podczas zajęć dotyczących zdrowych pleców Marzena Zielińska wskazała najczęstsze przyczyny bólu, takie jak siedzący tryb życia, nieprawidłowa postawa ciała, brak aktywności fizycznej oraz przeciążenia związane z codziennymi obowiązkami. Pokazała jak regularnie wzmacniać mięśnie grzbietu i brzucha, a także jak dbać o ergonomię pracy i odpoczynku. Oczywiście wszystko w procesie praktycznego doświadczania. Uczestniczki nauczyły się prostych ćwiczeń poprawiających stabilizację kręgosłupa oraz poznawały techniki odciążania pleców w codziennym życiu.

Świętowano też na oddziale ginekologii onkologicznej. Dzięki współpracy z Fundacją Silni Sobą, Joanny Górskiej i Roberta Szulca, pacjentki otrzymały „onkowyprawki” – zestawy zawierające przydatne akcesoria i materiały wspierające w procesie leczenia. Studentki przygotowały wykład dotyczący pielęgnacji i mobilizacji blizny pooperacyjnej, a zwieńczeniem tego dnia był słodki poczęstunek.

Serdecznie dziękujemy wszystkim, którzy przyczynili się do tego, aby te dni były wyjątkowe!

Marta Gołąb-Kocięcka



Jesteś tym, co jesz



Już starożytni mawiali, że „jesteś tym co jesz”. Żywnie to jeden z filarów skutecznej profilaktyki, ale także element potrzebny w procesie zdrowienia. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie zajmuje się nim zespół dietetyków klinicznych w składzie: Klaudia Sawko, Gabriela Raczynska i Łukasz Ciotrowski-Wiśniewski.

Znaczenie żywienia klinicznego

Prawidłowo zbilansowana dieta stanowi integralny element procesu leczenia. Pacjenci z chorobami przewlekłymi, metabolicznymi, onkologicznymi, po operacjach czy dializowani wymagają specjalistycznej opieki żywieniowej. Niedostateczna podaż składników odżywczych może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia, a także wydłużenia hospitalizacji. Właściwa interwencja dietetyczna umożliwia minimalizację ryzyka powikłań oraz przyspieszenie procesu zdrowienia.

Narastającym problemem medycznym i społecznym jest zarówno coraz większe ryzyko niedożywienia, a także epidemia nadwagi i otyłości. Szacuje się, że problem niedożywienia dotyka nawet ~4.5% ogółu społeczeństwa (głównie osoby starsze i schorowane). Może ono wynikać zarówno z choroby, jak i czynników społecznych. Co istotne, osoby z nadwagą lub otyłością również mogą być niedożywione.

Niedożywienie

Ryzyko niedożywienia stwierdza się u ponad połowy chorych przyjmowanych do szpitala.

U wielu z nich pogłębia się ono dodatkowo w trakcie hospitalizacji. Koszt opieki nad osobą niedożywioną jest trzykrotnie wyższy niż w przypadku osoby z prawidłowym stanem odżywienia. Niedożywienie generuje w krajach europejskich wydatki rzędu 170 miliardów euro rocznie.

Epidemia nadwagi i otyłości

Nie możemy jednak zapominać o dużym problemie, jaki stanowi nadmierna masa ciała. Badania prowadzone w Polsce i na świecie wykazują, że w współczesnym społeczeństwie jest coraz więcej otyłych osób. Według raportu Najwyższej Izby Kontroli (NIK) odsetek osób z nadwagą wśród dorosłych Polaków w 2022 r. wahał się od 59,2% do 69,2% populacji, w zależności od województwa, a 27% populacji zmagają się z otyłością. W całej Europie jest podobnie i żadne z 53 państw członkowskich nie jest obecnie na dobrej drodze do zatrzymania trendu wzrostu otyłości. Choroba jaką jest otyłość niesie za sobą wiele powikłań zdrowotnych, między innymi zwiększa ryzyko rozwinienia się cukrzycy typu II, choroby niedokrwiennej serca czy zwiększa incydenty udarów.

Czym zajmują się dietetycy w naszym szpitalu?

