



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 87

lipiec-wrzesień 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 Pracowite lato – Irena Kierzkowska, dyrektor
- s. 4 Temat numeru – Kiedy lekarz jest pacjentem
- s. 10 Niemożliwe nie istnieje
- s. 12 Innowacyjne wykorzystanie chirurgii robotycznej
- s. 13 Nowoczesne leczenie artymii w Wojewódzki Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie
- s. 15 Diagnosta laboratoryjny – cichy bohater medycyny
- s. 18 Międzynarodowy Tydzień Godnego Porodu. „Plan porodu – poznaję moje potrzeby i prawa”
- s. 21 Maj należy do Pielęgniarek i Położnych
- s. 22 Wymagaj jakości – prestiżowe wyróżnienie dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie
- s. 24 Badania, które zmieniają leczenie
- s. 25 Dostępność bez barier
- s. 25 Zamówienia publiczne w ochronie zdrowia w niepewnych czasach
- s. 26 Techniczny Krwiobieg Szpitali – XI Kongres Nowoczesny Pion Techniczny
- s. 27 Krzyżówka



ISO 9001



AC 014

Sprostowanie

Chcielibyśmy dokonać sprostowania dotyczącego artykułu pt. *Koronawirus a aktywność fizyczna*, czyli *jak skutecznie pomóc naszemu organizmowi*, który ukazał się w PULS Szpitala w marcu 2021 r. pod redakcją Pani mgr Marzeny Zielińskiej. Powyższy artykuł jest tożsamy z materiałem, publikowanym na stronie Medcover.pl link <https://www.medcover.pl/o-zdrowiu/koronawirus-a-aktywnosc-fizyczna,6798,n,137>

Za zaistniałą sytuację przepraszamy Medcover sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, NIP: 525-15-77-627



Pracowite lato

Szanowni Państwo, lato w tym roku mamy bardzo pracowite, ale mamy też prawo do odpoczynku i korzystamy z tego prawa.

Pomimo sezonu urlopowego mamy wysyp konkursów organizowanych przez Ministerstwo Zdrowia, mamy też przygotować szpital na potrzeby obronne Państwa do końca sierpnia. Mamy projekty nowych Ustaw, zwłaszcza intrygujący jest projekt Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który zwiastuje reformę szpitalnictwa, więc wypada się z nim zapoznać niezależnie od planów urlopowych.

Interesującym i nowym rozwiązaniem będzie utworzenie jednego SPZOZ z więcej niż jednym podmiotem tworzącym, czyli organem założycielskim.

Dzięki temu rozwiązaniu, samorządy będą mogły łączyć samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, co umożliwi tworzenie większych i bardziej efektywnych placówek z restrukturyzacją określonych profili oddziałów, aby się nie powielały. Obowiązek sporządzania programów naprawczych będzie dotyczył podmiotów leczniczych, które odnotowały stratę finansową.

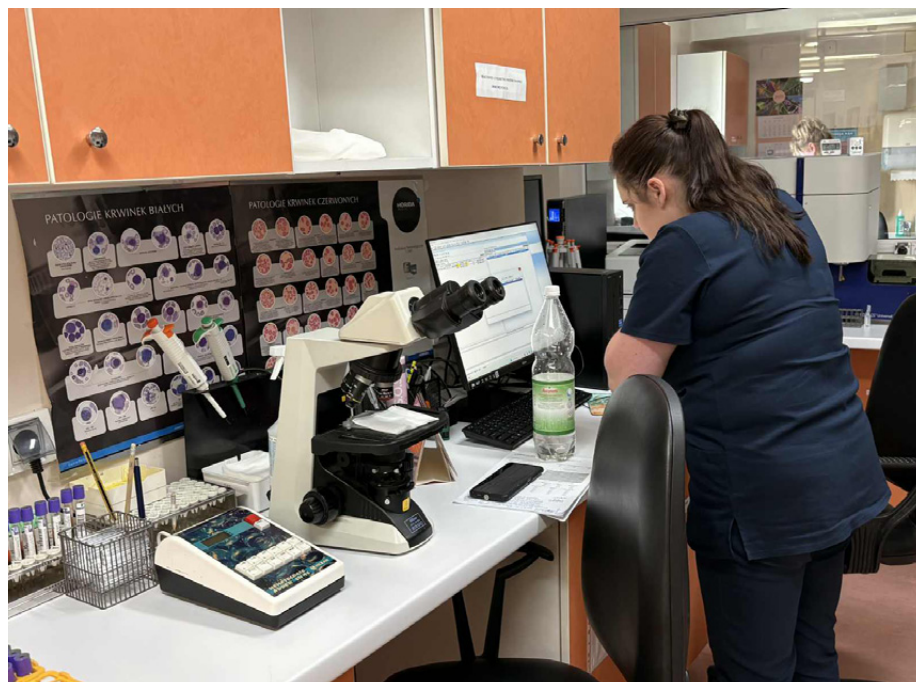
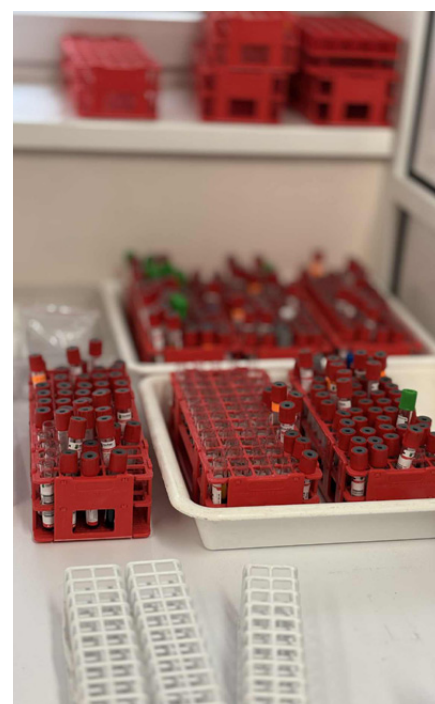
Wspominałam Państwu w poprzedniej edycji naszego Pulsu o ustawie w sprawie Krajowej Sieci Kardiologicznej (KSK). Celem regulacji jest zapewnienie pacjentom z chorobami układu krążenia szybszego, skuteczniejszego i skoordynowanego leczenia. Jesteśmy w trakcie kwalifikacji, jest to kolejne zadanie

w sezonie urlopowym. O tym, które placówki znajdą się w KSK, zdecyduje prezes NFZ, mając na uwadze wymagania określone w rozporządzeniu do ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej. Ośrodki kardiologiczne, które spełnią określone wymagania, mogą otrzymać status Centrum Doskonałości Kardiologicznej (CDK). Będzie on oznaczał, że placówki o tym statusie zajmują się leczeniem bardzo trudnych i skomplikowanych chorób układu krążenia. Chodzi na przykład o wady wrodzone serca u dorosłych albo choroby naczyń płucnych.

Zapewne słyszeliście o Liście Intencyjnym podpisanym przez Pana Marszałka Marcina Kuchcińskiego, Pana Rektora Jerzego Przyborowskiego i Pana Prezydenta Roberta Szweczyka o planach budowy nowego szpitala klinicznego uwarunkowanego połączeniem 3 szpitali: miejskiego, uniwersyteckiego i naszego wojewódzkiego. List Intencyjny ma charakter wstępny i nie rodzi żadnych zobowiązań prawnych, ale stanowi podstawę do dalszych ustaleń i negocjacji, o których będę państwa na bieżąco informowała. Są to plany na przyszłość, na razie zalecam zachowanie spokoju, pracujemy z oddaniem na rzecz naszych pacjentów, dbajmy o nasz szpital, dbajmy również o siebie o swoje zdrowie i wypoczynek.

Urlop to czas zasłużonego odpoczynku po wielu miesiącach tytanicznej pracy. Wszystkim osobom rozpoczynającym wakacje życzę

udanego i bezpiecznego wypoczynku. Niech pogoda Wam dopisuje. Cieszczcie się z każdego słonecznego dnia i każdej przeżytej przygody, a dobry humor niech towarzyszy Wam każdego dnia, również po powrocie do pracy.





Kiedy lekarz jest pacjentem

Kliniczny Oddział Ortopedii, Traumatologii i Chirurgii Kręgosłupa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie zna ich jako doświadczonych lekarzy i liderów zespołu. Ich dramatyczne historie zdrowotne poruszyły całe środowisko. To historia nie tylko o determinacji i nadziei, ale także o solidarności zawodowej i ludzkim wsparciu, które lekarze otrzymali od współpracowników i pacjentów.

Dr Andrzej Reetz, koordynator Klinicznego Oddziału Ortopedii, Traumatologii i Chirurgii Kręgosłupa jechał do pracy. Przed Gniewkowem miał wypadek samochodowy. Pierwsza diagnoza uszkodzenia rdzenia na poziomie C3 – C4, złamanie żeber, stłuczone lewe płuco, czterokończynowe porażenie. Pierwsza myśl – „Dlaczego nie zginąłem?” Potem były tygodnie pracy, rehabilitacji na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Zakończone sukcesem.

Doktorze, pamięta Pan ten wypadek?

Stałem na zamkniętym przejeździe kolejowym w starej Skodzie Fabii, którą przed kilkoma dniami kupiłem pasierbicy. Przede mną było 8 samochodów. Kiedy podniósł się szlaban, ruszyliśmy. Biały samochód przede mną jechał wolniej od pozostałych. Najpierw było ograniczenie prędkości do 50 km/h, potem do 70 km/h, a ten biały wciąż jechał 50. Wyprzedziłem go i chciałem wyprzedzić następny. Prosta droga, linia przerywana, ale nagle pozostali się ścieśnili. Nie było możliwości wyprzedzania. Wjechałem w lukę przed wyprzedzonym samochodem i zobaczyłem, że z naprzeciwka jedzie samochód. Pomyślałem: „Jak dobrze, że nie wyprzedzałem”. Na końcu tego rozmyślenia poczułem uderzenie. Nic więcej nie pamiętam. Z tego co wiem z relacji, dostałem uderzenie w tył, odbiłem się od samochodu z przodu, poleciałem do góry i rolowałem na przeciwnym pasie. Moje następne wspomnienie to sala szpitalna po operacji.

Na miejsce mojego wypadku nadjechał ratownik medyczny, który jechał prywatnie, ale miał wycieczkę z torby ratowniczej. Odciął mnie z pasów, wyciągnął przez okno, dzięki temu się nie udusiłem, bo samochód stał na dachu, a ja wisiałem na pasach. Reanimował mnie do czasu przyjazdu karetki, która zabrała mnie do szpitala w Toruniu. Ten ratownik to szczególna postać. Po wypadku spotkaliśmy się kilka razy. Przyjechał do mnie na oddział rehabilitacji. To jest taki człowiek, który prowadzi kursy ratownicze dla WOPR-u, dla młodzieży, pogotowia. Człowiek, który potrafi dawać siebie innym. Ktoś taką osobę w to miejsce o tej porze wysłał.

Czyli Pana pierwsze wspomnienie jest już ze szpitala?

Tak. Moje pierwsze wspomnienie to rozmowa z lekarzem prowadzącym – neurochirurgiem, który przekazał mi informację, że mam porażenie czterokończynowe. Pierwsze, co pomyślałem: „Szkoda, że nie zginąłem.” Spytano mnie wtedy, czy czuję palce od nóg. Doktor, który mnie badał, złapał mnie za paluch. Ja zgadywałem,

który palec trzyma, ale zgadywałem dobrze. Mojej żonie i dzieciom przekazano, że mają szukać ośrodka z respiratorem, bo miałem uszkodzony nerw przeponowy i nie mogłem sam oddychać. Po dwóch tygodniach zacząłem już oddychać samodzielnie i zostałem odłączony od respiratora. To było już w Olsztynie. Jak byłem jeszcze na OIT w Toruniu, powiedziałem do żony: „Zabierz mnie do domu”. Ona była przerażona: „Jak ja mam Cię zabrać do domu?”, a ja mówię: „Do szpitala w Olsztynie”. Po tygodniu od wypadku zorganizowali mi przewiezienie tutaj, ale nadal byłem „na rurze” – na wspomaganiu oddechu. W tym czasie nie martwiłem się o nic.

Miałem niesamowite zwiady. Łącznie z tym, że wygrałem konkurs na świętego Mikołaja, który odbywa się raz na 300 lat. Kazałem zadzwonić do mojego przyjaciela, bo sam nie byłem w stanie obsłużyć telefonu i powiedziałem, że ma kupować siano dla reniferów. Tak było.

Z OAiIT w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, trafiłem na oddział macierzysty (Oddział Kliniczny Ortopedii, Traumatologii i Chirurgii Kręgosłupa), a 5.12.2024 r. przeniesiono mnie na Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, na którym byłem do połowy marca 2025 roku. Potem były kolejne turnusy rehabilitacyjne. Za chwilę jadę na następny i za każdym razem czuję poprawę. Przeżyłem dwukrotnie sepsę z zapaleniem płuc. Na oddziale rehabilitacyjnym miałem zakażenie dróg moczowych z sepsą. Pięciokrotnie miałem zakażenie dróg moczowych z powodu neurogennej pęcherza. Teraz już jestem bez zakażenia, chodzę o jednej kuli. Po domu poruszam się w ogóle bez kul. Nie jest to normalny chód. Wygląda jak breakdance. Ale chodzę.

Pan doskonale wie co się w Pana organizmie dzieło. Jak lekarz ortopeda radzi sobie z takim wyzwaniem?

Wokół mnie są ludzie, którzy bardzo mi pomagają, motywują mnie. Nawet jak jestem leniwy, czegoś mi się nie chce, to patrząc na tych ludzi, w kontakcie z nimi, moja siła wzrasta. Chęć powrotu jest większa. Moja żona, moja

teściowa, pani dyrektor szpitala wojewódzkiego, wszyscy moi asystenci, pielęgniarki, pracownicy i całe mnóstwo ludzi, którzy są wspaniali, motywują mnie do pracy. Pani Agnieszka Adamowicz z oddziału rehabilitacji neurologicznej wykonała wspaniałą pracę. Nie tylko taką rehabilitacyjną. Dzięki tym doświadczeniom widzę mnóstwo pozytywów, w ogóle nie myślę negatywnie.

No dobrze, ale zapytam, co Pan myślał o sobie. Jak lekarz myśli o sobie jako o pacjencie?

Jakby to Pani powiedzieć... Nie powiem, bo musiałbym użyć niecenzuralnych słów.

Po prostu wiem, jak jest dzisiaj, zdaję sobie sprawę ze wszystkiego, ale nie „rozkminiam” tego.

Wspomniał Pan, o żonie. Kiedy to się zadziało nie byliście jeszcze małżeństwem, prawda?

Byliśmy ze sobą dziewięć lat razem, ale nie mieliśmy ślubu. Pobraliśmy się w szpitalu. Było wiele spraw, które były nierozwiązywalne i trzeba je było rozwiązać poprzez ślub. Mnóstwo ich jest. Żona cały czas jest ze mną, zrezygnowała



z pracy zawodowej. Gdyby nie ona – nigdy bym nie mógł być w tym miejscu, gdzie teraz jestem. Ślub jest po to, żeby ułatwić pewne rzeczy. Zawsze mi się wydawało, że jeśli jest się w związku, to nie ma znaczenia, czy jest ślub czy go nie ma. Jak ktoś z kimś chce być, to jest. Jak nie chce być, to nie jest. Ślub nie musi być kajdankami. Natomiast w byciu z drugim człowiekiem najważniejsze jest, żeby siebie wzajemnie szanować i pomagać.

Ale wie Pani – nigdy nie byłem osobą bogobojną. Teraz też nie jestem, ale wierzę w Boga. Myślę, że to, że przeżyłem, że nadjechał ratownik, że zostałem zoperowany, to nie są przypadki. Muszę jeszcze coś zrobić. Mam wspaniały zespół ludzi pracujących w oddziale, którym czuję się potrzebny.

Czy miał Pan takie etapy żałoby? Złość, zaprzeczenie, akceptacja, rezygnacja? Pamięta Pan?

Nie. Są oczywiście chwile, gdy człowiek jest trochę zdołowany. Na przykład wczoraj kupiliśmy różne rzeczy na balkon i trzeba było to wszystko zamontować. Żona to robiła, a nie ja. Jest szereg rzeczy, które ona robi. Ona mnie goli, ona mnie ubiera, rozbiera, kąpie. Mimo to czuję się bardzo potrzebny i nie mam negatywnego myślenia.

Czy był taki moment w czasie Pana powrotu do zdrowia, do sprawności, który był momentem zwrotnym?

Nie, nigdy się nad tym głębiej nie zastanawiałem. Po prostu robię to, co podpowiadają mi ludzie i co sam czuję, że powinienem robić. Działam intuicyjnie, bez analizowania. Po prostu robię swoje i widzę, że to przynosi efekty, że coś się zmienia, że jest postęp. Czuję więc ze swoim zespołem i jest to autentyczne. Oczywiście, zdarzają się też momenty cofnięcia, regresu. Wtedy człowiek czuje się słabszy, to naturalne. Cofam się wtedy o krok, dwa, ale wiem, że za chwilę zrobię trzy do przodu. Inaczej być nie może.

Czasami jak rozmawiamy z pacjentami onkologicznymi słyszymy, że choroba coś im zabrała, ale też coś im dała. Może pan też tak powiedzieć, że coś Panu to dało?

Otworzyłem zamek. Może nie taki zamek na klucz, tylko suwak. Zsunąłem i wpuściłem dobro do siebie. Dobro to Bóg. Mało tego, ten suwak z powrotem zasunąłem, żeby mi stamtąd nie uciekło. Teraz chciałbym wynagrodzić ludziom, to co od nich dostałem. Pokazywać, że to wariackie, szybkie życie, donikąd nie prowadzi. Dopuszciliśmy do tego, że ciągle się spieszymy, nie wiemy nawet, po co się spieszymy, bo pewne rzeczy można zrobić za pięć, za dziesięć minut. Żyjemy 70, 80, 90 lat, a szukamy pięciu minut, żeby było szybciej. Jedziemy do pracy 20 minut, a szukamy oszczędności tych dwóch minut. Spieszymy się. Teraz nikt mnie do tego nie zmusi.

Życie trzeba oglądać, doświadczać. To jest jak podróż, w czasie której przez okno możemy zobaczyć wszystko, no... prawie wszystko. Widzimy różne krajobrazy, różne momenty i to samo jest w życiu. Spotykają nas te dobre i te złe chwile, ale to jest tylko podróż i fajnie jest, oglądać inne rzeczy, w tej podróży.

Kubuś Puchatek miał takie powiedzenie „Życie to podróż, którą należy doświadczać, a nie problem, który należy rozwiązać”. To mi zostało



w głowie, podobnie jak jeszcze jedno z Kubusia: „Nie można tkwić uparcie w swoim kącie lasu, czekając aż inni do nas przyjdą.” Trzeba iść do ludzi, uśmieszać i pomagać. Dzięki temu człowiek znajduje motywację do funkcjonowania. Sam się nakręca i nakręca innych. To jest życie w zgodzie ze sobą i to jest super.

Jak zorganizował sobie Pan pracę po powrocie?

Widzi Pani, ja zawsze lubiłem swoją pracę, czyli nigdy nie pracowałem. Miałem dar od Boga do stołu operacyjnego. Mój szef, kiedy pierwszy raz odchodziłem z oddziału macierzystego na ordynatora, w opinii o mnie napisał: „Jest bardzo dobrym operatorem”. To ułatwiało mi w pracy wiele rzeczy, bo każdego mógłbym zabrać do każdej operacji. Ja nie musiałem nigdy o nic walczyć z innymi, bo wystarczyło, że szliśmy do stołu i tam się wszystko weryfikowało. Taki miałem dar.

Teraz to jest coś, czego żałuję. Żałuję, że nie mogę tego robić. Jednak proszę mi wierzyć, ja jestem przekonany, że będę operował. Dałem sobie cel, przełom roku, ale nawet jak tego nie zrobię, to też będzie dobrze. Zrobię coś innego. Coś dobrego.

Jesienią dostaliśmy informację, że ma Pan cztero-kończynowe porażenie, a Pan wychodzi o jednej kuli z czwartkowej odprawy. To niewiarygodne.

Uczę się na nowo pracować, wszystko jest po staremu. Głowa jeszcze pracuje. Służę swoim doświadczeniem, uczę młodych ludzi etyki.

Jak Pan myśli, dzięki komu/czemu Pan żyje? Sile wyższej, własnej sile, sile medycyny?

Ktoś powie, że to przypadki. Nie ma przypadków. To Duch Święty nade mną czuwał i mnie pilnował. Wie Pani, ja miałem wypadek w takim miejscu, gdzie w roku 1997 dojeżdżałem z Inowrocławia do Grudziądza. Podczas jednego z powrotów, w tym samym miejscu, gdzie ja miałem wypadek, nadjechałem na wypadek, w którym brała udział kobieta jadąca z dwójką dzieci. Dziewczynki – dwa i cztery lata. To było czołowe zderzenie. Kobieta jechała maluchem, zderzyła się z dużym samochodem – Chyslerem. Nigdy nie biorę autostopowiczów, ale wtedy, wyjątkowo, wcześniej wziąłem, więc na miejscu wypadku nie byłem sam. Wyciągnąłem przez tylną szybę dzieci, były nieprzytomne. Wsadziłem je do swojego samochodu, a pan, który wsiadł „na stopa”, prowadził mój samochód.

Ta kobieta zginęła?

Tak, nie mogłem jej ruszyć, była zakleszczona. Dziewczynki przeżyły. Jedna była bardzo poszkodowana. Teraz dobrze sobie radzą. Do pewnego czasu przysyłały mi swoje rysunki, podziękowania. Myślę, że tam było takie miejsce czarodziejskie. Z powrotem dostałem to, co dałem.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka



Panie doktorze, już jakiś czas nosił się Pan z myślą, żeby opowiedzieć o tej historii, prawda?

Dojrzało to we mnie od jakiegoś czasu. Chciałem takiego spotkania, takiej rozmowy. Niedawno rozmawiałem z profesorem Dariuszem Onichimowskim o możliwości podzielenia się swoimi doświadczeniami z pobytu na OAIIT-cie. Chodziło o to, żeby opowiedzieć o wszystkim z perspektywy pacjenta – jak to wygląda, kiedy już się wie, gdzie się jest, kiedy zaczyna się rozumieć sytuację i potrafi zdefiniować swoje potrzeby i uczucia.

Pandemia zaczęła się wiosną 2020 roku, pan zachorował grudniu. Wtedy jeszcze niewiele wiedzieliśmy o COVID 19.

Niewiele, ale wystarczająco dużo, żeby zobaczyć jak to się kończy. Jak umierają ludzie, w samotności, przy bezradności personelu. Jestem lekarzem sportowym, lekarzem Stomilu Olsztyn. Jak zaczęła się w Polsce pandemia, zaczęto tworzyć zasady postępowania, bo do tej pory nikt tego nie przerabiał, a lekarz obsługujący mecz, musi być na meczu. Dlatego byłem objęty programem Polskiego Związku Piłki Nożnej, który co tydzień płacił za moje badania, w dodatku te droższe, czyli testy genetyczne. Co tydzień przed meczem miałem robić test. Rano test, wieczorem w internecie sprawdzałem wynik. Gdy był ujemny, szedłem do klubu na mecz. Tak było do poniedziałku 1 grudnia, kiedy test okazał się pozytywny. Dzwonię do żony – rozdzielamy się, wracam do pustego mieszkania. Zaczyna się procedura. Izolacja, codzienne wizyty policji, przywożą mi pulsoksymetr. Obserwuję się, mierzę temperaturę, czytam książki. Czuję się normalnie, ale trochę doskwiera mi samotność.

Wtorek, środa, czwartek, nic. Ale w piątek podskoczyła mi temperatura, nieznacznie, ale pojawił się niepokój. W niedzielę poczułem się źle, jeden z kolegów zadzwonił i powiedział: „Nie kombinuj. Trzeba do Ostródy, do doktora Kocbacha zadzwonić”. Już nie miałem siły sam jechać, tydzień po pierwszym pozytywnym teście trafiłem do szpitala jednoimiennego w Ostródzie. Zrobiono mi tomograf i dostałem wiadomość, która mnie absolutnie zmroziła. 60% płuc zainfekowanych, zajętych procesem zapalnym. Nie chciałem w to wierzyć, bo nie czułem się aż tak źle. Już następnego

W 2020 roku Mariusz Siergiej, lekarz ortopeda-traumatolog – zachorował na COVID 19. Trzy miesiące spędził na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, potem był na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

dnia zacząłem się dusić. Z tego czasu pamiętam jedno – wchodzi do mnie kolega, przedstawia się, pyta „Wiesz, kim jestem?” Podobno przytknąłem. Kolejne pytanie „Wiesz, po co przyszedłem?” Powiedziałem: „Błagam Cię, zrób coś.” Chodziło o intubację, bo już się dusiłem, byłem świadomy umierania. Na tym etapie odpływała mi rzeczywistość. Zdecydowano, że zostaną przewieziony na OAIIT w Olsztynie. To traumatyczna historia, bo trzy razy wkładano mnie do karetki, w karetce gasłem, więc trzy razy wracano do Ostródy, do OIOM-u i tak to trwało kilka godzin.

Na ile pacjent na OIOM-ie jest świadomy?

To jest bardzo trudne do opisanie i opowiedzenia w syntetyczny sposób. Jestem lekarzem, ale nie mam doświadczenia w pracy w OIOM-ie. Bywam na konsultacjach od ponad 40 lat, ale nie mam codziennego kontaktu z pacjentem nieświadomym, prowadzonym w głębokiej sedacji. Natomiast w swojej chorobie doświadczyłem dwóch stanów: zupełnej nieświadomości i odzyskiwania świadomości, próby orientacji. Nie wiedziałem, gdzie jestem i bardzo ciężko było mi rozdzielić real od fantasmagorii, zawieszenia. Dopiero po wszystkich udało mi się to uporządkować. Starłem się rozmawiać z koleżankami, kolegami, którzy się mną opiekowali i konfrontować swoją, okazuje się, niewiedzę z tym, co rzeczywistość się wydarzyło. To jest ten stan zawieszenia, możliwy do sprecyzowania dopiero po konfrontacji.

Jak się zorientowałem, że to co mi się wydawało rzeczywistością, nią nie było, to uświadomiłem sobie, że musi minąć czas, żebym zaczął poważnie myśleć o opowiadaniu tej historii. Gdybym to zrobił szybko, gdy miałem w sobie na świeżo tak wiele traumatycznych wspomnień, to byłoby to przekłamane. Dużo mi dała lektura epikryzy. Kiedy ja piszę epikryzę ortopedyczną, to zwykle zajmuje mi ona od 7 do 10 zdań z zaleceniami dla pacjenta. Moja własna miała cztery strony, formatu A4, zapisane drobnym maczkiem. Było co czytać. Po tej lekturze, po rozmowach z kolegami i koleżankami mogę powiedzieć, że wiem już chyba prawie wszystko. Zaznaczam, prawie wszystko.

To co pan wie?

To są dwie zupełnie inne historie. W dodatku nadal uzupełniane domysłami. Ja dowiaduję się, co się ze mną działo, a koledzy dowiadują się, co czułem, kiedy wydawało im się, że jestem świadomy, a ja nie mogłem wyartykułować, w żaden sposób swoich fobii i lęków. Nie potrafiłem zdefiniować bólu i zasugerować, co mnie boli. Miałem masywny niedowład czterokończynowy. Przez dwa miesiące byłem z rurką tracheostomijną. Wydaje się wtedy dźwięki, które trudno zrozumieć. Rozumiał je jednak jeden z moich kolegów z oddziału, przychodził, tłumaczył, ale domyślał się tylko ortopedycznych rzeczy.

Na przykład: bolało mi prawe biodro – jestem ortopedą, nie miałem do tej pory problemów ze swoim układem ruchu, czułem, że to problem, który wymaga tylko zmiany pozycji. Nie potrafiłem jednak w żaden sposób dotrzeć z tą informacją do opiekujących się mną lekarzy. Więcej, nie mogłem tego napisać.

Wystarczyłoby przecież napisać dwa słowa: „prawe biodro” albo „zmieńcie pozycję”, ale nie potrafiłem, bo miałem niedowład górnych kończyn. Wydaje się, że kiedy jest kontakt logiczny między pacjentem a lekarzem, to komunikacja jest prostą sprawą, ale to pozory. Cierpiałem ból, tylko dlatego, że nie potrafiłem przesłać jasnej informacji opiekunom. To jest pouczające dla obu stron.

Wróćmy do tego, jaka była Pana świadomość w OAIIT.

Dużo czasu minęło, zanim zorientowałem się, co się wydarzyło. Leżałem na oddziale intensywnej terapii od 17 grudnia 2020 roku, a opuściłem oddział 1 marca 2021. To jest 10 tygodni, z czego tylko 4 ostatnie wydają się świadomie. Zdarzyło się wiele rzeczy, które dopiero teraz sobie uświadamiam, czytając epikryzę.

Zacznijmy od tego, że kiedy zacząłem być świadomy byłem przekonany, że uległem wypadkowi samochodowemu we Francji, gdzie mieszka rodzina mojego brata, więc to mi się wszystko sensownie układało. Nie pamiętałem po co ja w tej Francji byłem, ale wiedziałem, podkreślałem słowo „wiedziałem”, że miałem wypadek samochodowy. Ktoś wymusił pierwszeństwo, obudziłem się, w francuskiej klinice. Miałem przekonanie, inaczej – świadomość, że mam złamany kręgosłup szyjny i niedowład masywny czterokończynowy. Dostałem kilka silnych „wzmocniaczy” tego przekonania. Proszę sobie wyobrazić: leżę i dostaję komunikat z mózgu, że nie mogę ruszyć ani ręką, ani nogą. Jestem ortopedą, wiem co to znaczy złamanie kręgosłupa z uszkodzeniem rdzenia i jakie są rokowania. Kolejna rzecz – leżę na oddziale covidowym, widzę, że ktoś wchodzi do mnie, w kombinezonie ochronnym, nazywam go w myślach Teletubiś. Słyszę od tej osoby, po francusku „Pozdrowienia od doktora Goraja”. Radka Goraja, który pracuje od wielu lat w naszym OIOM-ie, ale praktykował w wielu miejscach w świecie, jest człowiekiem bardzo wykształconym, mógł być również w tej klinice. Następne wzmocnienie – oceniono, że wpadłem w depresję i potrzebuję pomocy psychiatrycznej. Rozumiem to, bo dziesiątki, a może i setki takich historii przeżyłem jako lekarz. Od początku mojej pracy to była codzienność. Każde wakacje to skoki do wody i ich następstwa. W związku z tym wiedziałem, co się będzie dalej działo i powiem, że nie jest to bodziec mobilizujący. W tym stanie ducha odwiedza mnie pani doktor psychiatra. Pani doktor jest pewniakiem, w tej historii, to nie jest wytwór mojej wyobraźni, pracuje jako konsultant w naszym oddziale ortopedycznym. Przedstawiła mi się, dałem znak oczyma, że wiem kim jest. Zaczęła rozmowę: „Stało się. Teraz będziemy z tego wychodzić”.

Jak mam zareagować na tekst, który słyszę? „Stało się. Teraz będziemy z tego wychodzić”. Świetny tekst. Tylko ona nie wiedziała, co ja wiem, a właściwie co wydawało mi się, że wiem. Ja jestem przekonany, że zostanie kaleką po wypadku komunikacyjnym, ona nie wie, że jestem w innej rzeczywistości. To jest fascynujące.

Kiedy zaczął pan łączyć kropki i zorientował się, że jest świat alternatywny i świat, w którym pan jest?

Kiedy zacząłem się komunikować, kiedy rurka tracheostomijna nie była przeszkodą, to szybko zadałem parę krótkich pytań i uzyskałem wyjaśnienie. To był moment, w którym dostałem takiego kopa w górę, że jak czytam i analizuję epikryzę, to widzę, że to był punkt zwrotny w moim powrocie do zdrowia. Mimo, że na tym etapie byłem już uzależniony od benzodiazepin.

Tego nie wiedziałam...

Miałem świadomość uzależnienia, lekarze prowadzący mieli świadomość tego uzależnienia, stąd ten psychiatra. Cierpiałem na bezsenność i uzależniłem się od leków. Kiedy już mogłem się komunikować to zacząłem je wymuszać. Leżałem godzinami w łóżku i jedyne co mogłem zrobić to rozpiąć rzepę pampersa. Ale już wtedy wiedziałem, że trzeba wojować, bo to nie jest uszkodzenie rdzenia, tylko wycieńczenie chorobą. Tyle, że ja nie miałem siły na wojowanie. Przychodzili do mnie rehabilitanci, a ja nie miałem siły walczyć, bo nie spałem kilkanaście nocy. Jedyne co wtedy widziałem, to białą ścianę, zegar na niej i nikogo obok. Leżałem w COVID-owej części OIOM-u, widziałem te „Teletubisie” i ludzi obok. Niestety umierających. Zmieniających się tylko.

Później był krótki, trzydniowy epizod wypisu z OIOM-u do oddziału rehabilitacji. Bo tam znowu miałem kryzys. Załamałem się, w sensie organicznym. Zacząłem się dusić, trzeba było mnie odessać. Jestem lekarzem z 42 letnim stażem i widzę, jak laryngolog odsysa mi z dróg oddechowych gęsty, ropny płyn, który mnie dusił. W pewnym momencie słyszę „O! A to co?” To była tabletkę. Odsysał z dróg oddechowych tabletkę, której nie powinno tam być. Co myśli lekarz z moim stażem? Jest przetoka między tchawicą a przełykiem. Prowadziłem ciężkich pacjentów po urazach rdzenia kręgowego. Wiedziałem, co to znaczy. W epikryzie czytam: „Ropnie w płucach”. COVID już dawno zakończył swoją działalność, a dobrała się do mnie bakteria szpitalna, tak zwana superbakteria, czyli klebsiella pneumoniae, niewrażliwa na znane antybiotyki, produkująca enzymy, które unieszkodliwiają antybiotyki ostatniej szansy. Rokowania do przeżycia – bardzo wątpliwe.

Dostałem kopa, który mnie spuścił w drugą stronę sinusoidy, zaczął się rollercoaster w dół, ale już

przy mojej pełnej świadomości. To był najgorszy czas. Wtedy zacząłem wątpić, że wyjdę ze szpitala. Wróciłem na OIOM. Tam nagle zacząłem wracać fizycznie do normy, zacząłem ćwiczyć, pracować, ale wciąż nie spałem. Zasympiałem tylko po lekach. Miałem organiczne objawy uzależnienia: drżenia rąk, niepokój, rozszerzone źrenice. Domagałem się leków. Jak słyszałem: „Dajcie mu midanium”, jak widziałem, że mam je zlecone i wiedziałem, że o 22:00 przyjdzie pani pielęgniarka, żeby mi je podać, od razu wpadałem w błogostan. Klasyczny przykład uzależnienia psychicznego.

Moi koledzy powiedzieli mi, że jestem uzależniony i przyjąłem to do wiadomości. Nie kombinowałem w stylu: „Co Wy tam mówicie!”, ale to była dla mnie bitwa. Ja kontra oni. I oni to widzieli. Zacząłem negocjować: „Dobrze. Jestem uzależniony. Będziemy o tym myśleć za miesiąc, dwa. Dajcie mi pospać. Dajcie mi się wyspać, bo niewyspany nie jestem w stanie myśleć trzeźwo, pracować, ćwiczyć i rehabilitować się”. Trochę szantaż, ale wolę nazywać to negocjacją.

Dotrzymał pan słowa?

Dotrzymałem. Rozmawialiśmy z Panią doktor psychiatrą. Ustaliliśmy zasady. Oprócz uzależnienia od leków, moim największym problemem była niemożliwość zaśnięcia. Midanium dawało mi tę gwarancję. Moi koledzy próbowali różnych sztuczek, jak je nazywam, innych kombinacji leków. Na przykład mówili: „Damy ci coś innego dzisiaj, ok? Spróbujmy, może zaśniesz”. Ja mówię: „Dobrze, ale jeżeli o 11 nie będę spał, dajecie mi midanium.” Chwila zastanowienia... „Zgoda”.

Nigdy nie zasnąłem przed 11. Nigdy nie zasnąłem po tych, nazwijmy to, „wynalazkach”. Teraz tak żartuję, ale wtedy to było traumatyczne.

Z pomocą pani doktor psychiatry stopniowo, modyfikując leczenie, stosując leki wyciszające, wyszedłem z tego. Następny test był w domu. Miałem obawy: „czy zasnę?” Zasnąłem w dwie minuty i tak jest do tej pory.

Jak lekarz ortopeda odnajduje się na rehabilitacji?

Wydaje mi się, że dzielnie. Wiedziałem, że to musi dać efekt. I dało.

Wiedza medyczna pomaga czy frustruje?

Pomaga, ale rodzi frustrację. W głowie tłuką się pytania: Dlaczego? Co się dzieje? Czy źle ćwiczę?

Ćwiczyliśmy bardzo dużo i bardzo ciężko. Jestem ogromnie wdzięczny wszystkim, którzy się mną opiekowali. Mnóstwo osób mnie dopingowało, modliło się, interesowało. Bardzo to doceniam.

W momencie, gdy się upewniłem, że to nie jest porażenie, tylko niedowład, wynikający z choroby i leżenia, zwyciężyła we mnie chęć do walki, która cały czas walczyła z irytacją, biorącą się z niemożności. Straciłem 27 kilogramów. Forma odchudzania drastyczna, ale skuteczna.

Często w tej rozmowie używał pan słowa traumatyczne, trauma.

No bo ja jestem traumatologiem, ortopedą-traumatologiem trochę znam się na tym (śmiech).

Co było największą traumą?

Świadomość, że mogę nie wrócić do sprawności, niepewność tego co dalej. Szybko zorientowałem się, że jestem logiczny. Miałem kilka świetnych rozmów z psychologiem szpitalnym, wykonałem kilka testów, szybko zrozumiełem, że umysłowo chyba nie jest źle. Zależało mi, żeby odzyskać siłę, sprawność i wrócić do pracy. Wróciłem, praca daje mi kopa, zmusza do aktywności i jest fajnie.

Widzi Pan jakiś sens, w tym co się stało?

Dostałem potwierdzenie tego, co może czuć pacjent w takiej sytuacji. Dostałem wiedzę, jakie potrzeby ma pacjent, który nie potrafi ich wyartykułować. Dowiedziałem się, jak ważne jest, żeby przechodząc obok takiego pacjenta jak ja, stanąć, strzelić okiem, strzelić palcami, zapytać, „Co słychać?” i pójść dalej. To nieraz wystarczy. Bo taki gość leży, patrzy w ścianę i widzi zegar. Zrozumiałem, że często nam lekarzom tylko wydaje się, że wiemy, co jest mu potrzebne. Dało mi to wiedzę, że nie jest tak jak mnie, lekarzowi się wydaje. Często jest wiele innych potrzeb, prostych rzeczy jak rozmowa, dotknięcie, powiedzenie: „Jak się czujesz?”. To było dla mnie bardzo ważne, chociaż odpowiadałem dając sygnał oczami. Jednak kiedy słyszałem: „Będę tu za trzy godziny, lecę kwity porobić”, to jako lekarz, rozumiałem, co to znaczy. Pacjent może nie rozumieć, dlaczego lekarz do niego nie przychodzi i nie poświęci mu troszkę czasu. Nie wie, że ten lekarz właśnie siedzi i te kwity musi zrobić, między innymi dla niego, bo właśnie zrobił obchód i teraz będzie leki dobierał. Lek dla mnie. Przeciekawa sytuacja, pouczająca bardzo.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka



dr n. med. Radosław Goraj, specjalista anestezjologii i intensywnej terapii

Lektura wywiadów z naszymi kolegami/eks-pacjentami doktorem Mariuszem Siergiejem i doktorem Andrzejem Reetzem była bardzo pouczająca, zmuszająca do refleksji, a także do pokory.

Już prawie 35 lat pracuję w intensywnej terapii i problemy, o których oni mówią są mi oczywiście dobrze znane, a mimo dobrej świadomości i nieustających starań widzę, że daleko nam do doskonałości.

Jeżeli lekarze, nasi koledzy, doświadczyli u nas takich, nazwijmy to delikatnie, nieprzyjemności, to dla mnie jako lekarza zespołu OIT (Oddziału Intensywnej Terapii, ang. ICU) są to sygnały zmuszające do dalszych starań i poprawy.

Oczywiście jesteśmy zmuszeni do stosowania analgesodacji z jej możliwymi powikłaniami do czasu ustabilizowania ostrych zaburzeń funkcji życiowych. Tracheostomia jest niezbędna i według zaleceń międzynarodowych musi być wykonana najpóźniej do 2 tygodni od zaintubowania, gdyż zmniejsza ona ilość groźnych powikłań, które mogą zabić, ale uniemożliwia ona mówienie. Komunikacja z pacjentami jest przez to bardzo utrudniona.

Często pacjenci nie wiedzą co się z nimi dzieje i jakie są rokowania, a to wzbudza lęk i dodatkowo potęguje cierpienie.

Ponadto do 85% pacjentów OIT z zachowaną świadomością doświadcza delirium (ICU psychosis), ze śmiertelnością z tego powodu sięgającą 80% (według danych z USA), pomimo bardzo wysokich standardów i ciągłej inwigilacji. To z kolei wymaga farmakoterapii i koło się zamyka. 24-godzinne oświetlenie, dźwięki i hałas (aparatura, alarmy, pracujący ludzie, radio niekoniecznie ulubione), rozmaite dokuczliwe dolegliwości, których nie można precyzyjnie zakomunikować są czynnikami wszechobecnymi w OIT-ach, a stosowanymi w miejscach takich jak baza Guantanamo do łamania najcięższych terrorystów.