Realizują szereg zadań wspierających terapię pacjentów. Obejmują one m.in.:

- Konsultacje dietetyczne – indywidualna ocena potrzeb pacjentów oraz dostosowanie zaleceń żywieniowych do ich stanu klinicznego.
- Ocenę stanu odżywienia – wykorzystanie metod takich jak analiza składu ciała metodą BIA, pomiar siły mięśniowej i grubości tkanki tłuszczowej oraz ocena ryzyka niedożywienia (NRS, SGA).
- Planowanie i dobór diet – opracowanie jadłospisów zbiorowych oraz spersonalizowanych planów żywienia dla pacjentów o szczególnych potrzebach żywieniowych.
- Współpracę z Ośrodkiem Żywności Klinicznej – pomoc przy doborze doustnej suplementacji pokarmowej pacjentów niedożywionych lub ze zwiększonym ryzykiem niedożywienia. Przeprowadzanie szkoleń z żywienia dojelitowego – żywienia przez sztuczne dostępy (PEG, jejunostomia).
- Ścisłą współpracę z Oddziałami Endokrynologii i Diabetologii – edukacja żywieniowa pacjentów z cukrzycą i chorobami endokrynnymi.
- Edukację pacjentów – szkolenia z zakresu dietoterapii, m.in. dla pacjentów dializowanych, diabetologicznych oraz onkologicznych.
- Kontrolę jakości żywienia – nadzór nad przygotowaniem i dystrybucją posiłków, ocena ich wartości odżywczej oraz zgodności z zaleceniami dietetycznymi.

Interdyscyplinarna współpraca

Efektywna opieka nad pacjentem wymaga ścisłej współpracy dietetyków z lekarzami, pielęgniarkami, psychologami oraz innymi specjalistami. Wspólna analiza przypadków klinicznych oraz integracja wiedzy z różnych dziedzin pozwala na opracowanie optymalnych strategii terapeutycznych. Dietetycy codziennie starają się wspierać zespoły medyczne w podejmowaniu decyzji dotyczących żywienia pacjentów oraz monitorują skuteczność wdrażanych zaleceń dietetycznych.

Zaproszenie do współpracy

Podsumowując, rola dietetyków klinicznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie jest nieoceniona w procesie leczenia i rekonwalescencji pacjentów. Dzięki ich specjalistycznej wiedzy możliwe jest dostosowanie terapii żywieniowej do indywidualnych potrzeb chorych, co znacząco wpływa na skuteczność leczenia i skrócenie czasu hospitalizacji. Optymalne efekty daje ścisła współpraca dietetyków z lekarzami różnych specjalizacji.

Kompleksowe podejście i wspólne działania interdyscyplinarnego zespołu medycznego mogą zapewnić pacjentom najlepszą opiekę i maksymalne wsparcie w powrocie do zdrowia.

Źródła:

1. Stepaniak U., Micek A., Waśkiewicz A. i wsp.: Prevalence of general and abdominal obesity and overweight among adults in Poland Results of the WOBASZ II study (2013–2014) and comparison with the WOBASZ study (2003–2005). Pol. Arch. Med. Wewn., 2016;126: 662–671
2. World Health Organization: WHO European Regional Obesity Report 2022
3. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response 2010. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/challenge-of-obesity-in-the-who-european-region-and-the-strategies-for-response-the> (dostęp: 29.01.2024)
4. Vidra N., Trias-Llimós S., Janssen F.: Impact of obesity on life expectancy among different European coun-

tries: secondary analysis of population-level data over the 1975–2012 period. BMJ Open, 2019; 9: e028 086; doi: 10.1136/bmjopen-2018-028 086

5. Ljungqvist O, de Man F. Under nutrition – a major health problem in Europe. Nutr Hosp 2009; 24: 368– 370

25. Elia M; on behalf of the Malnutrition Action Group (BAPEN) and the National Institute for Health Research Southampton Biomedical Research Centre. The cost of malnutrition in England and potential cost savings from nutritional interventions (full report). <https://www.bapen.org.uk/pdfs/economic-reportfull.pdf>. Dostęp: 18.09.2024

6. Holdoway A (ed.); on behalf of British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). Malnutrition Pathway, Managing Adult Malnutrition in the Community. 3rd Edition 2021 (1st Edition in May 2012)

7. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, Polskiego Towarzystwa Żywności i Metabolizmu (POLSPEN) oraz Polskiego Towarzystwa Żywności i Metabolizmu w zakresie diagnostyki i leczenia niedożywienia w gabinecie lekarza POZ 2024



Mikrowarzywa – Małe Rośliny, Wielkie Korzyści

Mikrowarzywa tzw. Microgreens to młode rośliny warzywne, zbierane po rozwinięciu pierwszych liści właściwych, czyli na etapie pomiędzy kiełkami a dorosłymi warzywami. Ich intensywny smak, wysoka wartość odżywcza i dekoracyjny wygląd sprawiają, że stają się coraz popularniejsze w kuchniach na całym świecie. Czym różnią się od kiełków i dorosłych warzyw? Jakiej mają zalety zdrowotne?