My mamy nieszczęsnych, tzw. „zwykłych”, cierpiących ludzi z nadwyrężonymi lub niewydolnymi mechanizmami obronnymi. W końcu dochodzi także do takich zjawisk jak tachyfilaksja z koniecznością używania coraz większych dawek leków i uzależnień od leków przeciwbólowych, nasennych i psychotropowych.



Te wszystkie kwestie plus problem Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) są prawdziwie bardzo trudnym problemem i wyzwaniem, któremu często ciężko jest sprostać specjalistom na całym świecie.

Dziękujemy kolegom za ich wyznania.

Postaramy się zrobić z nich jak najlepszy użytek.



dr n. med. Agnieszka Strepikowska, specjalista neurologii, p.o. ordynatora Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej

czynności dnia codziennego, nie kontrolujący funkcji zwieraczy, czasem wymagający karmienia przez PEG lub sondę. Tak więc proces usprawniania nie ogranicza się jedynie do pracy nad uzyskaniem poprawy w zakresie deficytów ruchowych, ale dotyczy również funkcji poznawczych, mowy, wydolności oddechowej, zaburzeń zwieraczy. Obejmuje terapię zajęciową i reedukację sprawności funkcjonalnej począwszy od podstawowych czynności dnia codziennego. Ogromnie ważna jest także rehabilitacja społeczna oraz wsparcie w często pojawiających się w toku leczenia zaburzeniach emocjonalnych. Proces rehabilitacji ma charakter wielopłaszczyznowy. Jednym z ważniejszych czynników wpływających na efektywność rehabilitacji jest zaangażowanie chorego, motywacja i chęć do ćwiczeń z terapeutami. To właśnie aktywna postawa chorego i jego zapał w znacznym stopniu determinują jakość efektu usprawniania.

Kolejnym istotnym czynnikiem jest pracowitość, cierpliwość, systematyczność i determinacja. Są to szczególnie istotne cechy, ponieważ w przebiegu rehabilitacji każdy dzień to wyzwanie do pokonywania swoich niemożności, do walki ze swoją niemocą, lękiem, czasem nawet brakiem wiary i nadziei. Rehabilitacja neurologiczna to naprawdę ogromnie mozolny i wyczerpujący proces. Pacjenci, którzy tego doświadczyli wiedzą to najlepiej.

Czy podczas rehabilitacji często pojawia się u pacjentów moment, w którym emocje przeważają nad medycyną – np. załamanie, bunt, opór?

Powiedziałabym, że nawet bardzo często. W mojej opinii jest to naturalny proces adaptacyjny. Dla osoby dotąd zdrowej, aktywnej zawodowo, w pełni samodzielnej, przyjęcie roli osoby chorej, niesprawnej, która nie jest w stanie samodzielnie wykonywać nawet najbardziej podstawowych czynności, jest szalenie trudne i w naturalny sposób wiąże się z brakiem akceptacji czy buntem.

Pacjent nie mogący się poruszać, nie mogący wypowiedzieć słowa, nie potrafiący wyrazić swoich potrzeb jest zdany na opiekę i wsparcie innych osób. Dotyczy to także najbardziej intymnych sfer jak kontrola zwieraczy czy higiena. Ta, często pełna zależność od personelu medycznego, może powodować załamanie, brak pewności siebie, lęk i depresję. Kolejną przyczyną wpływającą na stan emocjonalny jest przewlekłość procesu rehabilitacji. U większości chorych osiągnięcie sprawności to proces trwający wiele tygodni lub miesięcy, nic więc dziwnego, że pojawiają się momenty, kiedy chorym brakuje sił i nadziei.

Jakie najważniejsze wyzwania stoją przed pacjentami trafiającymi na Oddział Rehabilitacji Neurologicznej?

Pacjenci, którzy przyjmowani są na tutejszy Oddział, to chorzy najczęściej z głębokimi deficytami neurologicznymi zarówno w sferze ruchowej, jak i w zakresie funkcji poznawczych czy mowy. Najliczniejsza grupa chorych to pacjenci po przebytym udarze mózgu lub po urazach wielonarządowych. Większość przyjmowanych na oddział chorych jest na etapie początków pionizacji, często są to pacjenci leżący, nie potrafiący samodzielnie siedzieć, wymagający szerokiej pomocy w zakresie podstawowych

Jak to jest leczyć kogoś, kto sam jest lekarzem i zna system „od środka”? Jakie emocje towarzyszą leczeniu kolegów po fachu?

Każdy z nas lekarzy, prędzej czy później, znajdzie się także w roli pacjenta. Świat z perspektywy łóżka szpitalnego wygląda zupełnie inaczej, więc odnalezienie się w roli chorego, zwłaszcza w przypadkach chorób znacznie upośledzających stan zdrowia lub sprawność, nie jest łatwe dla żadnego pacjenta, a w szczególności dla pacjenta-lekarza. Wpływa na to wiele czynników. Przede wszystkim

poziom wiedzy medycznej oraz większe oczekiwania wobec opieki. Lekarz-pacjent jest bardziej świadomy przebiegu leczenia, co może prowadzić do większej kontroli nad procesem terapeutycznym i większych oczekiwań wobec personelu medycznego. Z drugiej strony wiedza medyczna pozwala na lepszą komunikację i zrozumienie problemów choroby. Praca z pacjentem, który jest lekarzem, wymaga szczególnego podejścia, które powinno być oparte na wzajemnym zaufaniu, jasnej komunikacji i empatii. Szczególnie istotne jest, aby pacjent i personel medyczny byli świadomi

potencjalnych wyzwań i starali się budować relację sprzyjającą skuteczności leczenia.

Co Pani czuje, jak spotyka Pani swoich byłych pacjentów?

Zawsze wielką radość i satysfakcję. Proces usprawniania trwa długo, więc zżywamy się bardzo z naszymi chorymi. Jestem też z nich ogromnie dumna, bo wiem ile potu, bólu, pracy, samozaparcia i czasem też kosztowań ich powrót do sprawności.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka

Marzena Zielińska, kierownik zespołu fizjoterapeutów

Jak się pracuje się z pacjentem, który jest lekarzem?

W chwili, gdy pacjent trafia na nasz oddział, nie ma znaczenia, kim jest zawodowo — lekarzem, nauczycielem czy kimkolwiek innym. Nie patrzymy na zależności służbowe. Oczywiście lekarze, którzy są naszymi pacjentami, mają większą wiedzę teoretyczną, ale nie znają całego procesu przechodzenia przez problem z perspektywy pacjenta. Przede wszystkim — oni stają się pacjentami. Są wystraszeni, ucą się siebie na nowo, odkrywają rzeczy, o których wcześniej nie mieli pojęcia. Uświadamiają sobie, że muszą wykonać ogrom pracy, by po prostu usiąść, wstać czy zrobić cokolwiek.

Posiadanie wiedzy z książek i rozumienie problemu to jedno. Zupełnie inną sprawą jest fizyczne przejście przez tę drogę samemu. To inny poziom świadomości i zrozumienia. Zawsze powtarzam, że czasem trzeba włożyć czyjeś buty i w nich pochodzić, by naprawdę wiedzieć, czy nas uwierają. Będąc po drugiej stronie, jako pacjent, ma się zupełnie inne spojrzenie na rehabilitację i na to, co robimy.

Przebywając na oddziale rehabilitacyjnym i obserwując, z jakimi wyzwaniami zmagają się pacjenci z wielochorobowością czy poważnymi urazami, otwiera się przestrzeń do pełniejszego zrozumienia, że rehabilitacja to bardzo szeroka dziedzina. Nie ogranicza się jedynie do kinezyterapii czy terapii funkcjonalnej, ale obejmuje również rehabilitację logopedyczną i psychologiczną.

To długi i skomplikowany proces. Pacjent nie odzyskuje sprawności za pomocą czarodziejskiej różdżki. To żmudna, wymagająca praca, często okupiona potem i łzami.

Tutaj pewnie jeszcze jest czynnik psychologiczny, bo jeżeli ktoś całe życie jest niepełnosprawny, to inaczej podchodzi do leczenia niż osoba, która nagle traci sprawność?

Zazwyczaj przez większość życia jesteśmy sprawni i nawet nie zastanawiamy się, jak wiele rzeczy przychodzi nam naturalnie. Na przykład — możemy bez problemu podrapać się prawą ręką w dowolnym miejscu na ciele, nie myśląc, że to jest przywilej. Nie musimy nikogo o nic prosić — to po prostu część codzienności. Dopiero gdy

nagle najprostsze czynności stają się barierą nie do pokonania, uświadamiamy sobie, jak wielka zaszała zmiana. To nie tylko przeszkoda fizyczna — że czegoś nie możemy zrobić. To również bariera psychologiczna: musimy poprosić kogoś o pomoc nawet w najdrobniejszej sprawie. A przecież wielu z nas ma problem z prośzeniem o cokolwiek — nawet w błahych sytuacjach. Tym trudniej, gdy chodzi o sprawy fizyczne, intymne.

Szczególnie dotyczy to osób młodych, sprawnych, aktywnych zawodowo i ambitnych. Dla nich prośenie o pomoc bywa ogromnym wyzwaniem — przełamaniem czegoś głęboko zakorzonego, niemal wewnętrznego tabu. A tutaj nie ma wyboru — po prostu trzeba poprosić.

Gdy dochodzi do porażenia, zaakceptowanie faktu, że nie jesteśmy w stanie samodzielnie wykonać nawet podstawowych czynności, jest ogromnym wyzwaniem. Zwłaszcza gdy jeszcze tydzień czy miesiąc temu byliśmy w pełni sprawni — mogliśmy przenosić góry, wspinać się, jeździć na nartach, robić wszystko, na co mieliśmy ochotę. A teraz nagle musimy poprosić kogoś, żeby podał nam kubek wody. To ogromne obciążenie psychiczne.

Bardzo często zanim osoba dotknięta takim doświadczeniem zaakceptuje nową sytuację i oswoi się z nią, musi minąć czas. To proces, który wymaga cierpliwości i wsparcia.

Inaczej pracuje się z ofiarą wypadku komunikacyjnego niż z przypadkiem ciężkich powikłań covidowych?

Oczywiście każdy przypadek jest inny pod względem fizycznym — każda etiologia wygląda inaczej. Jednak sam proces powrotu do sprawności przebiega podobnie: to długa i wymagająca praca. Trzeba krok po kroku przejść wszystkie etapy nauki i odbudowy sprawności.

Pewną przewagą mają osoby, które wcześniej były aktywne fizycznie — które w swoim życiu podejmowały jakąkolwiek aktywność ruchową lub sportową. U takich osób pozostaje tzw. pamięć ruchowa, dzięki której szybciej wracają do sprawności. Może nie zawsze do tego samego poziomu, co wcześniej, ale zdecydowanie łatwiej się z nimi pracuje.



Istnieje takie powiedzenie: „ruch może zastąpić tabletkę, ale tabletki nie zastąpią ruchu” — i właśnie to jest kwintesencją rehabilitacji.

Duża w tym rola nastawienia samego pacjenta.

Każdy pacjent ma inną osobowość i jest inny. Jeden lubi konkretne zadania, o siódmej rano jest już gotowy — buty i dresy przygotowane, czeka z niecierpliwością na ćwiczenia. Innego natomiast trzeba motywować, wyciągać z łóżka, podchodzić kilka razy, by wstał. Do każdego trzeba znaleźć swój klucz.

Jak się pani czuje, gdy mijają pani na korytarzu na ulicy swoich pacjentów?

To dla mnie ogromna satysfakcja i jedno z najpiękniejszych chwil w tym zawodzie. Nawet dzisiaj mieliśmy taką sytuację. Mamy pacjenta, który wcześniej przebywał na OIOM-ie. Zaprosiłam dr Puzkiewicz, żeby mogła zobaczyć swojego byłego pacjenta, o którego tak bardzo walczyła. Dziś jest u nas na rehabilitacji — w pełni świadomy, bez żadnych rurek, coraz silniejszy, bez deficytów poznawczych. Ma trudności w funkcjonowaniu fizycznym, ale poznawczo jest w doskonałej formie.

Często, kiedy porównujemy stan pacjenta z dnia przyjęcia i z momentu wypisu, widzimy zupełnie dwie różne osoby. To są właśnie chwile, które pokazują sens naszej pracy.

Dlatego zapraszamy lekarzy, aby mogli zobaczyć efekty swojej ciężkiej pracy — człowieka, który jest na drodze do odzyskania sprawności, człowieka, którego uratowali.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka



Niemożliwe nie istnieje

Dr n. med. Paweł Radkowski opublikował artykuł prezentujący wiedzę dotyczącą chorób tarczycy i postępowania anestezjologicznego w czasopiśmie *Anästhesiologie & Intensivmedizin*. Do tej pory nikomu z Polski nie udało się opublikować artykułu w tym prestiżowym, niemieckojęzycznym piśmie Niemieckiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Jest Pan pierwszym Polakiem, któremu udało się opublikować artykuł w prestiżowym niemieckim czasopiśmie. Czy to tak hermetyczne wydawnictwo?

Nie wiem czy hermetyczne, ale z tego co widzę to publikują tylko Niemcy, głównie docenci i profesorowie. Wystarczy rzucić okiem na nazwiska publikujących: Schneider, Hoffmann, Siegler, Koppert, Heizer itp. Pomimo, że w anestezjologii niemieckiej pracuje sporo lekarzy innych narodowości, nie widzę, żeby tam publikowali. Nie spotkałem się także z afiliacjami autorów innych niż niemieckie w tym czasopiśmie. Czasopismo to prenumerują lekarze w czasie specjalizacji i po specjalizacji, żeby być na bieżąco. Jest to wydanie Towarzystwa Niemieckiego i proszę zauważyć, że tylko krótkie streszczenie jest po angielsku. Reszta treści jest wyłącznie po niemiecku. Recenzenci mają szeroki wybór prac, a w oparciu o tematykę publikacji czasopisma organizowane są coroczne kongresy anestezjologiczne i intensywnej terapii. Prawdopodobnie trafiłem w temat. Przeglądając starsze numery, nie znalazłem żadnych artykułów dotyczących tarczycy ani zagadnień związanych z postępowaniem

niem anestezjologicznym w chorobach tarczycy.

Dlaczego akurat tarczycza Pana zainteresowała?

Bo to jest takie dosyć kontrowersyjne zagadnienie. Jest część pacjentów, która nie ma żadnych objawów, a ma zmiany w wynikach laboratoryjnych. Pojawiają się wtedy pytania u anestezjologa: czy znieczulać, jak znieczulać. Pracując w wielu miejscach spotykałem się z przypadkami braku zgody na przeprowadzenie znieczulenia ze względu na odbiegające od normy stężenie hormonu tyreotropowego (TSH) w surowicy, przy prawidłowych stężeniach wolnych hormonów tarczycy, w tym także u pacjentów z jatrogennymi subklinicznymi zaburzeniami funkcji tarczycy, do czego nie powinno dochodzić. To jest problem występujący zwłaszcza u kobiet, ponieważ wiele z nich ma problemy z tarczycą, a nie ma aktualnie jasnych wytycznych.

Ile czasu trwała ścieżka od pomysłu do publikacji?

Temat wymyśliłem ponad 2 lata temu. Najpierw były sprawy merytoryczne, następnie zaczęły się sprawy językowe. Artykuł pisany był po polsku, potem przetłumaczony. Korektę językową robiła Sophie – studentka, Niemka z koła anestezjologicznego. Wtedy nie zdawałem sobie sprawy jakim wyzwaniem będzie pisanie po niemiecku do publikacji. Recenzenci w początkowych poprawkach, skupiali się głównie na kwestiach merytorycznych bądź dawali wskazówki o czym należy wspomnieć w artykule. Poprawialiśmy dokładnie według tych wskazówek i w pewnym momencie, po kilku korektach zauważyłem, że zwracają mi uwagę, na poziom języka niemieckiego, że jest niewystarczający: („Das Wording im Manuskript nicht ausreichend für eine Publikation”). Wtedy po raz pierwszy usłyszałem piękne słówko „das Wording” czyli dobór słów. Zdziwiło mnie to, bo Sophie bardzo ładnie mówi po niemiecku, oczywiście mam na myśli Hochdeutsch, a oni w kolejnych recenzjach pisali to samo. Doszło wręcz do absurdu: rodowita wykształcona Niemka pracowała ze słownikiem niemieckim, ale jej poprawki mimo to, były niewystarczające i recenzenci mieli wciąż zastrzeżenia do poziomu języka użytego w publikacji. Dlatego musiałem jechać do Niemiec i tam szukać pomocy w korekcie języka u znajomych lekarzy. Skala problemu była dla mnie nieoczekiwanie duża. Jeżdżąc po szpitalach w Niemczech zaprzyjaźniłem się z niektórymi Niemcami i mówiłem: „Przeczytaj ten artykuł i sprawdź czy może coś jest gramatycznie nie tak”.

Najpierw zwróciłem się do swojej koleżanki Saskii, wybitnej anestezjolożki, która całe swoje życie poświęciła anestezjologii. Po przeczytaniu artykułu, nie była w stanie go jeszcze lepiej skorygować i życzyła mi Alles Gute (Wszystkiego

Dobrego). Inni niemieccy koledzy również przeczytali artykuł i nie nanieśli poprawek, a poza ewentualnymi przecinkami. Ratunkiem dla mnie okazał się Florian, kolega, lekarz rodzinny, po pracy myśliciel, filozof, który pomógł mi skorygować pewne zdania i dał mi bardzo cenne wskazówki. Po kilku tygodniach udało się, chociaż nie bez chwil zwątpienia, bo poprzeczka językowa była bardzo wysoka.

Dlatego tak Panu zależało na niemieckiej publikacji?

Jak powiedziałem „A”, to chciałem powiedzieć „B”. Jak już zacząłem z nimi korespondować i włożyłem tyle pracy w poprawianie merytoryczne, to miałem nadzieję, że ten artykuł zostanie opublikowany. Bardzo zależało mi na tej publikacji. Wiedziałem, że chodzi tu o coś więcej, o złamanie pewnych granic. Znam środowisko niemieckie, pracowałem tam ok. 20 lat. Niech Pani mi uwierzy, że w Niemczech wiedza imponuje. Myślę, że jako obcokrajowiec, takim artykułem bardziej zaimponowałbym w berlińskim Szpitalu Charité niż nowym Porsche. Ta publikacja spotkała się z dużym uznaniem Niemców, za co odebrałem gratulacje.

Druga sprawa jest taka, że w większości przypadków to autorzy muszą płacić za możliwość publikacji. W tym przypadku jednak to Niemieckie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii pokrywa te koszty. Po trzecie, ponieważ wciąż pracuję w szpitalach niemieckich, chciałem mieć w swoim dorobku pracę opublikowaną po niemiecku.

Teraz sporadycznie jeździ Pan do Niemiec, ale spora część Pana życia zawodowego związana była z tym krajem?

Zacząłem od Szwajcarii. To był 2004 rok, zupełnie inny świat. Pracowałem tam tylko trzy miesiące jako asystent anestezjologa. Nie chciałem dłużej.

Dlaczego?

Tam lekarz anestezjolog tylko nadzorował kilka sal operacyjnych, a intubowały i znieczulały pielęgniarki anestezjologiczne. To nie było aż takim problemem. Problemem było to, że oni po prostu nie mieli w ogóle pojęcia o Polsce. Myśleli, że to jest kraj trzeciego świata. Jako Polak czułem się tam obco. Po tych trzech miesiącach, jeszcze bardziej umocniłem się w swoim postanowieniu, by szukać pracy w Niemczech. Złożyłem kilkadziesiąt ofert, napisałem do większości klinik anestezjologii. Ten sam mail – kopiuje, wkładam. Otrzymałem kilkanaście odpowiedzi. Wybrałem kilka miejsc i pojechałem tam z ojcem, żeby szukać pracy.

To był 2005 rok. Wtedy jeszcze było dużo trudniej o pracę niż teraz. Było dużo mniej obcokrajow-



Originalia | Original Articles

Klinische Anästhesie | Clinical Anaesthesia

P. Radkowski · F. Trachte · S. Brejtus · S. Waas · T. Jedrzejak · S. Wolfermann

Anästhesiologisches perioperatives Management bei Patienten mit Schilddrüsenerkrankungen – aktueller Wissensstand

Heutzutage werden viele Patienten mit relevanten Schilddrüsenfunktionsstörungen operiert. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben etwa 4% der Weltbevölkerung eine Hypothyreose.