Mikrowarzywa, kiełki, dorosłe warzywa – czym się różnią?

Mikrowarzywa często są mylone z kiełkami, ale istnieją kluczowe różnice między tymi trzema formami roślin:

- Kiełki (np. kiełki rzeżuchy, fasoli mung, lucerny) to nasiona, które wykiełkowały i są spożywane w całości – łącznie z korzeniem. Rosną w ciemności lub przy minimalnym świetle, zwykle w wodzie lub na wilgotnej gazie.
- Mikrowarzywa (np. mikro liście brokuła, rukoli, buraka) to młode siewki, które rosną w glebie lub na podłożu hydroponicznym i wymagają dostępu do światła. Zbierane są po rozwinięciu pierwszych liści właściwych, a do spożycia przeznaczają się tylko nadziemną część rośliny.
- Dorosłe warzywa to w pełni rozwinięte rośliny, które potrzebują tygodni lub miesięcy wzrostu. Choć ich plony są większe, badania wykazują, że na jednostkę masy mogą zawierać mniej składników odżywczych niż mikro liście.

Małe, ale bogate w składniki odżywcze

Badania pokazują, że mikrowarzywa są prawdziwymi „bombami odżywczymi”. Zawierają wysokie stężenia witamin (zwłaszcza wita-

miny C), minerałów (np. cynk, miedź, żelazo) i związków fitochemicznych (np. karotenoidy, polifenole), które działają jako silne antyoksydanty. W niektórych przypadkach zawartość ich składników odżywczych jest nawet kilkukrotnie wyższa niż w dorosłych warzywach.

Badania nad jarmuzem wykazały, że jego mikro liście mają więcej wapnia, magnezu i fosforu niż dojrzała roślina. Podobnie mikro liście brokułów wykazują znacznie wyższą zawartość sulforafanu – związku o działaniu przeciwnowotworowym.

Korzyści zdrowotne

Regularne spożywanie mikrowarzyw może przynieść wiele korzyści zdrowotnych, w tym:

- Działanie przeciwdziałające i przeciwnowotworowe – antyoksydanty pomagają neutralizować wolne rodniki, co może zmniejszyć ryzyko chorób przewlekłych.
- Wsparcie dla układu odpornościowego – bogactwo witaminy C wzmacnia odporność.
- Lepsza kontrola cukru we krwi – niektóre mikrowarzywa mają właściwości obniżające poziom glukozy.
- Poprawa trawienia – wysoka zawartość błonnika wspomaga pracę jelit.

Jak uprawiać mikrowarzywa?

Jedną z największych zalet mikrowarzyw jest ich łatwa uprawa. Można je hodować w domu, na parapecie, w pojemnikach z ziemią lub na macie hydroponicznej. Do uprawy najlepiej nadają się nasiona brokułów, rzodkiewki, jarmużu, słonecznika i buraka. Wystarczy regularnie je podlewać i zapewnić dostęp do światła, a po około 7–14 dniach można już cieszyć się świeżymi mikroliśćmi.

Mikrowarzywa to niewielkie rośliny o ogromnym potencjale zdrowotnym. Są łatwe w uprawie, pełne cennych składników odżywczych i mogą stanowić doskonałe uzupełnienie diety. Warto włączyć je do codziennego menu – jako dodatek do sałatek, kanapek czy smoothie – i cieszyć się ich smakiem oraz korzyściami zdrowotnymi.

Źródła:

Nutritional quality and health benefits of microgreens, a crop of modern agriculture; Yanqi Zhang, Zhenlei Xiao, Emily Ager, Lingyan Kong, Libo

Tan, Journal of Future Foods Vol 1, Is 1, Wrzesień 2021, str 58–66

Mineral Content Differs among Microgreen, Baby Leaf, and Adult Stages in Three Cultivars of Kale: Nicole L. Waterland, Youyou Moon, Janet C.