Übersichten | Review Articles

Zertifizierte Fortbildung | Continuing Medical Education (CME)

B. H. Siegler · P. Kranke · V. Neef

Der Postpunktionkopfschmerz – Klinik, Diagnostik und aktuelle Therapieoptionen

Die vorliegende Arbeit fokussiert auf den

ców i niektóre kliniki nie chciały mnie przyjąć, bo nie miałem w ich mniemaniu wystarczającego doświadczenia. Pracowałem przez rok na anestezjologii na oddziale ortopedycznym, ale to było zdecydowanie za mało. W jednej klinice pewna osoba – szef, który ze mną rozmawiał chyba wcześniej nie przeczytał mojego CV, bo jak zobaczył, jakie mam małe według niego doświadczenie, to podziękował mi zanim zdążyłem usiąść. Nie zdążyłem otworzyć ust i już byłem poza jego gabinetem. Może Pani sobie wyobrazić jak nieprzyjemne było to dla mnie uczucie. Z drugiej strony, rekrutujący w innej klinice, w której ostatecznie się zatrudniłem, nie pytał mnie o doświadczenie, tylko zaproponował, żebyśmy poszli coś zjeść i pogadać. Tak się zaczęła nasza współpraca. On po prostu szukał zmotywowanych ludzi, a ja bardzo chciałem nauczyć się tej anestezjologii. Od trzeciego roku studiów czułem, że to ta specjalizacja, takie hobby medyczne które będę chciał mieć przez całe życie.

Po roku pracy w Polsce wylądował Pan w Niemczech, jak wyglądały początki?

Wszystko było bardzo uporządkowane. Każdy miał swój przydział. Mimo, że byłem dla nich początkujący, to od drugiego dnia zacząłem znieczulać razem z niemieckim specjalistą. Po trzech miesiącach dostałem swoją salę i pracowałem już samodzielnie. W problematycznej sytuacji mogłem zadzwonić po specjalistę. Wtedy pielęgniarki anestezjologiczne pochodziły głównie z Niemiec. Większość personelu stanowili rodowici Niemcy, którzy pracowali tam od dawna. Lekarze z zagranicy dopiero zaczęli przybywać, a ja byłem jedynym Polakiem na oddziale anestezjologii. Oczywiście problemem były kwestie językowe. Jak zaczynałem pracę, nie było telefonów komórkowych w szpitalu, tylko tzw. bipery. To takie sygnalizatory – trzeba nacisnąć guzik i słyszeć głos, jak przez radio, nie zawsze wyraźnie. Czasem, wybudzony w nocy rozumiałem tylko pojedyncze słowa. Na sali też było różnie – Niemcy mówią szybko, używając slangu, a dodatkowo maska na twarzy bardziej zniekształca mowę.

Jak Niemcy traktowali Polaków – lekarzy?

Raz zdarzyło mi się, że pacjent – Niemiec, nie chciał żebym mu krew pobierał. Nie było problemu – nie chciał, nie pobierałem. Miało to miejsce jeszcze na praktykach studenckich w Mannheim na oddziale gastrologicznym. Pamiętam, że w tamtym czasie, na tym samym oddziale praktykował ze mną syn Brauna – tak tego milionera od Infusio-matów i strzykawek. Zapytał mnie, dlaczego mam skwaszoną minę. Głupio było mi się przyznać. To była jedyna taka nieprzyjemna sytuacja. Jeździłem w Niemczech na karetce ponad 15 lat, a także pracowałem w różnych szpitalach. Nigdy nie spotkałem się z sytuacją, żebym był źle traktowany.

Praca w karetce to praca na pierwszej linii...

Obciążająca emocjonalnie, ale również bardzo ciekawa. Wtedy wiązała się z bardzo dobrym wynagrodzeniem, co powodowało, że nigdy nie było problemu z zapewnieniem obsady. Za każdy wyjazd było dodatkowe 35 euro, oprócz stawki godzinowej. Nawet doświadczeni anestezjodzy chętnie brali te dyżury. Poza tym ratownicy w Niemczech mają dużą wiedzę praktyczną – nieraz się o tym przekonałem. Mają regularne szkolenia, na których do znudzenia ćwiczą różne scenariusze, wiedzą dokładnie, kiedy i jaki lek mogą podać. Znają dokładnie przeciwwskazania.

Jakbym ich zapytał, na przykład o metoklopramid, to może by nie wiedzieli dokładnie, z jakiej grupy chemicznej jest to lek, ale wiedzieliby, że np. w padaczkę, należy zachować szczególną ostrożność. Widać u nich to praktyczne przygotowanie i przeciwione scenariusze.

Jak wyglądały różnice w organizacji pracy z Pana punktu widzenia?

Jak zaczynałem w 2006 roku to był szok. W każdej sali codziennie po kilka zabiegów, szybkie tempo. Pacjent wyjeżdżał do wybudzeniówki i następny już był gotowy do rozpoczęcia znieczulenia w pomieszczeniu przygotowawczym. Wcześniej pielęgniarka zakładała wkłucie, robiła EKG, pomiar ciśnienia i saturacji, żeby było szybko. Jak były jakieś blokady regionalne to przychodził starszy lekarz, zmieniał mnie, ja kłutem blokady, a on wybudzał, żeby nie tracić czasu. Na laryngologii lub urologii potrafiliśmy zrobić nawet 10 krótkich zabiegów. To bardzo dużo. Ręka bolała od pisania kart. Czas pracy i ludzkie zasoby były maksymalnie wykorzystane. Od planowania był menadżer, który odpowiadał tylko za organizację pracy. Gdy widział, że jakaś sala jest wolna, bo np. okazało się, że pacjent tego dnia nie kwalifikował się do zabiegu, od razu szukał kolejnego pacjenta.

Co było warte przeszczepienia na polski grunt?

Obecnie w Szpitalu Wojewódzkim jest bardzo wysoki poziom anestezjologii. Mamy najnowsze respiratory, urządzenia do pomiaru zwiotczenia nerwowo-mięśniowego, a ostatnio zakupiono najnowsze aparaty do oceny bólu za pomocą analizy szerokości żrenicy. Nieliczne szpitale w Niemczech mają aż tak nowoczesne wyposażenie. Prezentujemy też wysoki poziom anestezji regionalnej za pomocą aparatu USG. Nasi rezydenci już od początku są szkoleni w wykonywaniu różnych technik regionalnych. Druga inna kwestia to podejście do komplikacji medycznych. W Polsce cały czas straszą sądami. Komplikacje to temat tabu, nikt nie mówi o tym głośno. Natomiast w Niemczech, był taki zeszyt w szpitalu, w którym spisywaliśmy wszystkie komplikacje anestezjologiczne. Raz na trzy miesiące spotykaliśmy się i omawialiśmy te sytuacje. Jak do nich doszło, czy można było tego uniknąć, co zrobić, gdyby takie sytuacje się powtórzyły. Kiedy na początku zapytałem, czemu mam notować wszystkie powikłania, usłyszałem, że chcą mieć wszystkie komplikacje dokładnie udokumentowane, bo zawód lekarza anestezjologa to zawód związany z komplikacjami i nie może być zastąpiony przez asystentów anestezjologicznych prowadzących znieczulenia. Miałem część własnych komplikacji, część mieli koledzy. Dzięki tym spotkaniom i analizom byliśmy bardzo obeznani w powikłaniach.

Poza tym Niemcy inwestowali dużo czasu w praktyczne wyszkolenie młodych lekarzy. Zwracali uwagę na aspekty manualne, a także mentalne. Pamiętam jak na początku pracy szybko zaintubowałem i Oberarzt (ordynator) zwrócił mi uwagę – czemu tak to szybko robię, czemu mam szybkie ruchy. Powiedział mi, że powinienem wolniej intubować, bo szybkie ruchy imitują nerwowość. Innym razem zmienił mnie na przerwę obiadową i celowo zablokował przewód od kapnografii po czym patrzył na moją reakcję – jak zachowam się, gdy znikną dwutlenek węgla z zapisu monitora. Wcześniej mieliśmy

Streszczenie artykułu

W obecnych czasach grupa pacjentów z dysfunkcjami tarczycy poddawanych znieczuleniu jest bardzo liczna. Według WHO są to już choroby cywilizacyjne. W praktyce anestezjologicznej brakuje jednoznacznych wytycznych dotyczących postępowania okołoperacyjnego u tych chorych. Zabiegi powinny odbywać się w eutyreozie, ponieważ jej brak znacznie zwiększa ryzyko powikłań po zabiegu. Szczególnie dotyczy to jawnej nadczynności tarczycy. W okresie okołoperacyjnym istnieje wówczas ryzyko rozwoju zagrażającego życiu przełomu tarczycowego. Jednak w pilnych przypadkach i z włączonym odpowiednim leczeniem istnieje możliwość realizacji zabiegów operacyjnych. Przed planową operacją zaleca się oznaczenia hormonu tyreotropowego (TSH) u pacjentów, którzy doświadczają objawów klinicznych mogących sugerować nadczynność lub niedoczynność tarczycy, zaburzenia czynności tarczycy wynikające z wywiadu lub jeśli leczono pacjenta w przeszłości (np. po usunięciu tarczycy lub terapii izotopowej chorób tarczycy). Dokonuje się ich również u pacjentów, u których wykryto zmiany strukturalne w tarczycy, lub w przypadku rozpoznania innej choroby autoimmunologicznej. U pacjentów z nieprawidłowym stężeniem TSH zalecane jest oznaczenie poziomu wolnego hormonu tarczycy, tyroksyny (FT4), a w przypadku podejrzenia nadczynności tarczycy, poziomu trijodotyroniny (FT3). Dysfunkcji tarczycy nie rozpoznaje się, gdy prawidłowemu stężeniu TSH w surowicy towarzyszą nieznacznie podwyższone lub obniżone stężenia FT. W takiej sytuacji nie ma potrzeby dalszych badań. Przy takich wynikach operacja może odbyć się w planowanym terminie. Nadczynność tarczycy to stan hipermetabolizmu, który objawia się głównie tachykardią, zaburzeniami rytmu serca, spadkiem masy ciała, wzmożoną potliwością, a także drżeniem mięśni. Natomiast niedoczynność tarczycy to stan hipometabolizmu z wiodącymi objawami takimi jak bradykardia, zmęczenie, senność i nietolerancja zimna.

Wnioski:

Subkliniczna niedoczynność tarczycy (wzrost TSH, FT4 w normie, brak objawów), odroczenie zabiegu operacyjnego nie ma uzasadnienia.

Jawna niedoczynność tarczycy (wzrost TSH, spadek FT4) odroczenie terminu zabiegu do czasu uzyskania eutyreozы.

Jawna niedoczynność tarczycy w razie pilnego zabiegu należy niezwłocznie podać lewotyroksynę, a w przełomie hipometabolicznym rozważyć podanie trijodotyroniny.

Subkliniczna nadczynność tarczycy (spadek TSH, FT4 i FT3 w normie), odroczenie zabiegu operacyjnego nie ma uzasadnienia.

Jawna nadczynność tarczycy w razie pilnego zabiegu należy niezwłocznie podać tiamazol, B-bloker, hydrokortyzon, jodek potasu lub płyn Lugola. Bezwzględnie zakazane jest podawanie NLPZ i aspiryny z powodu wypierania przez nie hormonów tarczycy.

szkolenie z tego zagadnienia. Podczas specjalizacji w Niemczech każą wykonywać wszystkie procedury, aby jak najszybciej zdobyć doświadczenie i ograniczyć dojazd specjalistów z ich domów do szpitala podczas dyżuru pod telefonem. Zaskoczyło mnie również, że gdy zaczynałem specjalizację w Niemczech, rozpoczynał ją także Niemiec – Joachim Denschel. Byłem przekonany, że ze względu na barierę językową – ja będę tylko obserwował, a on będzie wykonywał procedury medyczne – najpierw opanuję język, potem dotknę pacjenta. Myliłem się. Okazało się, że wszystko robiliśmy po równo. Jeśli potrzebowaliśmy czasu, żeby opanować jakąś czynność – po prostu to zgłaszaliśmy i ćwiczyliśmy ją do skutku. To był szpital, w którym można było się bardzo dużo nauczyć. 17 sal operacyjnych, wszystkie oddziały oprócz kardiologii, także anestezjologia dziecięca. Ta wszechstronność dotyczyła nie tylko wiedzy i procedur medycznych. W każdy piątek było także szkolenie, tak zwane Fortbildung, podczas którego każdy z nas, bez wyjątku, zgodnie z kolejnością musiał przygotować prezentację. Trzeba było wybrać temat i przygotować wykład dla pozostałych uczestników.

Duży nacisk na edukację. Doktorat też robił Pan w Hanowerze?

Tak. Doktorat w Niemczech był dla mnie największym wyzwaniem z kilku powodów. Po pierwsze nie pracowałem w placówce Uniwersyteckiej, tylko w dużym Szpitalu Miejskim, gdzie głównym celem było zrobienie jak największej liczby operacji, a nie umożliwienie badań doktoranckich ambitnemu obcokrajowcowi. Samo przeprowadzenie badań dla 101 pacjentów podczas znieczulenia ogólnego, gdzie liczy się każda minuta przedłużająca pobyt na sali operacyjnej, a potem niekończące się poprawki u profesorów, było dla mnie największym wyzwaniem. Czułem, że brakuje mi niemieckiego paszportu. Pamiętam, że gdy zdawałem doktorat w Hanowerze, jako jedyny Polak nie pracujący na Uniwersytecie, to polska sprzątaczką w toalecie rzuciła się z uciskami na mnie słysząc, że idę na obronę do audytorium. Była bardzo dumna ze mnie, zaczęła wydzwaniać do innych sprzątań. To było dla niej bardzo ważne. Nigdy tego nie zapomnę.

Jakie są Pana doświadczenia z pracy w Niemczech?

Jeśli chodzi o doświadczenia pracy z Niemcami, a mam się czym podzielić, bo pracowałem w wielu szpitalach to trzeba stwierdzić, że niemiecki rynek medyczny jest teraz zalany przez obcokrajowców, głównie z krajów arabskich. Uważam, że Ci z którymi co pracowałem byli dobrze wyszkolonymi lekarzami. Znajomość kilku języków obcych była ich atutem. Na pewno nie mieli podobnych dyplomów. Ciekawe było to, że mimo natłoku dyżurów bardzo przestrzegali święta Ramadan i postu, często wyglądając na bardzo wycieńczonych. Zawsze można było z nimi pogadać o nowościach w anestezjologii, bo śledzili je na bieżąco.

Tęskni pan za czymś z Niemiec?

Nie. Polska to wspaniały kraj. Wróciłem ze względu na rodzinę, dzieci. Moje miejsce jest tu. Do Niemiec jeżdżę co jakiś czas do pracy. Często zabieram córkę. Ona przypomina sobie język, a ja zbieram kolejne bezcenne doświadczenia, bo w każdej klinice jest zawsze coś innego. Poza tym nawiązuję naukowe znajomości w pisaniu wspólnych publikacji.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka

Innowacyjne wykorzystanie chirurgii robotycznej

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie wykonano kolejną innowacyjną procedurę.

Dr hab. Tomasz Waśniewski, prof. UWM oraz dr Robert Wojsław zespołowo, jako jedni z pierwszych w Polsce wykonali tzw. wytrzewienie tylne przy wykorzystaniu technik robotowych.

Zabieg polegał na radykalnym usunięciu narządów miednicy mniejszej, w tym macicy, przydatków (jajników i jajowodów), części esicy oraz odbytnicy, a także węzłów chłonnych. Dotychczas rozległość takich procedur wiązała się z dużą ilością powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych. Zdecydowana większość operacji tego typu do tej pory wykonywana była w technikach otwartych, czyli laparotomii. Z dużą utratą krwi, brakiem czystości pola operacyjnego, długotrwałym gojeniem się ran i przedłużonymi hospitalizacjami, koniecznością pooperacyjnych pobytych pacjentek w Oddziałach

Intensywnej Opieki Medycznej. Dane dotyczące operacji otwartych wskazywały, że śmiertelność pooperacyjna waha się od 3% do 5%, a poważne powikłania dotyczą 30–44% pacjentów.

Wykorzystanie technik małoinwazyjnych, a zwłaszcza operacji w asyście robotowej, może znacznie poprawić te wskaźniki.

Pacjentka operowana była z powodu mięsaka trzonu macicy z naciekaniami dystalnym odcinka przewodu pokarmowego. Widząc duże potencjalne korzyści dla chorej, u której radykalne leczenie chirurgiczne było najważniejszym etapem

leczenia zdecydowano się na techniki robotowe. Niesamowita precyzja operacji robotowych, możliwość operowania w onkologicznie czystych marginesach z wykorzystaniem dużych powiększeń i doskonałych wizualizacji systemu, ale przede wszystkim wciąż rosnące doświadczenie naszego zespołu w tego typu procedurach, spowodowały, że stało się możliwe wykonywanie tak rozległych procedur z wykorzystaniem systemu Da Vinci.

Dzięki wykorzystaniu asysty robotowej zabieg wykonano z pięciu kilkumilimetrowych nacięć skóry, co w sposób spektakularny zmniejszyło pooperacyjne dolegliwości bólowe i ilość podanych leków przeciwbólowych. Przyspieszyło to powrót do zdrowia, zmniejszyło ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej, skróciło pobyt w szpitalu. Pacjentka nie wymagała procedur intensywnej opieki medycznej, a w pierwszej dobie pooperacyjnej samodzielnie poruszała się w Oddziale. Dzięki wykorzystaniu technik staplerowskich, które posiada system Da Vinci, udało się zespolić jelito i uniknąć wyonienia stomii.

Zabieg trwał prawie 5 godzin, czyli porównywalnie z operacjami „otwartymi”, a wykonywał go połączony zespół ginekologów onkologów i chirurgów onkologów.

dr hab. n. med. Tomasz Waśniewski, prof. UWM
dr n. med. Robert Wojsław z zespołem

Asysta: Piotr Martyn, dr n. med. Wojciech Zdanowski, Mikołaj Seremak. Anestezjolog: Bogdan Mieszkowski. Instrumentariuszki: Wiktoria Dutczak, Gabriela Głowienka, Paulina Ostrowska



Nowoczesne leczenie arytmii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

Elektroporacja, innowacyjna forma ablacji migotania przedsionków, poprawia dostępność terapii dla pacjentów z całego regionu Warmii i Mazur.

22 maja w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie wykonano pierwszy na Warmii i Mazurach zabieg arytmii leczenia serca metodą elektroporacji. Ablacja pulsacyjnym polem elektrycznym zwana elektroporacją (PFA, Pulsed Field Ablation) jest metodą leczenia arytmii, w tym przede wszystkim migotania przedsionków. Metoda ta polega na tworzeniu mikroubytków (nanoporów) w błonach komórkowych pod wpływem silnego pola elektrycznego (zjawisko elektroporacji) powodującego uszkodzenie błon komórkowych, co ostatecznie prowadzi do martwicy komórek w mechanizmie apoptozy. Specjaliści podkreślają, że ablacja PFA niesie ze sobą znaczące korzyści dla pacjenta takie jak:

- bezbolesny zabieg przebiegający w znieczuleniu ogólnym,
- krótki czas zabiegu powodujący, że w ciągu dnia pracownia może wykonać większą liczbę zabiegów,
- unikalnie korzystny profil bezpieczeństwa i skuteczności.

Podczas zabiegu ablacji operator przez wkłucia dożylnie wprowadza do jam serca elektrody, w tym elektrodę generującą pole elektryczne. Następnie, pod kontrolą zapisów potencjałów z wnętrza serca oraz obserwowanego obrazu RTG, wybiórczo uszkadza wybrane obszary mięśnia sercowego odpowiedzialne za powstanie i podtrzymanie arytmii.

W dniu premierowych zabiegów rozmawialiśmy z lek. med. Mateuszem Tyłło, kierownikiem Pracowni Elektrofizjologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Na czym polega ta procedura?

Procedura polega na powodowaniu wybiórczej, kontrolowanej martwicy wybranych obszarów mięśnia sercowego, a dokładnie ujęć (zwykle

czterech) żył płucnych do lewego przedsionka. Ujęcia żył płucnych z powodu swojej niehomogennej budowy, w skład której wchodzi tkanka mięśniowa z przedsionka oraz tkanka z żył płucnych, często wytwarzają dodatkowe impulsy elektryczne, które u osób z odpowiednią predyspozycją mogą zapoczątkować napady migotania przedsionków.

Na czym polega ten zabieg?

Zabieg polega na wytworzeniu w sposób kontrolowany martwicy w ujściu żył płucnych do lewego przedsionka. W jej efekcie, po kilku tygodniach potrzebnych na wygojenie uszkodzenia, dojdzie do powstania tkanki włóknistej, czyli blizny, która to jest izolatorem nieprzepuszczającym impulsów elektrycznych z rejonu ujęć i żył płucnych do lewego przedsionka. Istnieje kilka metod wytworzenia blizny różniących się rodzajem zastosowanej energii potrzebnej do powstania martwicy wspomnianych poprzednio rejonów. Do tej pory stosowaliśmy jedynie tak zwane metody termiczne. Metody te polegały albo na chłodzeniu rejonu ujęć żył płucnych do lewego przedsionka, czyli tak zwana krioabلاعja balonowa, albo na wybiórczym podgrzaniu powyższego obszaru do temperatury 48°C, powodującym denaturację białka z powstaniem martwicy. Najczęściej stosowaną poprzednio w naszym ośrodku metodą leczenia migotania przedsionków była metoda krioablacji balonowej. Podczas tej procedury operator, po przejściu elektrodą z prawego do lewego przedsionka poprzez nakłucie wykonane w przegrodzie międzyprzedsionkowej, pod kontrolą obrazu rentgenowskiego oraz zapisu z elektrody wychodzącej z balona lokalizował ujęcia żył płucnych. Następnie w ujściu żyły płucnej do lewego przedsionka umieszczał balon,

który napełniał i wykonując pewne manewry starał się zamknąć ujście żyły rozprężonym (napompowanym) balonem. W dalszym przebiegu zabiegu operatorzy potwierdzali szczelność zamknięcia żyły przez podanie za balonem kontrastu, który przy prawidłowym ułożeniu balona powinien zalegać w ujściu żyły. Po potwierdzeniu optymalnego położenia zestawu, przez system przewodów gazowych, wpuszczano do balona podtlenek azotu, który podczas rozprężania (chłodzenie konwekcyjne) wychładzał obszar, do którego przylegał balon do nawet -65°C.

Natomiast metoda ablacji prądem o częstotliwości fal radiowych (RF), która jest u nas również szeroko stosowana, polega na umieszczeniu elektrody ablacyjnej w wybranym przez operatora rejonie ujęcia żyły płucnej do lewego przedsionka i punktowych aplikacjach prądu (punkt po punkcie), tak aby w sposób okrężny wokół żyły wytworzyć szczelną linię aplikacyjną. Podczas obu tych metod sukces zabiegu polegał na wytworzeniu szczelnej i transmuralnej (to znaczy przez całą grubość) blizny od wnętrza przedsionka, do jego zewnętrznej powierzchni.

Dziś podczas zabiegu zastosowaliśmy tak zwaną metodę nietermiczną, czyli ani nie podgrzewaliśmy, ani nie chłodziliśmy rejonu ujęć żył płucnych, tylko w wybiórczy sposób powodowaliśmy uszkodzenie tkanki pogranicza lewego przedsionka i żył płucnych przy pomocy prądu stałego aplikowanego w tak zwanych pulsach, uszkadzających w sposób nieodwracalny błony komórkowe. Metoda ta ma wiele zalet. Przede wszystkim, dzięki precyzyjnemu doborowi parametrów prądu oraz czasu trwania aplikacji minimalizujemy ryzyko uszkodzenia tkanek przylegających do mięśnia sercowego. Wiadomo, że serce nie znajduje się w pustej klatce piersiowej i przylega do różnych struktur ościennych, które mogą ulec uszkodzeniu w wyniku zastosowanej energii. Jak już wcześniej wspominałem, podczas stosowania metod termicznych musimy w sposób trwały uszkodzić przez całą grubość rejon pogranicza lewego przedsionka i żyły płucnej, tak aby powstała blizna obejmująca całą grubość ablowanej struktury. Tylko wówczas zabieg daje dobry, trwały efekt. O ile uszkodzenie, na przykład przylegającej tkanki tłuszczowej znajdującej się wokół serca nie wiąże się z ryzykiem istotnych powikłań, o tyle pewne struktury znajdujące się w klatce piersiowej są szczególnie narażone na uszkodzenie. Przede wszystkim mówimy tu o przełyku, który bezpośrednio od tyłu sąsiaduje z lewym przedsionkiem i o nerwie przeponowym, który często biegnie po powierzchni lewego przedsionka od strony prawych żył płucnych. Uszkodzenie nerwu przeponowego rzadko kiedy ma charakter trwały i zwykle po kilku dniach, do maksymalnie 6 miesięcy powraca przewodzenie w zakresie tego nerwu. Uszkodzenie ściany przełyku wiąże się z bardzo rzadkim (0,01-0,025%), jednak prawie w 100% śmiertelnym powikłaniem, jakim jest przetoka przedsionkowo-przełykowa.





W przypadku zastosowania elektroporacji znacząco ograniczamy takie ryzyko. Jak już wcześniej wspomniano, metoda ta polega na przepuszczaniu w tak zwanych pulsach, ultrakrótkich impulsów elektrycznych o wysokim napięciu do selektywnego niszczenia komórek odpowiedzialnych za arytmie, bez powodowania termicznego uszkodzenia tkanek, w wyniku czego dochodzi do szybkiego otwierania się i zamykania kanałów jonowych powodującego powstanie nanoporów, czyli mikroubytków w błonach komórkowych. Uszkodzenie błon komórkowych powoduje tak zwane zjawisko apoptozy, czyli martwicy, co ostatecznie powoduje wytworzenie blizny, która stanowi izolator elektryczny pomiędzy żyłami płucnymi, a lewym przedsionkiem uniemożliwiający przewodzenie impulsów elektrycznych, przyczyniających się do zainicjowania migotania przedsionków. Dzięki precyzyjnemu doborowi parametrów aplikowanego prądu metoda ta pozwala w sposób wybiórczy uszkadzać tkankę mięśniową bez uszkodzania tkanek ościennych. Kolejną ważną różnicą pomiędzy technikami termicznymi,

a PFA jest sam mechanizm uszkodzenia tkanek. W odróżnieniu od wszystkich źródeł energii termalnej, prowadzących do martwicy komórek, nieodwracalna elektroporacja uruchamia naturalny mechanizm śmierci komórki, jakim jest apoptoza. Efektem tego jest jednorodny obszar blizny, bez charakterystycznych dla ablacji RF mikrokrywków, nacieków limfocytarnych, mikrozakrzepów w drobnych naczyniach oraz uszkodzeń endothelium.

Dlaczego jest to metoda polecana dla osób, które są aktywne fizycznie, dla sportowców?

Dlatego, że jak wcześniej wspomniałem, uszkadzając w sposób termiczny mięsień sercowy, a precyzyjnie mówiąc – lewy przedsionek, możemy uszkodzić również struktury przylegające do lewego przedsionka, w tym również zwoje autonomicznego układu nerwowego oraz tak zwany neuron zazwojowy odchodzący od tego zwoju. Autonomiczny układ nerwowy, inaczej zwany układem wegetatywnym, to część układu nerwowego, która kontroluje funkcje niezależne od naszej woli, takie jak bicie

serca, oddychanie czy trawienie. Układ ten składa się z części współczulnej i przywspółczulnej, które działają antagonisticznie, aby utrzymać równowagę w organizmie. W wyniku uszkodzenia neuronu zazwojowego powodujemy zaburzenia równowagi pomiędzy poszczególnymi ramionami na korzyść części przyspieszającej czynność serca, co w populacji osób aktywnych fizycznie, może powodować spadek tolerancji wysiłku spowodowany szybszym osiągnięciem limitu tętna. Oczywiście, w pewnej ograniczonej populacji, efekt przyspieszenia czynności serca może być korzystny, na przykład u starszych osób z migotaniem przedsionków i bradykardią, jednak elektroporacja nie jest metodą dedykowaną tej grupie chorych.

Jak dużym problemem jest migotanie?

Migotanie przedsionków jest dużym problemem. Częstość jego występowania podwoiła się w ciągu ostatnich 50 lat na skutek starzenia się populacji. Zaburzenie to wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych w postaci zgonów, udarów mózgu, incydentów zatorowości obwodowej, niewydolności serca oraz hospitalizacji. Oczywiście w młodej populacji migotanie występuje mniej więcej u 0,5% populacji, czyli raz na 200. Natomiast wraz z wiekiem ostatek ten rośnie. U pacjentów w grupie 80 lat plus występuje już u 15% populacji. Biorąc pod uwagę starzenie się populacji, problem migotania przedsionków będzie narastał.

Czy możemy powiedzieć, że jest to zabieg ratujący życie?

W większości przypadków jest to zabieg poprawiający jakość życia. Zabiegiem wydłużającym życie, jest on tylko w wybranej grupie pacjentów, mających niewydolność serca, u których doszło do uszkodzenia serca w mechanizmie tachyarytmii, co udowodniły badania kliniczne. Nie znaczy to, że zabieg ten nie powoduje poprawy naszego zdrowia gdyż ablacja poprawia jakość życia oraz zmniejsza ilość hospitalizacji spowodowanych nawrotami arytmii. Badania wskazują, że migotanie przedsionków jest związane ze zwiększonym ryzykiem demencji, w tym choroby Alzheimera, a pacjenci z tym schorzeniem mogą być dwukrotnie bardziej narażeni na wystąpienie demencji. Pacjenci bez migotania przedsionków są bardziej wydolni fizycznie i mają większy komfort korzystania z życia. Dzięki zabiegowi ablacji i ustąpieniu arytmii chorzy mają też mniejsze poczucie lęku związane z ryzykiem nawrotu, który jest również bardzo dużym problemem.

Z drugiej strony nie możemy zapomnieć, że o ile samo migotanie przedsionków głównie wpływa na jakość życia, o tyle powikłania z nim związane, w tym przede wszystkim udar niedokrwienny mózgu, mogą być śmiertelne.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka

Zabiegi ablacji wykonywane są w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie od 19 lat, a sama pracownia jako samodzielna jednostka istnieje od ponad dekady. Liczba przeprowadzanych zabiegów systematycznie rośnie. W 2024 roku wykonano 245 ablacji, z czego największą grupę stanowiły zabiegi dotyczące migotania przedsionków – 123 procedury. Od kilku lat obserwowany jest stały wzrost liczby procedur związanych z leczeniem migotania przedsionków. W odpowiedzi na rosnące potrzeby pacjentów pojawiła się konieczność wprowadzenia do oferty szpitala nowoczesnej metody ablacji z wykorzystaniem elektroporacji. Do końca bieżącego roku planowane jest przeprowadzenie około 30 zabiegów ablacji migotania przedsionków tą techniką, co znacząco zwiększy dostępność leczenia dla pacjentów z Warmii i Mazur. Dotychczas, aby skorzystać z tej metody, musieli oni szukać pomocy w ośrodkach znajdujących się w sąsiednich województwach. Oprócz zabiegów z użyciem elektroporacji, szpital nadal będzie wykonywał i doskonalił ablacje przy zastosowaniu dotychczas stosowanych metod: krioablacji oraz ablacji prądem o częstotliwości fal radiowych. Techniki te pozostają skuteczne w leczeniu wybranych grup pacjentów oraz w terapii innych zaburzeń rytmu serca, niezwiązanych z migotaniem przedsionków.

Diagnosta laboratoryjny – cichy bohater medycyny

Za każdą diagnozą, za każdą decyzją lekarską stoi ktoś, kogo często nie widać. Diagnostów laboratoryjnych są cichymi bohaterami medycyny. Bez diagnostyki nie byłoby diagnozy, bez diagnozy nie ma leczenia. O tym przypominaliśmy 27 maja, w Dniu Diagnosty Laboratoryjnego. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie diagnostów laboratoryjnych pracujących w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym, Zakładzie Patomorfologii, Zakładzie Bakteriologii oraz w Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej.

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne – o specyfikę tego zakładu pytamy Annę Szumowską, kierownik Medycznego Laboratorium Diagnostycznego:

Anna Szumowska: Zawód diagnosty laboratoryjnego reguluje ustawa o medycynie laboratoryjnej z dnia 15 września 2022 roku. Jako diagnostów laboratoryjnych mamy swój samorząd zawodowy, Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych (KIDL), która zrzesza i reprezentuje około 18 000 diagnostów laboratoryjnych, z czynnym prawem wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego z całego kraju. KIDL pełni funkcję nadzoru nad wykonywaniem czynności diagnostyki laboratoryjnej i reprezentuje interesy zawodowe swoich członków.

W zespole naszego laboratorium mamy pracownika z mandatem członka Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, dzięki czemu możemy na bieżąco śledzić procesy przemian dotyczące naszej grupy zawodowej.

Jakie macie możliwości rozwoju?

Jako diagnostów laboratoryjnych mamy możliwość rozwoju naukowego oraz kształcenia specjalizacyjnego w trzynastu dziedzinach. Najczęściej wybieraną specjalizacją jest specjalizacja ogólna, w obszarze laboratoryjnej diagnostyki medycznej. Pozostałe dostępne dziedziny kształcenia specjalizacyjnego to: laboratoryjna transfuzjologia medyczna, laboratoryjna hematologia medyczna, laboratoryjna genetyka medyczna, mikrobiologia medyczna, laboratoryjna immunologia medyczna, laboratoryjna genetyka sądowa, laboratoryjna

toksykologia medyczna, laboratoryjna toksykologia sądowa, laboratoryjna parazytologia medyczna, cytomorfologia medyczna, epidemiologia, zdrowie publiczne.

Pracujecie 7 dni w tygodniu, w jakim zespole?

W Medycznym Laboratorium Diagnostycznym zatrudnionych jest 14 diagnostów laboratoryjnych, przy czym należy podkreślić, że cały zespół laboratorium stanowi 25 osób. Siedmiu diagnostów laboratoryjnych posiada tytuł specjalisty, jedna osoba przygotowuje się do egzaminu specjalizacyjnego, a dwie osoby są w trakcie kształcenia specjalizacyjnego. Dwóch diagnostów laboratoryjnych naszego laboratorium posiada tytuł naukowy dr n. med., w tym jeden z pracowników prowadzi okresowo zajęcia dydaktyczne z zakresu medycyny laboratoryjnej ze studentami medycyny (zarówno polsko- jak i anglojęzycznych) Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Nie wszyscy mają świadomość skali wykonywanych przez was badań...

Zespół Medycznego Laboratorium Diagnostycznego odpowiada za całodobowe wykonywanie ok. 105 tysięcy badań miesięcznie – pacjentom ambulatoryjnym, szpitalnym oraz z Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. Tak duża dynamika pracy wymaga od nas dobrej organizacji, dużej czujności i stałej współpracy z personelem medycznym

Diagnostom laboratoryjnym z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie poświęcono kilka fraszek, które wyszły spod pióra Józefa Puchajdy, męża Agnieszki Sikory-Puchajdy, wieloletniej pracownicy Medycznego Laboratorium Diagnostycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

„Wspomnienie pipety”

Dyżurująca analityk wstała w nocy z kożety,
Aby zrobić badania za pomocą pipety.
Gdy poczuła w gardle surowicę,
Spurpurowiały jej lice.
Przez ciało przechodziły jej dreszcze
I pociągnęła łyk jeden jeszcze.

„Testosteron”

Miał niski testosteron pan Makary,
Pomimo, że nie był taki stary.
I choć kobiety interesowały go,
to nie wiedział dlaczego.

„Ponętna pacjentka”

Estradiolu miała mało, podwyższone TSH,
Cała morfologia była zła.
Za to budziły podziw szczerzy
Jej ponętne cztery litery.

„Zwierzęco piękna i jej smutny koniec”

Prężyla się jak tygrysica, wiało od niej grozą,
Bo zaraziła się toksoplazmozą.
Było bardzo złe,
Bo pojawił się ponadto cytomegalowirus G
Oraz brak witamy D.
Diagnosta wywnioskował, by w zaistniałej sytuacji
Trzymano pacjentkę od mężczyzn w izolacji.

„Toast”

Wznośmy toast za zdrowie,
Pamiętając przysłówie.
Nigdy nie jest tak źle,
By nie mogło być wyższe GGTP.



szpitala oraz innymi pracownikami komórek organizacyjnych szpitala.

Znaczną część naszej codziennej pracy stanowi nadzór nad jakością badań, dzięki czemu mamy pewność co do wiarygodności wydawanych wyników. W tym celu wykonujemy codzienną wewnątrzlaboratoryjną kontrolę jakości badań i okresowo poddajemy się kontroli zewnątrzlaboratoryjnej. O jakości naszych badań świadczą uzyskiwane certyfikaty jakości o randze krajowej i międzynarodowej, gdzie uzyskujemy bardzo wysokie noty.

Mamy 8 pracowni diagnostycznych, gdzie każdego dnia wykonujemy badania o różnym profilu – od podstawowych do wysoko specjalistycznych. Bardzo dynamiczna praca odbywa się także w Punkcie Pobrań przy Medycznym Laboratorium Diagnostycznym, gdzie dziennie obsługujemy ok. 200 – 250 pacjentów. W weekendy i święta ta liczba oscyluje wokół 100 – 120 osób – to sporo, biorąc pod uwagę pracę dyżurową.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka

Konferencja naukowo-szkoleniowa z okazji Dnia Diagnostyki

30 maja 2025 r. w Olsztynie odbyły się obchody Dnia Diagnostyki Laboratoryjnej. W konferencji, wzięło udział 130 diagnostów z województw warmińsko-mazurskiego i podlaskiego. Spotkanie zorganizowały członkinie VI Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych:

- mgr Iwona Kowalczyk z Katedry Psychologii i Socjologii Zdrowia (kierownik Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej i Banku Krwi w Warmińsko – Mazurskim Centrum Chorób Płuc w Olsztynie),
- mgr Lidia Błażkiewicz (Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie),
- przedstawiciele Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych z województwa podlaskiego.



Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej



Lena Rams

Pani doktor, jaka jest rola waszej pracowni?

Badania, które wykonujemy w pracowni immunologii transfuzjologicznej przede wszystkim służą bezpieczeństwu hemoterapii, czyli leczenia krwią. Pracownia zabezpiecza

całodobowe zapotrzebowanie oddziałów szpitalnych na krew i jej składniki. Owszem, wykonujemy także badania pacjentom ambulatoryjnym, którzy wymagają oznakowania grup krwi, czy też prowadzenia profilaktyki w układzie ABO i RH, co jest bardzo istotne w przypadku przyszłych mam.

Czy w takiej pracowni jak Wasza, procedury bezpieczeństwa są szczególnie istotne?

Oczywiście bardzo istotną sprawą jest sprzęt wysokiej jakości, automatyzacja, która pozwala na wyeliminowanie reakcji nieswoistych, a tym samym zwiększyć bezpieczeństwo wydawanych wyników.

Najważniejszą sprawą jest personel, który musi być bardzo dobrze wyszkolony, ponieważ spoczywa na nim ogromna odpowiedzialność, bo wydany wynik np. próby zgodności nie da się poprawić. On musi być prawidłowy – od tego zależy życie pacjenta.

Czego Pani sobie życzy z okazji Dnia Diagnostyki?

Mamy fajny sprzęt i załogę wyszkoloną na najwyższym poziomie. Panie są bardzo oddane swojej pracy. Jedyne czego nam brakuje to troszeczkę oddechu, czyli większych pomieszczeń, szczególnie dla banku krwi.

Czy to ważne, biorąc pod uwagę liczbę wykonywanych procedur?

Tak. W ciągu doby wykonujemy około 200 badań, więc można łatwo obliczyć. Rocznie przetwarzamy w naszym szpitalu prawie 10 tysięcy jednostek krwi. Czyli rocznie wychodzi 35 ponad tysięcy badań.

Bez Was szpital nie mógłby wykonywać wielu procedur, prawda?

Bez nas, bez skrzyżowanej i zabezpieczonej krwi, bez oznaczenia grupy krwi żaden zabieg operacyjny nie mógłby się odbyć.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka



W Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej zatrudnieni są diagnosty laboratoryjni i technicy analityki medycznej, odpowiedzialni za:

- oznaczanie grupy krwi
- wykrywanie przeciwciał do antygenów krwinek czerwonych
- wykonywanie próby zgodności przed przetoczeniem krwi
- diagnostykę konfliktu matczyno-płodowego w układzie ABO
- całodobowe zapewnianie zaopatrzenia oddziałów w krew i jej składniki

Diagnosta laboratoryjny w Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej pełni kluczową rolę w zapewnieniu bezpieczeństwa przetaczania krwi. Dzięki tej pracy możliwe jest uniknięcie groźnych powikłań poprzetoczeniowych. Ich rola jest istotna dla ratowania życia pacjenta w sytuacjach pilnych przetoczeń krwi przy masowych krwotokach. To oni decydują o rodzaju krwi jaka zostanie przetoczona, minimalizując ryzyko powikłań poprzetoczeniowych, będąc integralną częścią zespołu ratującego życie pacjenta.

Ich praca często odbywa się w cieniu Pracowni, lecz jej skutki odczuwane są na blokach operacyjnych i oddziałach szpitalnych.