Tou, Moo Jung Kim, Eugenia M. Pena-Yewtukhiw, Suejin Park; HortScience Vol 52, Is 4, Kwiecień 2017 str 566–571

Wszystkiego dobrego na nowym etapie życia!

Każde odejście na emeryturę to ważny moment – zarówno dla osoby kończącej swoją zawodową drogę, jak i dla całego zespołu, który przez lata mógł liczyć na jej wiedzę, doświadczenie i wsparcie. Przedstawiamy sylwetki osób, które współtworzyły historię Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Serdecznie dziękujemy im za trud, zaangażowanie i pasję. Życzymy, by nowy etap życia przyniósł im zasłużony odpoczynek, spełnienie marzeń i wiele radosnych chwil.



Teresa Berkolec-Ejdys

Od 2003 r. związana z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Olsztynie. Wieloletnia pielęgniarka oddziałowa Oddziału Otolaryngologicznego i Onkologii Laryngologicznej. Prowadzony przez nią oddział cieszył się wyjątkową opinią, a ona sama emanowała pogodą ducha i dobrą energią, którą obdarzała personel i współpracowników. Miała wrodzoną opiekuńczość wobec pacjentów. W szpitalu znalazła nie tylko swoją zawodową przystań, ale także miłość. W 2018 roku poślubiła dr Roberta Ejdyś, lekarza, z którym pracowała na oddziale. Razem zaczęli rozwijać swoją wspólną pasję – ogrodnictwo. Kilka lat temu kupili działkę, która stała się dla nich miejscem wytchnienia i wspólnego spędzania czasu.

Małgorzata Damińska

Nie sposób opisać Pani Małgorzaty Damińskiej w zaledwie kilku zdaniach.

Od 1992 roku była związana z Blokiem Operacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Była „zadaniowcem”, zawsze nastawionym na wyzwania – zgłaszała się do najtrudniejszych przypadków. Nietypowy zabieg, skomplikowany przeszczep? Pani Małgorzata była pierwsza. Uwielbiała wyzwania. Niezwykle zaangażowana w pracę, zdyscyplinowana i wy-



magająca – zarówno od siebie, jak i od kadry medycznej. Wyróżniała się profesjonalizmem i pewnością siebie. Dzięki swoim umiejętnościom, zarówno w trakcie zabiegów, jak i organizacji pracy zespołu instrumentariuszy i instrumentariuszek, znacząco wpływała na płynne funkcjonowanie Bloku Operacyjnego. Wobec współpracowników była merytoryczna i sprawiedliwa, traktując ich z należytym szacunkiem. Emanowała spokojem, wykazywała ogromną empatię, a jednocześnie potrafiła asertywnie przeprowadzać trudne rozmowy. Wierzyła w rozwój młodszej kadry i z ogromnym zaangażowaniem szkoliła nowych pracowników. Zależało jej na tym, aby każdy mógł podnosić swoje kwalifikacje, co znacząco przyczyniło się do rozwoju personelu szpitala.

Marek Zawisza

Do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie trafił w grudniu 1981 roku. Znał ten szpital jak własną kieszeń i był nieocenioną skarbnicą wiedzy na temat tego, co kryją w sobie szpitalne mury. Po prostu żył tym szpitalem



i zawsze wiedział co się w nim dzieje. Poza tym był prawdziwą duszą towarzystwa, potrafił zjednywać sobie ludzi, oczarować każdą kontrolę i komisję. Prywatnie zagorzały kibic siatkówki, regularnie dopingujący Indykpol AZS Olsztyn. Pasja sportowa w jego przypadku nie ograniczała się jedynie do kibicowania, zawsze angażował się w sportowe aktywności organizowane przez szpital.

Jerzy Badowski

Człowiek Instytucja, w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie od października 1980 roku. Osobiście tworzył podwaliny medycyny nuklearnej w Olsztynie. Zakład Medycyny Nuklearnej został otwarty w 1982 r., a w 1992 r. doktor Badowski został jego kierownikiem. Współpracownicy mówią o nim krótko: człowiek o wielkim sercu! Podkreślają jego dbałość o zespół, otwartość na problemy innych ludzi i ogromną serdeczność. Dr Badowski w tłusty czwartek zawsze



pojawiał się w szpitalu z pączkami, tradycją były przynoszone przez niego pralinki i ciasto w dniu Jego imienin. Pasjonat łamigłówek. Od 1990 układał krzyżówki do Gazety Lekarskiej. Z jego inicjatywy, w Pulsie Szpitala pojawiają się Jolki Szpitalne, które doktor Badowski osobiście układa.