Zakład Patomorfologii

Diagności Laboratorijni, którzy na co dzień zmagają się z wyzwaniami związanymi z szeregiem działań Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie swoje zatrudnienie odnaleźli również w Zakładzie Patomorfologii. Obecnie Zakład zatrudnia dwunastu pracowników na stanowisku młodszego asystenta w tym sześciu diagnostów laboratoryjnych, którzy swoją wiedzę oraz doświadczeniem wspierają pracę jednostki, a ciągłe podnoszenie kwalifikacji pozwala im na zdobywanie dodatkowych umiejętności, którymi chętnie się dzielą.

Zakres obowiązków całego zespołu - w tym również diagnostów laboratoryjnych - obejmuje wszystkie etapy mające kluczowe znaczenie dla prawidłowego wykonania badania histopatologicznego włączając w to monitorowanie oraz nadzór nad prawidłowym jego przebiegiem. Codzienna

praca Zakładu jest wieloetapowa i aby uzyskać końcowy rezultat jakim jest postawienie przez lekarza patomorfologa rozpoznania patomorfologicznego młodszy asystent w tym diagnosta laboratoryjny opracowują samodzielnie oraz asystując lekarzom uczestnicząc w opracowywaniu wstępnym materiału tkankowego. Dokładają wszelkich starań, wykorzystując swoje doświadczenie, wiedzę oraz dostępny specjalistyczny sprzęt, aby z powstałego bloku parafinowego uzyskać wysokiej jakości preparat mikroskopowy. Do czynności diagnostów laboratoryjnych w Zakładzie należy również wykonywanie badań techniką immunohistochemiczną oraz histochemiczną dzięki którym możliwa jest wizualizacja konkretnych struktur, substancji. Umożliwia to ocenę stopnia ekspresji białek w tkance oraz komórce, dzięki czemu możliwe jest między innymi potwierdzenie typu histologicznego nowotworu i - w szczególnych



przypadkach - określenie możliwej odpowiedzi na leczenie. Wieloetapowość pracy w Zakładzie obejmuje również realizację zleceń z zakresu biologii molekularnej w zakresie wykrywania mutacji w genach mających znaczenie w procesie nowotworzenia, których obecność lub brak dostarcza informacji niezbędnych do wdrożenia odpowiedniego leczenia lub poszerzenia diagnostyki onkologicznej. W Zakładzie istnieje również pracownia cytologiczna, w której dwóch wyspecjalizowanych diagnostów laboratoryjnych dokonuje oceny preparatów z zakresu cytologii ginekologicznej.

Zapewnienie wysokiej jakości wykonywanych badań w Zakładzie Patomorfologii jest możliwe dzięki podnoszeniu kwalifikacji zawodowych pracowników. Dopiero niedawno stworzono szansę dla wielu, w tym dla diagnostów do odbycia kursu doszkalającego dzięki któremu możliwe jest uzupełnienie oraz usystematyzowanie wiedzy z zakresu pełnienia obowiązków na stanowisku histotechnologa.

Wieloletnie zaangażowanie całego zespołu w codzienną pracę Zakładu, stawianie czoła codziennym wyzwaniom zaowocowało uzyskaniem Akredytacji Ministerstwa Zdrowia dotyczącej spełnienia standardów akredytacyjnych dla jednostek diagnostyki patomorfologicznej oraz otrzymaniem Licencji Polskiego Towarzystwa Patologów o III stopniu referencyjności.

Paulina Ingram

Zakład Bakteriologii

Zakład Bakteriologii wykonuje diagnostykę zakażeń bakteriologicznych, wirusologicznych i grzybiczych oraz bierze udział w kontroli zakażeń szpitalnych. Głównym celem badania mikrobiologicznego jest identyfikacja chorobotwórczych drobnoustrojów, określenie profilu wrażliwości na antybiotyki, wykrycie genów i mechanizmów oporności, co umożliwia wdrożenie celowanego leczenia i skrócenie czasu hospitalizacji pacjenta.

Hodowle drobnoustrojów prowadzone są na wysokiej jakości podłożach bakteriologicznych, dających bardzo dużą szansę na wyhodowanie najbardziej wymagających drobnoustrojów. Zakład Bakteriologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie to nowoczesne laboratorium mikrobiologiczne.

Posiada wysokiej jakości aparaturę, służącą do wykonywania badań bakteriologicznych m.in.:

- Spektrometr masowy MALDI Biotyper sirius - nowatorska metoda identyfikacji drobnoustrojów w technologii MALDI-TOF poprzez pomiar unikatowych białek,
- FilmArray - badania oparte o metody biologii molekularnej w diagnostyce objawowej,
- BACT ALERT VIRTUO - wysoce efektywna technologia hodowli krwi, PMR i innych płynów ustrojowych

w jednym całkowicie zautomatyzowanym systemie,

- GeneXpert Cepheid - aparat do wykrywania genów oporności bakterii,
- Vitek 2 - automatyczny system do identyfikacji i określania lekowrażliwości drobnoustrojów.

Badania bakteriologiczne wykonywane są na podłożach, testach i aparaturze z certyfikatami jakości. Metodyka i interpretacja wyników posiewów oparta na aktualnych wytycznych EUCAST, KORLD, CLSI.

Uzyskane pozytywne wyniki w sprawdzianach międzylaboratoryjnych, miły i sumienny personel stale podnoszący swoje kompetencje, innowacyjne metody diagnostyki mikrobiologicznej zapewniają uzyskanie szybkiego, dokładnego, użytecznego i wiarygodnego wyniku badania.

Zakład Bakteriologii posiada Certyfikat Wiarygodności Badań w Mikrobiologii Polmicro wydawany co roku przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej, Certificate of Participation wydany przez ECDC, NEQAS, oraz Certificate Labquality.

Monika Jasińska



Międzynarodowy Tydzień Godnego Porodu

„Plan porodu – poznaję moje potrzeby i prawa”

W dniach 21-22 maja 2025 roku po raz pierwszy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie odbyły się obchody V Międzynarodowego Tygodnia Godnego Porodu pod hasłem „Plan porodu – poznaję moje potrzeby i prawa”, organizowane pod patronatem Fundacji Rodzić po Ludzku.



Wydarzenie miało na celu promowanie godnych, świadomych i bezpiecznych warunków porodu, a także edukację kobiet w ciąży, ich partnerów oraz pracowników medycznych w zakresie praw pacjentki i standardów opieki okołoporodowej. W trakcie spotkania zorganizowano szereg bezpłatnych spotkań, warsztatów i konsultacji dla kobiet w ciąży, młodych mam oraz personelu medycznego. Wśród najważniejszych punktów programu znalazły się: warsztaty edukacyjne prowadzone przez położne, doradczynie laktacyjną, fizjoterapeutki oraz dietetyczki kliniczne. Tematyka obejmowała przygotowanie do porodu i połogu, karmienie piersią, opiekę nad noworodkiem oraz odżywianie w okresie okołoporodowym. Prowadzone przez położne spotkania dotyczyły znaczenia planu porodu jako narzędzia komunikacji między rodzącą a personelem medycznym. Uczestniczki mogły dowiedzieć się, jak przygotować swój indywidualny plan porodu i na co zwrócić szczególną uwagę. Miały też miejsce spotkania informacyjne o prawach kobiet rodzących. Specjalistki z zakresu opieki okołoporodowej przedstawiły aktualne standardy opieki okołoporodowej i odpowiedziały na pytania dotyczące m.in. możliwości wyboru pozycji porodowej, obecności osoby towarzyszącej czy skorzystania

z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego. W ramach Dnia otwartego Bloku Porodowego przyszli rodzice mogli zapoznać się z infrastrukturą oddziału, porozmawiać z personelem i dowiedzieć się, jak wygląda ścieżka pacjentki od przyjęcia do porodu. Spotkania cieszyły się dużym zainteresowaniem, a uczestnicy wyrażali swoje zadowolenie z możliwości uzyskania rzetelnych informacji i bezpośredniego kontaktu z zespołem medycznym. Tydzień Godnego Porodu w Szpitalu Wojewódzkim w Olsztynie był ważnym krokiem w kierunku poprawy jakości opieki okołoporodowej oraz budowania świadomości wśród przyszłych rodziców. Współpraca z Fundacją Rodzić po Ludzku zaowocowała wartościowym programem, który spotkał się z pozytywnym odbiorem zarówno pacjentek, jak i personelu. Szpital planuje kontynuować tego typu inicjatywy w kolejnych latach, wychodząc naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom kobiet rodzących. Tydzień Godnego Porodu w Olsztynie był przykładem dobrej praktyki w zakresie budowania mostów między personelem medycznym a pacjentkami oraz promowania modelu porodu, w którym kobieta jest aktywnym podmiotem, nie biernym odbiorcą usług.

Jowita Dubel



Jesteśmy pierwsze przy pacjentkach

O tegorocznej inicjatywie „Tydzień Godnego Porodu” rozmawiamy z Sylwią Kowską - Położną



Pani Sylwio, na czym polega ta inicjatywa?

Tydzień Godnego Porodu jest inicjatywą „Fundacji Rodzić po Ludzku”. Co roku poruszane są różne tematy dotyczące porodów. W tamtym roku był to koktajl hormonów, w tym – plan porodu.

Na ile miałyście autonomię? Mogłyście same coś zaplanować, wytyczne płynęły z Fundacji?

Wytyczną Fundacji był temat przewodni, czyli w tym roku plan porodu. Cała inicjatywa i to, co chciałyśmy przedstawić pacjentkom, należało do nas. To był nasz pomysł, tu już Fundacja nie ingerowała. Tematy, które zaproponowałyśmy wydawały nam się najbardziej korzystne i interesujące dla pacjentek. O nie najczęściej pytają. Są to na przykład naturalne metody łagodzenia bólu czy dieta. Dlatego zorganizowałyśmy spotkanie z dietetyczkami z naszego szpitala, które opowiedziały o mikrobiocie. Poza tym była prezentacja planu porodu, metod rehabilitacji i fizjoterapii pacjentek po porodzie naturalnym, ale i po cięciu cesarskim. Często mówimy o tym, jak przygotować się do porodu naturalnego, o tym jest głośno, ale nie mówimy o pacjentkach, które przygotowują się do planowego cięcia cesarskiego, one też muszą wiedzieć co dalej. Było też spotkanie z naszą certyfikowaną doradczynią laktacyjną, bo w tym temacie zawsze jest bardzo dużo pytań.

Zorganizowałyśmy też spotkanie z fizjoterapeutką neonatologiczną, która pracuje na oddziale neonatologii.

Jakie pytania zadają pacjentki?

Przeróżne! Było mnóstwo pytań. Oczywiście sporo dotyczących planu porodu. Dużo planów porodu krąży w internecie i pacjentki chciały je zweryfikować. Dużo rzeczy trzeba wyjaśniać. Ja np. często wspominam o chwycie Kristellera – Pacientki nazywają to „wyciskaniem dziecka z brzucha”. Uspokajamy je i tłumaczymy, że taka praktyka nie jest stosowana.

Pacientki pytają też o laktację. Jak stymulować, co zrobić, żeby jej nie zahamować i tak dalej. Sporo było pytań związanych już z noworodkiem, dlatego strzałem w dziesiątkę było spotkanie z fizjoterapeutką noworodkową, która dużo czasu poświęciła temu by pokazać Paniom jak dziecko obracać, jak przekładać, jak prawidłowo podnosić. Pokazała też swoje triki – tajniki, które stosuje na co dzień.

Nie zaskoczyła was frekwencja? Przez dwa dni zajęć była pełna sala.

Szczerze mówiąc, nie spodziewałyśmy się aż tak dużego odzewu. To jednak wyraźny sygnał, że takie spotkania są potrzebne. Widzimy też, że pacjentki są coraz bardziej świadome – chcą wiedzieć więcej i oczekują, od nas tej wiedzy. Uczestniczą w szkołach rodzenia, zadają pytania położnym środowiskowym, aktywnie poszukują wiedzy.

Z naszej strony staramy się uwrażliwiać je na to, jak ważne jest czerpanie informacji z wiarygodnych źródeł – nie z Instagrama, Facebooka czy pojedynczych rolek wyrwanych z kontekstu. Niestety, wciąż trafia do nas wiele wystraszo-



nych pacjentek, które naczytały się niepokojących treści w internecie. To jest najbardziej niepokojące – bo często są to młode kobiety, które przez dezinformację zaczynają się po prostu bać.

Jakie strachy musiałyście rozbrajać?

Bardzo często pacjentki pytają o nacięcia krocza. Tłumaczymy, że przez ostatnie lata bardzo się to zmieniło. W porównaniu do czasów, gdy zaczynałam pracę, ten odsetek bardzo się zmniejszył i to nie tylko jest inicjatywą naszą – położnych, ale też lekarzy pracujących na oddziale.

To będzie pytanie niemedyczne, ale z tych komentarzy, które się pojawiały pod Waszymi postami i relacjami, czuć więź, którą pacjentki mają z położnymi. Czy jest tak że ona trwa także po ich powrocie do domu?

Są pacjentki, które już po powrocie znajdują nas dzięki mediom społecznościowym i nawiązują taki ponowny kontakt. Sama jestem w kontakcie z kilkoma takimi paniami, które gdzieś mnie znalazły. Raz na jakiś czas wysyłają zdjęcia dziecka. Są też porody, które się szczególnie pamięta. Aż mam gęsią skórę, bo od razu mam przed oczami jedną Panią, która zawzięcie mnie szukała – znalazła na Instagramie, pytała czy ją pamiętam. To była taka pacjentka i taki poród, że naprawdę trudno zapomnieć. Jeżeli my widzimy tę potrzebę więzi ze strony pacjentki, to i z naszej strony ta więź się automatycznie buduje. Nie każda z pacjentek tego potrzebuje. Nie każda ma potrzebę takiego oddania się, zupełności, poczucia, że my jesteśmy teraz dla siebie.

Nie wiem czy dobrze to tłumaczę, ale bardzo duża część pacjentek przychodząc na trakt porodowy ma takie poczucie, że ja jestem teraz dla Pani, Pani jest dla mnie i tworzymy zespół, z partnerem czy z osobą towarzyszącą. Bo nie zawsze ojciec dziecka musi towarzyszyć w porodzie.

Poza tym proszę pamiętać, że my jesteśmy szpitalem trzeciego stopnia referencyjności. Wiele ciężarnych, spędza długie tygodnie i miesiące w szpitalu. Najpierw na oddziale patologii ciąży, następnie trafiają do nas na trakt porodowy, później jeszcze spędzają na przykład tydzień na oddziale położniczym. My te pacjentki widzimy miesiącami, one nie traktują nas tylko jak personel medyczny.

To pomaga czy przeszkadza w pracy?

Pomaga w budowaniu zaufania, pomaga w budowaniu poczucia bezpieczeństwa, ale jest obciążające, bo im bardziej się angażujemy, tym większe jest ryzyko, że to trzeźwe myślenie się wyłączy, więc trzeba się pilnować. Z drugiej strony daje kobiecie rodzącej poczucie bezpieczeństwa, poczucie więzi i przynależności. Ona czuje, że nie jest kolejną jednostką, a my czujemy, że ktoś obdarzył nas ogromnym zaufaniem.

Jak zmieniała się rola położnej na przestrzeni ostatnich lat?

Położna to samodzielny zawód. Mamy swoją decyzyjność i stanowimy integralną część zespołu.



Jakie porody się pamięta?

Pamiętam porody wyjątkowo fajne, sympatyczne, gdzie pacjentka była współpracująca, gdzie partner był bardzo zaangażowany, gdzie później pojawiały się łzy szczęścia. Pamiętam pacjentkę, która bała się znieczulenia zewnątrzoponowego i zaproponowaliśmy jej gaz wziewny. Po tym gazie wchodzę na salę i widzę panią siedzącą na tym łóżku, jedzącą surowego ogórka, bo akurat naszła ją ochota, mówiącą, że „Teraz to jest jej tak dobrze!”, ale pamiętam też porody trudne i z komplikacjami. One cały czas siedzą gdzieś z tyłu głowy i wywołują niepokój, czy taka sytuacja się nie powtórzy.

Z jakim nastawieniem podchodzi Pani do porodu? Bojowo czy wspierająco?

Generalnie, raczej wspierająco, ale to też zależy od sytuacji. Trzeba wylać co i czego pacjentka potrzebuje w konkretnym momencie. Niektóre pacjentki bardzo potrzebują wsparcia, przytulenia, przyzwolenia na to, żeby się rozczulić, ale są pacjentki, które potrzebują zadaniowości, etapowania działań: teraz będziemy robić to i to, za chwilę będziemy robić to i to, więc musimy być dość mocno elastyczne.

Pacjentki wciąż boją się porodu?

Boją się. Jakbyśmy nie przekonywali, co byśmy nie zrobili, to pewnie będą się bać, ale trochę te strachy osławiamy. Stąd też te inicjatywy, które pokazują prawdę. Owszem – poród boli, ale są formy łagodzenia bólu, do których dostęp chcemy pacjentkom umożliwić.

Lubi Pani swoją pracę?

Bardzo. Lubię poczucie samodzielności, kontakt z człowiekiem. Jak przyszedł do pracy 10 lat temu, a nawet wcześniej – zanim poszłam na studia, byłam osobą, która potrzebowała czasu, aby nawiązać z kimś kontakt, relację. Na pewno nie rozmawiałabym z Panią w ten sposób. Ta praca mnie otworzyła. Nauczyła tego, że otwartość jest ważna, ważny jest kontakt z drugim człowiekiem. Dała mi poczucie sprawczości i samodzielności. Przecież my każdego dnia robimy coś innego. To nie jest praca, którą można zaplanować. Bywa, że jest wyczerpująca, oczywiście, ale plusów jest zdecydowanie więcej.

Co Pani czuje, jak trzyma Pani nowo narodzone dziecko na rękach?

Współodczuwanie. To jest takie uczucie, którego nie da się opisać. Ciepło, miłość i wzruszenie. Po prostu szczęście. Pamiętam, jak urodziłam swojego syna, to co ja czułam, to był przede wszystkim ten niesamowity zapach. Teraz często widzę, że pacjentki mają podobnie. Jak kładziemy im malucha na brzuchu, mówią: „Ale pachnie!”. To coś, co trudno opisać – to trzeba poczuć. To jest piękny moment, nie do opisania. Moja mama zawsze mówi, że to jest chwila, której nie można sobie wyobrazić, a my jesteśmy pierwszymi, które mają okazję to poczuć. No i taka jest prawda. Jesteśmy pierwsze przy pacjentkach.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka



Maj należy do Pielęgniarek i Położnych

Maj to wyjątkowy miesiąc dla zawodów pielęgniarskich – 5 maja obchodzimy Międzynarodowy Dzień Położnej, 8 maja Dzień Polskiej Położnej, a 12 maja – Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki, w rocznicę urodzin Florence Nightingale, prekursorki nowoczesnego pielęgniarstwa. To czas, w którym dziękujemy tym, którzy codziennie troszczą się o zdrowie i bezpieczeństwo pacjentów – w szpitalach, poradniach, domach i podczas opieki długoterminowej.

Na Warmii i Mazurach pracuje obecnie 11170 pielęgniarek i 1286 położnych, z czego około 7 500 zatrudnionych jest w sektorze publicznej ochrony zdrowia. Dzięki dynamicznym zmianom w systemie edukacji i licznych programom rozwojowym, zawód pielęgniarki i położnej staje się coraz bardziej atrakcyjny – nie tylko jako powołanie, ale też realna ścieżka kariery. W naszym regionie funkcjonują m.in. studia licencyjne i magisterskie na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim, zaawansowane kursy specjalistyczne (m.in. anestezjologia, opieka paliatywna, pielęgniarstwo rodzinne), a także programy dofinansowania szkoleń z funduszy europejskich i Ministerstwa Zdrowia.

Wyróżnienia dla liderów opieki

8-go maja odbyły się obchody wojewódzkiego Dnia Pielęgniarek i Położnych. Jak co roku, wręczono wyróżnienia za szczególne zasługi dla rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w regionie. Przedstawicielkom tego zawodu dziękował wojewoda Radosław Król

„Pielęgniarstwo i położnictwo to służba człowiekowi – od pierwszego krzyku życia po ostatni oddech. To zawody pełne odpowiedzialności, których nie da się wykonywać bez serca. Dziękujemy za codzienne serce na dłoni, za

prawdziwą obecność w chwilach najtrudniejszych i najbardziej przełomowych”

W czasie uroczystości wojewoda wręczył ponad 60 odznaczeń, w tym Krzyże Zasługi, medale za długoletnią służbę, resortowe odznaki „Za zasługi dla Ochrony Zdrowia” oraz statuetki wojewody.

W gronie uhonorowanych znalazły się pielęgniarki z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie:

Małgorzata Dręzek-Skrzeszewska – położna oddziałowa z Oddziału Klinicznego Ginekologii Onkologicznej WSS w Olsztynie, doceniona za wieloletnią działalność szkoleniową i promowanie wysokich standardów opieki.