Grażyna Sorbaj-Sucharska

Przez wiele lat związana z Poradnią Genetyczną Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Z ogromną empatią zajmowała się przyszłymi mamami. Żadnej wątpliwości nie zostawiała bez odpowiedzi, zawsze osobiście oddzwaniała do pacjentek, żeby spokojnie i merytorycznie odpowiedzieć na ich pytania i rozwiać niepokoje. Bardzo energiczna, tryskająca pomysłami, obowiązkowa i serdeczna, a jednocześnie asertywna, potrafiąca bronić granic i postawić „na swoim”. Prywatnie pasjonatka ogrodnictwa, szczególnie upodobała sobie kwiaty. Jak powiedziała jedna z jej współpracowniczek „Jej balkon to musi być petarda!”.

Marta Gołąb-Kocięcka





Kontakt szpitala z mediami w kontekście ochrony danych osobowych pacjentów

W związku z ostatnimi wydarzeniami mającymi miejsce w naszym szpitalu, tj. podejrzeniem błonicy u jednego z pacjentów i ogromnym w związku z tym zainteresowaniem mediów, zaszła potrzeba przybliżenia nam wszystkim, gdzie są granice dostępu podmiotów zewnętrznych do informacji – czyli co szpital może, a czego nie może ujawniać mediom o pacjencie?

W dobie powszechnej cyfryzacji i natychmiastowego dostępu do informacji, media często próbują uzyskać dane na temat pacjentów hospitalizowanych w placówkach medycznych. Jednakże pamiętać należy o tym, że prawo wyznacza wyraźne granice ochrony prywatności pacjentów, które zarówno sam personel medyczny, jak i dziennikarze muszą respektować, a nie zawsze to robią.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że podstawowymi aktami prawnymi regulującymi kwestie ochrony danych osobowych pacjentów są RODO (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Ustawa o ochronie danych osobowych, Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Najogólniej mówiąc, zgodnie z ich brzmieniem, placówki medyczne są zobowiązane do zachowania poufności wszelkich informacji dotyczących pacjenta, w tym jego stanu zdrowia, przyczyny hospitalizacji czy wyników leczenia.

Wobec tego, pojawia się pytanie, co szpital może ujawniać mediom? Otóż są to ogólne informacje. Co najważniejsze, informacje te muszą być podawane anonimowo (bez możliwości identyfikacji pacjenta). Są to m.in. ogólne statystyki dotyczące liczby pacjentów z danym schorzeniem, informacje o standardowych procedurach leczenia, opis przypadku bez wskazywania danych osobowych, ogólne informacje o stanie zdrowia populacji.

Może być tak, że dany pacjent wyrazi zgodę na ujawnienie swoich danych lub wypowiedzi na temat jego leczenia. Zgoda musi być oczywiście dobrowolna, świadoma, udzielona na piśmie. Powinna określać

zakres ujawnianych informacji. Sam pacjent może w każdej chwili wycofać zgodę, co należy natychmiastowo uwzględnić.

Przejdźmy teraz do tego, czego kategorycznie nie można ujawniać bez wyraźnej zgody pacjenta bądź uprawnionych osób trzecich. Są to dane osobowe pacjenta, numer pesel, adres zamieszkania, telefon, e-mail. Podobnie nazwa miejsca pracy / szkoły pacjenta. Należy unikać szczegółów dotyczących choroby, leczenia, diagnozy, wyników badań, informacji o stanie zdrowia, urazach, rehabilitacji, rokowaniach.

Za ujawnienie informacji o pacjencie (co często może mieć miejsce nawet nieświadomie) grożą poważne konsekwencje prawne. Naruszenie tajemnicy medycznej może skutkować odpowiedzialnością karną, cywilną oraz administracyjną, jak również wysokimi karami finansowymi nakładanymi przez Urząd Ochrony Danych Osobowych.