Ewa Bieniek – pielęgniarka z Pracowni Endoskopowej, pielęgniarka oddziałowa, odznaczona za całokształt wieloletniej pracy na rzecz pacjentów,

Ewa Jackowska – pielęgniarka z Oddziału Klinicznego Chirurgii Naczyniowej, wyróżniona za wiedzę, innowacyjność stosowanych technik opatrywania ran.

Teresa Berkolec-Ejdys – wieloletnia pielęgniarka oddziałowa Oddziału Otolaryngologicznego i Laryngologii Onkologicznej uhonorowana za całokształt oddanej pacy na rzecz pacjentów,

Hanna Taraszkiewicz – dyrektor ds. pielęgniarstwa oraz Pełnomocnik ds. Jakości, uhonorowana za konsekwentne wdrażanie standardów jakości i rozwój kultury organizacyjnej w pielęgniarstwie.

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Iwona Kacprzak, zwróciła uwagę na konieczność ciągłego odnawiania kadr i wspierania młodych osób, które chcą związać się z zawodem:

„To moment, w którym możemy na chwilę się zatrzymać i spojrzeć na siebie nawzajem z dumą. Jesteśmy siłą niezbędną do działania systemu ochrony zdrowia. Oczekujemy, by nasza praca była traktowana z należytą powagą, by za odpowiedzialnością szły godność, bezpieczeństwo i rozwój.

W części naukowej obchodów Hanna Taraszkiewicz, z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie wygłosiła wykład zatytułowany: „Wykorzystanie potencjału kadrowego jako punkt wyjścia do zmian organizacyjnych na poziomie podmiotu leczniczego i systemu ochrony zdrowia”.



POLITYKA JAKOŚCI WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

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 jednocześnie 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.

Wymagaj jakości – prestiżowe wyróżnienie dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

30 maja 2025 r. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie dołączył do elitarnego grona placówek medycznych wyróżnionych certyfikatem „Wymagaj jakości” – inicjatywy Rzecznika Praw Pacjenta i Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. To nie tylko prestiż, ale także zobowiązanie do dalszego zapewniania opieki zdrowotnej na najwyższym poziomie.

Jakość – fundament nowoczesnej medycyny

Wyróżnienie „Wymagaj jakości” przyznawane jest tylko tym placówkom, które spełniają wysrubowane kryteria jakościowe, potwierdzone akredytacją Ministra Zdrowia. Szpital w Olsztynie w ostatnim przeglądzie osiągnął imponujący wynik 92% spełnienia standardów akredytacyjnych. W uzasadnieniu certyfikatu podkreślono profesjonalizm zespołu, wdrożone systemy bezpieczeństwa, skuteczne zarządzanie ryzykiem oraz szczególną troskę o prawa pacjenta.

Podczas uroczystości w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym uhonorowano osoby, szczególnie zaangażowane w proces budowania jakości. Statuetki i dyplomy wręczyli: Agnieszka Pietraszewska – Macheta, Dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Jakub Adamski – Dyrektor Departamentu Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz Marcin Kuchciński – Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Liderzy procesów i zespołów problemowych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

Hanna Taraszkiewicz – Pełnomocnik ds. Jakości, Przewodnicząca Komitetu ds. Jakości, Członek Komitetu Transfuzjologicznego, Członek Komitetu ds. Zakażeń

Jerzy Górny – Członek Komitetu ds. Jakości, Przewodniczący Komitetu Terapeutycznego, Komitetu ds. Zakażeń, Lider procesu Realizacja Usługi Medycznej w Oddziałach oraz Realizacja Usługi Diagnostyczno-Lecniczej

Dariusz Onichimowski – członek Komitetu ds. Jakości, Przewodniczący Zespołu ds. Antybiotykoterapii

Błażej Szóstak – Lider Procesu Akredytacji Patomorfologii

Paulina Ingram – Lider Procesu Akredytacji Patomorfologii

Lena Drozdowska-Rams – Przewodnicząca Komitetu Transfuzjologicznego, Lider procesu Immunologii Transfuzjologicznej

Henryk Krzyżak – Lider procesu Zarządzanie Infrastrukturą Szpitala i Środowiskiem Opieki, Członek Komitetu ds. Jakości

Marzena Kulś – Przewodnicząca Zespołu Kontroli Zakażeń, Członek Zespołu ds. Antybiotykoterapii, Członek Komitetu ds. Zakażeń, Członek Komitetu ds. Jakości

Ewa Pietrusińska – Członek Zespół ds. Kontroli Zakażeń, Członek Komitetu ds. Zakażeń, Członek Komitetu ds. Jakości

Katarzyna Grabowska – Członek Zespół ds. Kontroli Zakażeń, Członek Komitetu ds. Zakażeń, Członek Komitetu ds. Jakości

Jolanta Głubowicz – Członek Zespół ds. Kontroli Zakażeń, Członek Komitetu ds. Zakażeń

Ewa Czech-Żbikowska – Członek Komitetu ds. Jakości, Przewodnicząca Zespołu ds. Kontroli i Działań Ubocznych Leków, Lider procesu Zarządzanie Wytwarzaniem i Produktami Lecznictwem

Magdalena Mazurek – Lider procesu Żywienia Chorych

Maria Kowalska – Członek Komitetu ds. Jakości, Przewodnicząca Zespołu ds. Dokumentacji Medycznej

Anna Szumowska – Członek Komitetu ds. Jakości, Lider procesu Laboratorium Diagnostyczne

Beata Muraszko – Członek Zespołu ds. Zakażeń, Członek Zespołu ds. Antybiotykoterapii, Członek Komitetu Terapeutycznego, Lider procesu Bakteriologii

Beata Jastrzębowska – Członek Komitetu ds. Jakości, Inspektor Ochrony Danych, Lider procesu Dokumentacja Medyczna

Dorota Rąkowska – Członek Komitetu ds. Jakości, Lider procesu Polityka Kadr

Rakesh Jalali – Członek Komitetu ds. Jakości

Agnieszka Przybyłek – Członek Komitetu ds. Jakości, Lider procesu Centralna Sterylizatoria

Krystyna Urbanowicz – Przewodnicząca Zespołu ds. Leczenia Żywnościowego

Iwona Podlińska – Przewodnicząca Zespołu Systemu Jakości Dawstwa Narządów i Tkanek

Mirella Łapa – Auditor wewnętrzny

Wiesława Korejwo – Auditor wewnętrzny, Inspektor Ochrony Radiologicznej.





O drodze do jakości rozmawiamy z Hanną Taraszkiewicz, Zastępcą Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Pełnomocnikiem Dyrektora ds. Jakości Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Pani Dyrektor, od kiedy można mówić o wdrażaniu systemowego podejścia do jakości w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie?

To trudne pytanie, bo jakość i bezpieczeństwo były dla nas priorytetem od zawsze. Od samego początku tworzyli ten szpital ludzie ambitni, otwarci na nowoczesne rozwiązania, technologie i nowe możliwości w medycynie. Jednak jeśli chodzi o podejście systemowe do jakości, to jego początków należy upatrywać w pierwszych latach XXI w.

Co się wtedy zmieniło?

Pojawiła się wówczas możliwość akredytowania szpitali w oparciu o standardy opublikowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz wdrożenia systemu zarządzania jakością w oparciu o polską wersję międzynarodowej normy PN-EN ISO 9001 oraz standardów dotyczących systemu zarządzania środowiskowego określonych w normie PN-EN ISO 14001. W tamtym okresie brakowało powszechnie dostępnych wskazówek, dotyczących tego, w jaki sposób wdrożyć te wymagania i przygotować Szpital do oceny zewnętrznej, przeprowadzanej przez uprawnione instytucje. Choć nie było gotowych scenariuszy, czy publikacji ukierunkowanych na wdrażanie jakości w działalności medycznej, to podjęliśmy to wyzwanie. W 2002 r. ówczesny Dyrektor szpitala – Jan Forfa zdecydował, że spróbujemy wprowadzić w naszym szpitalu system jakości. Pierwszym działaniem ku realizacji tego celu było powołanie Komitetu ds. Jakości. Przewodniczącą Komitetu została Alicja Markiewicz – osoba niezwykle kompetentna i zaangażowana, potrafiąca pociągnąć całą naszą grupę pracowników do tego, aby podejmować działania, które w danym momencie wydawały się mało prawdopodobne.

Jak wyglądały przygotowania do pierwszej akredytacji?

To była praca u podstaw, niemal pozytywistyczna. Należało uporządkować przestrzeń oddziałów, opracować i wdrożyć procedury opisujące nową organizację udzielania świadczeń w oparciu o wytyczne standardów, przygotować i wdrożyć dokumentację medyczną, opracować ankiety badania satysfakcji pacjentów i ankiety badania satysfakcji pracowników. Należało wdrożyć system szkoleń wewnętrznych, doposażyć komórki organizacyjne w niezbędny sprzęt oraz wdrożyć system nadzoru nad aparaturą medyczną oraz usługami zewnętrznymi. Dziś to standardowe działania, ale wtedy były one czymś nowym.

Udało się?

Tak. W 2003 r. odbyła się pierwsza wizyta akredytacyjna, na którą czekaliśmy z dużym niepokojem. Wizyta ta zakończyła się ogromnym sukcesem, bo uzyskaliśmy 94% spełnienia standardów. To była bardzo wysoka nota i ogromna satysfakcja dla całego zespołu, gdyż była okupiona ogromnym wysiłkiem. Przygotowaliśmy i wdrożyliśmy, na tamte czasy, bardzo trudne elementy zarządzania jakością opieki. Dziś jest rzeczą oczywistą, że takie elementy muszą być, ale wtedy były one dla nas nowe i nie było możliwości korzystania z doświadczeń innych, ponieważ szpitali akredytowanych w tamtym czasie było zaledwie około 30 w kraju.

Co z normami ISO?

To było kolejne wyzwanie. Normy ISO wywodzą się ze świata techniki, więc były pisane językiem często niezrozumiałym dla środowiska medycznego. Do historii przeszedł tekst kierowany do konsultanta, który pomagał przygotować szpital do wdrożenia wymagań normy ISO: „Panie Januszu, my nie jesteśmy fabryką gwoździ, normy nie są dla nas”. Okazało się, że są i wniosły do naszego szpitala porządek organizacyjny, przejrzystość i logiczne zarządzanie, a także systematyczne monitorowanie funkcjonujących procesów i usług oraz systematyczną ocenę w formie corocznych audytów wewnętrznych i audytów zewnętrznych.

W celu zrozumienia trudnych zagadnień organizowaliśmy bardzo dużo szkoleń, zarówno dla kadry kierowniczej, jak i pozostałych pracowników. Pozwoliło to nam na zacieśnienie współpracy oraz nawiązanie kontaktów bezpośrednich, które bardzo pomagały w przepływie informacji i w codziennej współpracy. Wdrożenie systemów zostało sprawdzone podczas auditu zewnętrznego, zrealizowanego przez uprawnioną firmę zewnętrzną i bardzo pozytywnie ocenione.

Tym samym w szpitalu zaczęły wówczas funkcjonować 3 systemy jakości – system zarządzania jakością (ISO 9001), system zarządzania środowiskiem (ISO 14001) oraz standardy akredytacyjne. Jednak tak rozbudowany system jakości wymagał ujednolicenia. Pojawiła się idea, by stworzyć Zintegrowany System Zarządzania Jakością. Połączyliśmy wszystkie systemy jakości w jedną całość. Co nam to dało? Przede wszystkim nie musieliśmy się zastanawiać, czy wymagania, które musimy spełniać, lub procedura, którą musimy stosować w szpitalu, jest procedurą wynikającą z normy ISO, czy ze standardów akredytacyjnych. Uznaliśmy, że jakość jest jedna, a drogi dochodzenia do jakości mogą być różne i mogą mieć swoje podstawy w różnych normach i różnych standardach. Ideą tą kierujemy się do dnia dzisiejszego.

Te standardy wciąż się zmieniają?

Tak, jakość stale się doskonali. W międzyczasie znowelizowano Normy EN-PN-ISO 9001 oraz w 2009 r. pojawiły się nowe, bardziej wymagające standardy akredytacyjne – z większym naciskiem na bezpieczeństwo opieki i zaangażowanie pacjenta w proces udzielania świadczeń diagnostycznych i leczniczych. To było kolejne wyzwanie, ale też krok milowy. Opracowaliśmy formularze świadomej zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zasady rejestracji zdarzeń niepożądanych i analizowania zdarzeń związanych z hospitalizacją. Wymagało to zmiany myślenia w podejściu do praw pacjenta. Były to pierwsze, być może nieudolne próby zaangażowania pacjentów w proces diagnostyki i leczenia, czyli zaangażowania pacjenta w sposób bezpośredni w podejmowanie decyzji o procesie leczniczo-diagnostycznym. Opracowanie zasad rejestracji i monitorowania zdarzeń niepożądanych było nowym i bardzo trudnym zadaniem. Wiązało się to bowiem z koniecznością przełamania oporu wewnętrznego, który chroni nas najczęściej przed tym, żeby nie przyznawać się do porażek, do sytuacji, które nie do końca nam się udały. Zdarzenia niepożądane i ich rejestracja to tak naprawdę głośne powiedzenie, że nie wszystko przebiega tak, jakbyśmy tego oczekiwali.

Czasem powstanie jakaś sytuacja trudna, której nie byliśmy w stanie przewidzieć, zbieg różnych okoliczności, które w efekcie mogą wpływać na jakąś trudną sytuację dla pacjenta. W tym czasie też opublikowana została pierwsza ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która znacznie podniosła świadomość pacjentów w zakresie praw, jak i możliwości dochodzenia roszczeń.

Czy można powiedzieć, że pracownicy szpitala poprzez wykazywanie zdarzeń niepożądanych uczą się głośno mówić o niepowodzeniach?

Tak, dokładnie. Rejestracja zdarzeń niepożądanych to nic innego jak przyznanie, że nie wszystko wychodzi idealnie, czasem dochodzi do incydentów których nikt z nas nie chciał ani też nie przewidywał ich wystąpienia. To uczciwość i odpowiedzialność – tylko dzięki niej możemy wyciągać wnioski i wdrażać działania zapobiegawcze, poprawiać system jakości i bezpieczeństwa opieki.

Jakie wyzwania stoją dziś przed szpitalem?

W 2024 r. opublikowano kolejną wersję standardów akredytacyjnych i tym samym po raz kolejny podniesiono poprzeczkę. W nowym wydaniu standardów większy nacisk położony jest na komunikację z pacjentem, na to by pacjent był rzeczywiście partnerem procesu leczenia. Musimy zadbać, by pacjent otrzymał rzetelną informację – przed, w trakcie i po leczeniu. Chodzi o to, żeby nie generować sytuacji, które mogą doprowadzić do powikłań, czy niewiedzy pacjenta przyczyniającej się do powstawania u niego negatywnych emocji i sytuacji bardzo trudnych.

Myślę, że to jest bardzo duże wyzwanie. Jest ono związane oczywiście z prawami pacjenta, które coraz bardziej zgłębiamy i analizujemy. To ustawiczna praca, kiedy już nam się wydaje, że wszystko zrozumieliśmy, co jest zapisane w ustawie o prawach pacjenta, co jakiś czas powstaje nowe pytanie w głowie, czy aby na pewno?

Jesteśmy już gotowi na pracę w oparciu o nowe standardy?

Próbujemy już zapoznawać się z tymi standardami, zrobiliśmy tzw. bilans otwarcia, czyli oceniliśmy, które standardy jesteśmy w stanie na dzień dzisiejszy zrealizować, do których musimy się troszkę przygotować, a które wymagają od nas naprawdę ogromnego zaangażowania organizacyjnego i finansowego. Tych, które wymagają ogromnego zaangażowania jest naprawdę dużo, ale jestem pewna, że damy radę. Damy radę tak, jak do tej pory dawaliśmy radę. Jesteśmy przyzwyczajeni do zmieniającego się otoczenia i zmieniających się wymagań. Systematycznie mierzymy się z zewnętrzną oceną, bierzemy udział w różnych projektach na rzecz poprawy bezpieczeństwa i jakości opieki, uczestniczymy w rankingach. To dla nas naturalne środowisko.

Co najbardziej ceni Pani w zespole?

Zaangażowanie. To, że potrafimy być razem nie tylko zawodowo, ale i po ludzku – w sytuacjach trudnych, chorobach, kryzysach. Wspieramy się. Nasi pacjenci to widzą i doceniają w wynikach badań satysfakcji, ale przede wszystkim w tym, że po prostu do nas wracają kiedy zdrowie szwankuje.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka

Badania, które zmieniają leczenie

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organization; WHO), badanie kliniczne to każde badanie z udziałem ludzi mające na celu ocenę skuteczności i bezpieczeństwa interwencji medycznych, w tym leków, terapii, urządzeń medycznych lub procedur diagnostycznych (WHO, 2020). Celem badań klinicznych jest zdobycie dowodów naukowych umożliwiających wprowadzenie tych metod do stosowania w praktyce.

Badania kliniczne odgrywają istotną rolę w rozwoju medycyny. Zapewniają dostęp do nowoczesnych terapii i innowacyjnych metod leczenia, co jest szczególnie ważne w przypadku chorych z rzadkimi schorzeniami lub dla pacjentów, dla których możliwości standardowego leczenia są ograniczone (Ghooi i wsp., 2014). Udział pacjentów w badaniach klinicznych wiąże się z licznymi korzyściami, w tym z możliwością wcześniejszej diagnostyki, systematycznego monitorowania stanu zdrowia oraz opracowania indywidualnego planu leczenia. Analizując znaczenie społeczne badań klinicznych można zauważyć, iż udział w niestandardowych terapiach umożliwia i zwiększa dostęp do wysokospecjalistycznej opieki medycznej. Takie podejście sprzyja poprawie nie tylko fizycznego stanu zdrowia pacjentów, ale również zapewnieniu ich dobrostanu psychicznego (Ziętkiewicz i wsp., 2022).

Z początkiem marca 2025 roku w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie rozpoczęła funkcjonowanie Sekcja Badań Klinicznych. Jej zadaniem jest organizacja komercyjnych i niekomercyjnych badań klinicznych i badań naukowych na terenie szpitala. Jednostka będzie uczestniczyć w planowaniu, organizacji, uruchamianiu i wsparciu realizacji badań, wdrażając ustandaryzowane procedury operacyjne umożliwiające szybkie ocenianie wykonalności badań, podpisanie umowy, zarządzanie, koordynowanie i rozliczanie. Współpraca pracowników Sekcji z pracownikami

oddziałów klinicznych szpitala usprawni realizację badań, pomoże we wdrażaniu uzyskanych wyników, ocenie algorytmów postępowania pod kątem poprawy wyników leczenia bądź zmniejszenia ilości powikłań. Wykorzystując narzędzia oferowane przez jednostki zapewniające finansowanie i realizację projektów, takie jak np. Agencja Badań Medycznych, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, poszukiwani będą potencjalni partnerzy do realizacji badań naukowych. Zakres wsparcia oferowanego przez Sekcję Badań Klinicznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie będzie również obejmował wsparcie pracy zespołów badawczych i naukowych w administracyjnym przygotowaniu projektów, a także w ocenie naukowej uzyskanych wyników, co podniesienie wartość naukową publikowanych rezultatów.

Dotychczas nadzór nad realizacją zadań związanych z badaniami klinicznymi i projektami naukowymi sprawowała Pani mgr inż. Bożena Struczevska-Czajkowska. W chwili obecnej zespół Sekcji Badań Klinicznych tworzą dr hab. n. med. Jolanta Kiewisz oraz mgr Monika Mikus-Lelińska.

Dr hab. n. med. Jolanta Kiewisz pełni funkcję kierownika Sekcji Badań Klinicznych. Z wykształcenia jest biotechnologiem i biologiem molekularnym. Od ponad 20 lat zajmuje się badaniami naukowymi, a od ponad 10 współpracuje z pracownikami szpitala

z Oddziału Klinicznego Ginekologii Onkologicznej, Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych, Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Klinicznego Okulistycznego oraz z Zakładu Patomorfologii, realizując wspólne projekty i publikując prace w czasopismach o zasięgu międzynarodowym. Dr Kiewisz kierowała, współrealizowała i oceniała projekty finansowane przez Narodowe Centrum Nauki. Jest autorem i współautorem ponad 45 publikacji naukowych. Uzyskała również ogólnopolskie nagrody w tym Stypendium Prezesa Polskiej Akademii Nauk oraz Stypendium „Start” Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej. Ukończyła studia podyplomowe z zakresu projektowania i monitorowania badań klinicznych. W wolnych chwilach spędza czas z córką, podróżuje, żegluguje. Uwielbia książki, kino i teatr.

Mgr Monika Mikus-Lelińska Absolwentka Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydziału Biologii ze specjalizacją Biologii Eksperymentalnej. Posiada wieloletnie doświadczenie w organizacji i realizacji badań laboratoryjnych, w tym projektów naukowych, biotechnologicznych i biofarmaceutycznych. Współautorka publikacji naukowych z zakresu medycyny i biologii eksperymentalnej. Posiada ukończone szkolenia z GCP, GLP, GMP oraz specjalistyczne w zakresie analiz biochemicznych (Mass Spec). Wielbicielek dwóch kółek, wypraw górskich i książek.