Przed wszystkim pamiętajmy, że w wypowiedziach i kontaktach z mediami, należy zachować szczególną ostrożność i dbać o ochronę danych pacjentów. Każdy kontakt z mediami wymaga zgody Dyrektora placówki, a osobą do kontaktu jest Rzecznik Prasowy.

Choć media mają prawo informować społeczeństwo o wydarzeniach mających miejsce w szpitalach, ochrona prywatności pacjentów pozostaje priorytetem. Każda sytuacja wymaga indywidualnej oceny, ale zasada nadrzędna pozostaje niezmienna – prawo pacjenta do prywatności stoi ponad zainteresowaniem opinii publicznej.

Marta Dąbrowska-Kasprowicz

Inspektor RODO Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Podziękowania pacjentów

Dzień dobry,

Szanowna Pani Ordynator Anna Witt Majchrzak

Od 30 lat zawodowo spotykam się ze śmiercią, wydawało mi się, że i tym razem uda mi się „jakoś” przez to przejść... nic bardziej mylnego...

Mimo naszej tragedii chcę Państwu podziękować za to, że zrobiliście Państwo absolutnie wszystko, aby ratować mojego męża. Dziękuję całemu Zespołowi Lekarsko-Pielęgniarskiemu oraz pomocniczemu za profesjonalizm, opiekę, ogromne pokłady empatii oraz zwykłej ludzkiej życzliwości. Dziękuję za to, że mój mąż (mimo fizycznego bólu i strachu przed tym co go jeszcze czeka) czuł się w pełni zaopiekowany i spokojny. Codziennie, gdy byłem u niego powtarzał to samo „oni są wspaniali”.

Dziękuję, że zawsze znaleźliście Państwo dla mnie czas na chwilę rozmowy zarówno tę osobistą, jak i telefoniczną.

Dziękuję....

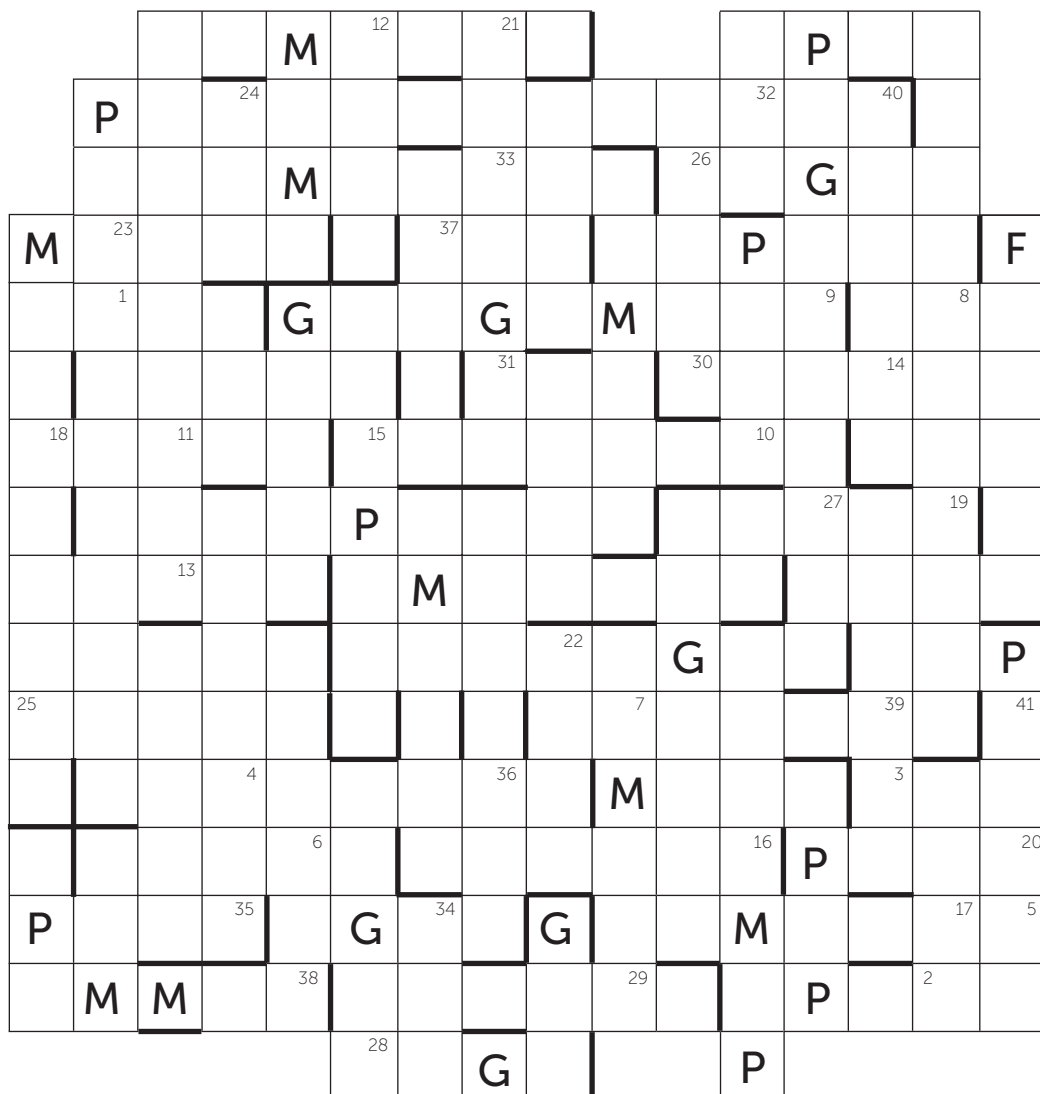
Anna Tkaczyk
(żona Tomasza Tkaczyka)