Dostępność bez barier

Rozmowa z Wiolettą Sadłowską – Koordynatorem ds. dostępności w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

Jakie są główne obowiązki koordynatora ds. dostępności w szpitalu?

Moim zadaniem jako Koordynatora ds. dostępności, jest wsparcie pacjentów – niezależnie od rodzaju niepełnosprawności, wieku czy innych szczególnych potrzeb – tak aby czuli się w naszym szpitalu bezpiecznie i traktowani byli z należnym szacunkiem. Zależy mi, aby każdy mógł skorzystać z usług placówki w sposób samodzielny i bez barier – zarówno tych fizycznych, jak i informacyjnych czy komunikacyjnych. Łączę działania techniczne z empatycznym podejściem do drugiego człowieka.

Jak definiuje Pani pojęcie „dostępność” w kontekście placówki ochrony zdrowia?

Dostępność oznacza to, że każdy – w tym osoby z niepełnosprawnościami, seniorzy, osoby z trudnościami w komunikacji – może korzystać ze świadczeń zdrowotnych na równych zasadach. To nie tylko brak barier fizycznych, ale rów-

nież zapewnienie informacji, przyjaznej obsługi i równego traktowania.

Z jakimi wyzwaniami borykają się pacjenci z niepełnosprawnościami?

Wyzwań jest sporo – jako Koordynator ds. dostępności w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie wiem, że pacjenci z niepełnosprawnościami nadal spotykają się z pewnymi wyzwaniami. Choć wiele się zmieniło – mamy już pętle indukcyjne, usługę tłumacza migowego, system kolejkowy dostosowany do różnych potrzeb oraz dostępne wózki inwalidzkie – to wciąż zdarzają się miejsca, gdzie infrastruktura wymaga poprawy. Np. nie wszystkie części szpitala są w pełni dostępne dla osób na wózkach. Naszym celem jest, aby każdy, niezależnie od ograniczeń, mógł korzystać z opieki medycznej na równych prawach i czuć się w szpitalu bezpiecznie i komfortowo. Dlatego stale wdrażamy nowe rozwiązania i słuchamy potrzeb naszych pacjentów.

Jak szpital realizuje zapisy ustawy o zapewnieniu dostępności?

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie konsekwentnie wdraża standardy dostępności. Opracowaliśmy plan działań, modernizujemy infrastrukturę, szkolimy personel i dostosowujemy nasze kanały komunikacji – w tym stronę internetową. Współpracujemy też z organizacjami i ekspertami, by lepiej odpowiadać na potrzeby pacjentów.

Jakie priorytety postawiła sobie Pani na początku kadencji?

Na początku mojej pracy jako Koordynator ds. dostępności najważniejszym było dla mnie zdobycie pełnego obrazu sytuacji – dlatego zaczęłam od rozpoznania i analizy istniejących barier w szpitalu. Równocześnie postawiłam na edukację i rozmowy z pracownikami – bo dostępność zaczyna się od świadomości i wrażliwości.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka

Zamówienia publiczne w ochronie zdrowia w niepewnych czasach Finalna konferencja projektu Procure4Health w Madrycie

W dniach 20-21 maja 2025 r. w Madrycie odbyła się finalna konferencja projektu Procure4Health, poświęcona kluczowym wyzwaniom i innowacjom z zakresu zamówień publicznych w sektorze ochrony zdrowia. Wydarzenie zgromadziło specjalistów i interesariuszy z całej Europy, stwarzając unikalną przestrzeń do wymiany wiedzy, doświadczeń oraz dobrych praktyk.

W konferencji udział wzięły przedstawicielki naszego szpitala:

Irena Kierzkowska – Dyrektor Szpitala,

Stanisława Masłowska – Kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia,

Karina Rzymowska – Kierownik Działu Gospodarczego,

Alicja Biernacka – Kierownik Działu Sprzedaży i Promocji.

Tematem przewodnim konferencji było zarządzanie procesami zakupowymi w realiach współczesnych wyzwań – takich jak globalne kryzysy zdrowotne, napięcia geopolityczne czy rosnące oczekiwania wobec jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. Podkreślono rolę innowacyjnych rozwiązań, nowoczesnych technologii oraz strategicznego podejścia do zamówień publicznych w budowaniu odpornych i zrównoważonych systemów ochrony zdrowia.

Szczególny charakter wydarzenia podkreślała współorganizacja dwóch projektów europejskich:

Procure4Health, koncentrującego się na wspieraniu innowacji w zamówieniach publicznych,

PROCURE, którego celem jest wzmacnianie kompetencji i koordynacji działań wśród instytucji zamawiających.

Połączenie tych perspektyw umożliwiło uczestnikom nie tylko pogłębienie wiedzy, ale i nawiązanie cennych kontaktów oraz wspólne poszukiwanie praktycznych rozwiązań dla codziennych wyzwań w sektorze zdrowia.

Nasza placówka dołączyła do projektu Procure4Health – Healthcare Innovation Procurement Network w ramach programu Horyzont Europa (Horizon Europe 2021-2027) w dniu 1 czerwca

2022 roku. Projekt oficjalnie zakończył się 31 maja 2025 r. Przez cały okres jego trwania szpitalny zespół aktywnie uczestniczył w działaniach sieci, zdobywając i porządkując wiedzę na temat nowoczesnych i efektywnych metod realizacji zamówień publicznych w ochronie zdrowia.

W ramach projektu czynnie zaangażowani byli również Jacek Kozicki, Kierownik Działu Informatyki, który pełnił funkcję lidera zespołu projektowego po stronie naszego szpitala, oraz Kornelia Kotwicka-Łuciewicz z Działu Organizacyjnego i Funduszy Zewnętrznych. Choć oboje nie uczestniczyli w konferencji w Madrycie, ich wkład merytoryczny w realizację celów projektu był nieoceniony.

Dzięki wspólnej pracy kilkunastu europejskich instytucji powstał Plan działania Procure4Health – praktyczny przewodnik wspierający transformację praktyk zakupowych w organizacjach świadczących usługi zdrowotne i opiekuńcze. Dokument ten ma na celu umożliwienie decydom podejmowanie konkretnych działań w zakresie wdrażania innowacyjnych zamówień, przezwyciężania istniejących barier oraz doskonalenia jakości usług i wyników leczenia.

Udział w projekcie stanowił dla naszego zespołu nie tylko źródło inspiracji, ale również okazję do aktywnego włączenia się w europejski dialog na temat przyszłości zamówień publicznych w sektorze ochrony zdrowia.

Alicja Biernacka



Techniczny Krwiobieg Szpitali – XI Kongres Nowoczesny Pion Techniczny

Nowe technologie, sztuczna inteligencja, finanse, rozwój i elastyczność – to były hasła, które przewijały się podczas XI Kongresu Nowoczesny Pion Techniczny, organizowanego przez redakcję serwisu „dlaSzpitali.pl” i „Ogólnopolskiego Przeglądu Medycznego”. Kongres odbył 13–14 maja w Olsztynie.

To były dwa dni wypełnione dyskusjami, panelami i możliwością wymiany doświadczeń. W czasie kongresu dr hab. Dariusz Onichimowski, lekarz naczelny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie wygłosił prelekcję pt. „Efektywność bloku operacyjnego – bariery i wyzwania”. Goście kongresu mogli zobaczyć na własne oczy podczas wizyty studyjnej co to oznacza w praktyce. Oglądali nie tylko blok operacyjny, ale także punkt skanowania dokumentacji medycznej i trwającą budowę centrum urazowego. Możliwość obejrzenia szpitala wojewódzkiego, była jednym z powodów, dla którego kongres zorganizowany został w Olsztynie. Goście z całej Polski, podpatrywali rozwiązania zastosowane w Olsztynie. To było praktyczne zweryfikowanie tego, o czym dyrektor Irena Kierzkowska mówiła podczas wykładu poświęconego inwestycjom w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, poprzedzającym panel dyskusyjny:

„W historii szpitala był taki moment, gdy ogromny nacisk kładziono na pieniądze. Ja tę presję wytrzymałam i myślę, że to był moment przełomowy. Przełomem była również pierwsza inwestycja, czyli budowa bloku operacyjnego. Wybudowaliśmy nowy, 12-salowy blok

Mówiło się wówczas, że to megalomania, że zadłuzymy szpital. Już 2 czy 3 lata po otwarciu bloku ubiegaliśmy się o salę hybrydową, którą następnie musieliśmy uzupełnić o stanowisko dla noworodków. W tej chwili planujemy nadbudowanie bloku systemem modułowym. Szpital nie może być sztywny, musi być elastyczny. Sytuacja się zmienia i my musimy się zmieniać, dostosowywać. Nie ma roku, gdzie czegoś nie restrukturyzujemy. Był moment, kiedy zlecaliśmy outsourcingi, teraz zrobiliśmy kilka insourcingów, bo to się szpitalowi opłaciło i skompleksowaliśmy usługę. Mimo że jesteśmy odważni, w kilku kwestiach nam jeszcze odwagi zabrakło – żeby przetestować wszystkie możliwości, które nam daje Prawo zamówień publicznych.”

Rozwój infrastruktury jest jednym z elementów postępu, ale nie jedynym. W czasie dyskusji sporo czasu poświęcono bezpieczeństwu i wyzwaniom, jakie niesie ze sobą rozwój sztucznej inteligencji.

„Nie jesteśmy i nie będziemy przygotowani na cyberataki. Nie ma systemów zabezpieczonych tak, żeby tych zabezpieczeń nie dało się obejść. Dlatego priorytetem jest dla nas wdrażanie odporności cyfrowej, żebyśmy byli w stanie po ataku hakerskim szybko przywrócić operacyjność. Są rozwiązania, które mitygują czas przestoju, ryzyko narażenia pacjenta na brak dostępności usługi, pozbawienie nas systemów komunikacji” – mówił Michał Dybowski, dyrektor do spraw zrównoważonego rozwoju Polskiej Federacji Szpitali,

podkreślając w jaki sposób sektor ochrony zdrowia musi przygotowywać się na zmiany jakie niesie ze sobą AI:

„Mamy cały obszar sztucznej inteligencji, który wymaga regulacji – bardzo szczegółowo przeanalizowanej. Tu pojawia się koncept piaskownicy regulacyjnej. Gdy przychodzi do nas autor danego oprogramowania sztucznej inteligencji, które ma zostać wykorzystane w sprzęcie medycznym, musimy dowiedzieć się, jak w punkcie wyjścia wygląda algorytm, jakie elementy pobiera. To podlega analizie prawnej – czy urządzenie ma prawo mieć dostęp do takich danych. Ponadto algorytm należy rozłożyć na czynniki pierwsze. My w ramach piaskownicy regulacyjnej mamy za zadanie ocenić, jak się to rozkłada i czy nie powstają przy tym jakieś niebezpieczne czynniki, a następnie sprawdzić wyniki tego procesu. W ramach grupy roboczej ds. sztucznej inteligencji przy Ministerstwie Cyfryzacji, którą współtworzę jako lider sekcji ds. piaskownic regulacyjnych AI, prowadzimy rozmowy z ponad 700 firmami. Dostarczają nam wiedzy, opisują swoje technologie i proponują podejścia, które trafiają następnie do ministerstwa w postaci raportów i opracowań.”

Michał Dybowski zwracał uwagę na ryzyko, jakie niesie ze sobą rozwój sztucznej inteligencji, podkreślając jednocześnie fakt, że zmiany następują bardzo dynamicznie:

„Przykładowo – wyobraźmy sobie system AI, który analizuje wyniki badań i automatycznie wypisuje leki, bez udziału lekarza. Taki scenariusz, bez mechanizmów zabezpieczających, jest obecnie niedopuszczalny. Musimy najpierw opracować narzędzia i standardy, które pozwolą ograniczyć ryzyko. Weźmy pod uwagę fakt, że w Chinach już działa szpital bez lekarzy. To inicjatywa uniwersytecka. Pracuje w nim 70 agentów AI, obsługujących 10 000 pacjentów rocznie – bez lekarzy, pielęgniarek. Roboty pobierają krew, wydają leki, rozpoznają emocje pacjenta, dostosowują atmosferę w pomieszczeniu. To pełna automatyzacja, ale też przykład rozbieżności kulturowej.”

Do tych wyzwań odniosła się także dyrektor Irena

Kierzkowska:

„Postęp technologiczny jest tak szybki, można założyć, że za 15 lat w szpitalu będą stacje dla robotów, które będą nie tylko rejestrować pacjentów, karmić, rozdáwać leki, prowadzić terapeutyczne konwersacje z pacjentami, ale planować grafiki, wizualizować techniki operacyjne, a nawet samodzielnie operować. Wszystko przed nami.”

Wypracowanie narzędzi, które pomogą w implementacji narzędzi AI to jedno z wyzwań, dotyczących bezpieczeństwa sektora ochrony zdrowia. Bezpieczeństwa, które również było ważnym tematem kongresu. Odbywał się on w cieniu tragedii, która rozegrała się w Krakowie. Informację o śmierci lekarza, który zginął z rąk pacjenta w ten sposób komentował Dariusz Rajczyk, prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej:

„To jest w tej chwili istotny problem, właściwie niewyobrażalny. Hejt, agresja wobec pracowników sektora ochrony zdrowia, i to nie tylko medycznych – to przekracza nasze wyobrażenie. Prof. Robert Socha, na jednej z naszych pierwszych konferencji omawiał przykład tego, co wydarzyło się u naszych południowych sąsiadów. Dobrze to pamiętam, bo kiedy o tym opowiadał, wydawało mi się, że to nie jest możliwe. Szpital Uniwersytecki w Ostrawie, 10 grudnia 2019 r., godz. 7:00 – wchodzi pacjent, zachowuje się spokojnie, a potem wyciąga broń i zaczyna strzelać. Zginęło 8 osób, 2 osoby zostały ranne. W tej placówce wprowadzono ochronę i podobnie miało stać się w pozostałych szpitalach w Republice Czeskiej. Niestety środki finansowe na to nie pozwoliły, więc jest to działanie wybiórcze. Niszczenie autorytetów, które obserwujemy od lat, także w obszarze ochrony zdrowia, to według mnie wina naszej klasy politycznej i przyzwolenia na takie zachowania. Przykład idzie z góry. Niedawno w jednym ze szpitali pani doktor została zaatakowana przez osobę publiczną – to wszystko nie powinno mieć miejsca.”

Podczas XI Kongresu Nowoczesny Pion Techniczny w Olsztynie spotkało się około 200 osób, mających wpływ na inwestycje szpitalne w Polsce.

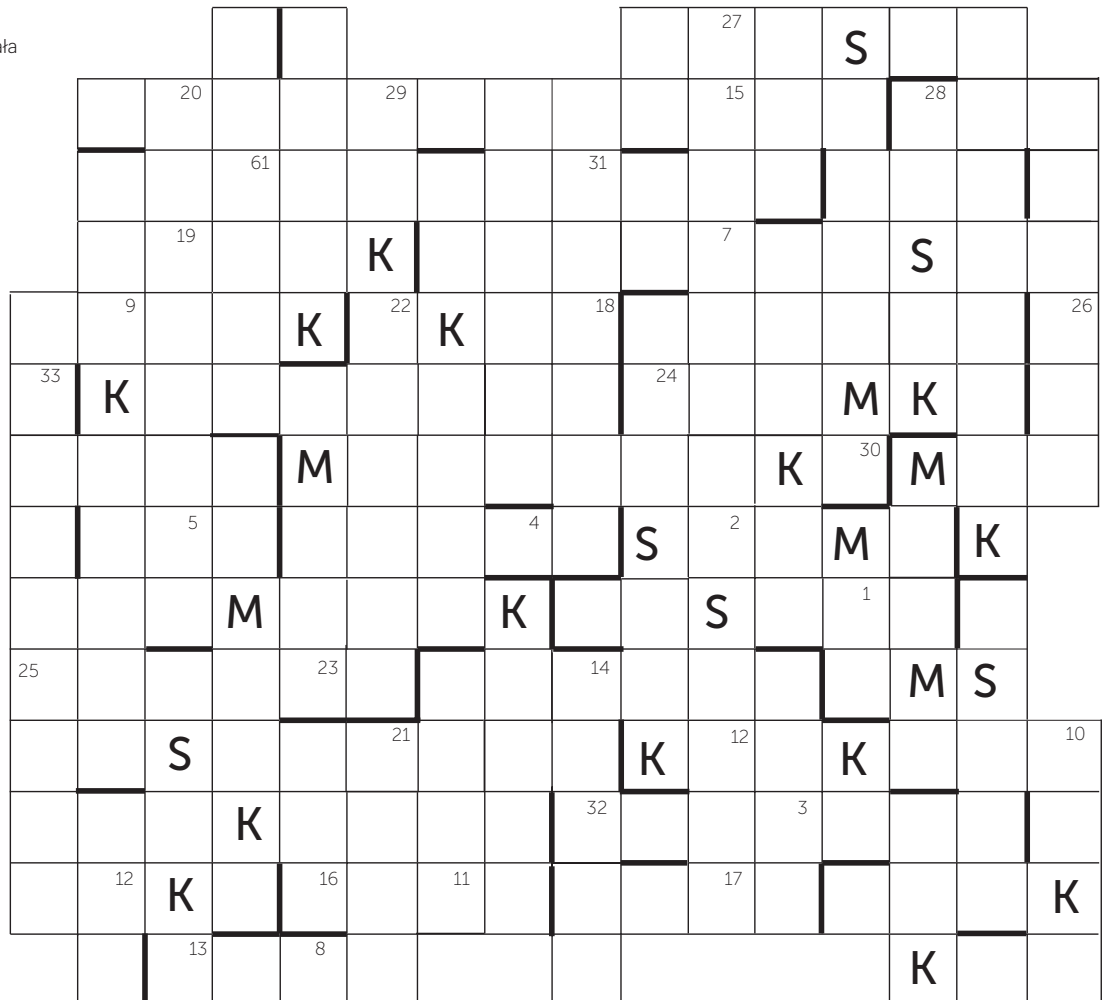


87 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 68 haseł podano w przypadkowej kolejności. Ujawniono wszystkie litery K, M i S. W diagramie ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Juliusza Cezara.

Jerzy Badowski

- Perfect śpiewał jej by nie płakała
- prognoza stanu pacjenta
- największe miasto Florydy
- roztocze, pasożyt skóry
- płynie przez Enns
- rozłam religijny
- najwyższy wulkan Europy
- pyra
- pojazd do transportu aut
- mirra, kadzidło i złoto
- partnerka Gorzowa Wlkp.
- mała antylopa
- Stowarzyszenie Narodów Azji Pd-Wsch.
- wyspa na Morzu Irlandzkim
- wodna lub śnieżna
- siara, młodziwo
- pięciorecznik
- stolica woj. śląskiego
- antycyklon
- partner cebuli i imbiru
- postać na wprost
- magazyn krwi
- cienka skóra owcza
- największe miasto Krety
- lampa ścienna
- kozodój
- dopust, cierpienie
- afera, przekręt
- góry Inków
- milion gramów
- lingua
- mazak
- w widłach Rodanu i Saony
- nimfa odrzucona przez Narcyza
- Josip Broz
- niegojenie się rany
- Finlandia
- ścinał i wieszał
- drogowe lub zodiaku
- japońska gorzka z ryżu
- skręcenie
- nandu
- stolica wyspy Hajnan
- 40 funtów
- ischias
- reguluje układy optyczne
- wyspa w kresomózgowiu
- konno-pieszy z pałaszem
- przeszkadza złej taneczniczy
- piwo górnej fermentacji



- chemiczne, krawata lub narciarskie
- Amiza
- ja, mój i się
- nie chciała Niemca
- nie przestrzega praw
- eksponat
- Stefan, wielki matematyk ze Lwowa
- ma pęczek w sercu
- efekt pracy
- zabezpiecza korespondencję i dokumenty
- mieszka w Wiedniu
- koczownik turecki z terenu obecnej Ukrainy, który przyjął judaizm
- agencja wywiadowcza USA
- antybiotyk przeciwwgrzybiczy
- zmówiny, zaręczyny
- kraj z Maskatem
- tempo, rytm
- nicość

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		

Rozwiązanie krzyżówki z nr 86: „Życie ludzkie jest tkaniną z dobrych i złych nici”. Nagroda do odebrania w Dziale Sprzedaży i Promocji dla pierwszej osoby, która zgłosi się z prawidłowym rozwiązaniem.



**WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE**

ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn
tel. 89 538 65 50,
e-mail: szpital@wss.olsztyn.pl
fb/[WSSOlsztyn](https://www.facebook.com/WSSOlsztyn)
www.wss.olsztyn.pl