86 JOLKA SZPI TALNA

Objaśnienia 81 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: F, G, M i P. Na ponumerowanych polach ukryto 41 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to cytat z Szekspira.

Jerzy Badowski

- skrzydlaty koń
- kumpel, druh
- owca podhalańska
- lazurowy minerał
- wykonuje okulary
- zestaw do mycia podłogi
- kręcą się w oku
- stop glinu i niklu
- bakteria cholery
- wzór z drobnymi otworami
- istniejące fakty
- mantra jednocząca ciało, umysł i ducha
- lek z paracetamolem
- angielski pan
- listwy dachowe
- greka używane w Biblii
- papierowa kopia
- klejnotka
- sepie, drapieżne głowonogi
- pisarz i mówca, wróg Cezara
- numer podatnika
- stolica Jordanii
- między siarką a argonem
- jadalnia na statku słusznosc, porcja
- domena Talii
- striatura
- Cejlon
- ukochana Petroniusza
- mniej niż od łamy
- Bożodrzew gruczołowaty
- imię Ainina, dyktatora Ugandy
- skały ze Stonchenge
- narząd
- angielski wschód
- pieśń lub narzędzie chirurgiczne
- Spencer, księżna Walii
- trzecia wyspa Danii
- duży baran
- angielski i konik
- imię pierwszego na Księżycu
- tańcowała z nitką
- euforia po narkotyku
- stolica Łotwy
- osad w silniku
- szachy lub poker
- poziome drzewce w omasztowaniu
- żart, figiel
- sławne uzdrowisko w Belgii
- klub z Nikozji
- sumeryjski poszukiwacz tajemnicy
- nieśmiertelności
- glina porcelanowa
- opłata graniczna
- druga wyspa Grecji
- wytwarzane w ecydiach
- płynięcie w Kolonii
- z gazem lub tlenem
- imię Garbo



- łączy elementy metalowe
- uprawiany dla siemienia
- Filippo, napastnik Juventusu i AC Milan (1997-2012)
- najsłabszy na szachownicy
- koklusz
- od niego do kamyczka
- sala reprezentacyjna
- krwi Londona
- bezwład
- marynarskie nabrzeże
- indyjskie pozdrowienie
- człowiek wszytkowiedzący
- kłęby kurzu
- jednostki informacji w umyśle
- wykastrowany buhaj
- między tytanem a chromem
- bal przebierańców
- nowela Prusa o trudnym życiu na wsi
- ubodzy judeochrześcijaństwo
- fortyfikacje Kościuszki w USA
- męczennica, patronka kobiet w pogoju
- Wilhelm, odkrywca promieni X
- stado koni

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

Rozwiązanie krzyżówki z nr 85 „Nie da się kupić najcenniejszych rzeczy w życiu”. Nagrody otrzymują lekarze stażyści Emilia Bolesta oraz Adrian Prokopowicz. Gratulujemy. Nagroda do odebrania w Dziale Sprzedaży i Promocji.

