



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 90

styczeń - marzec 2026

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.

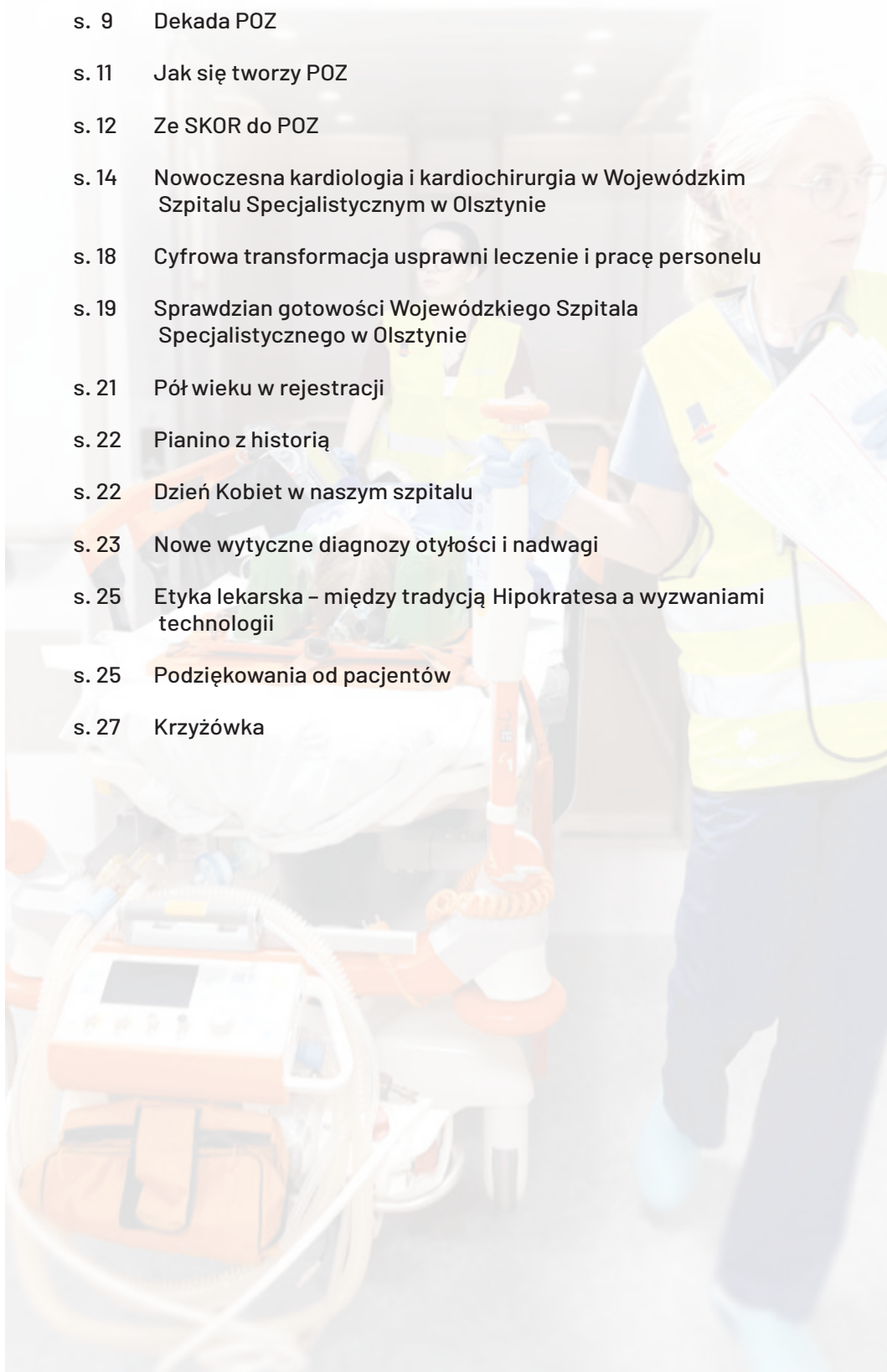


ISO 9001



AC 014

- s. 3 Za nami pierwszy kwartał
- s. 4 Jeżdżę z walizeczką, a pacjenci za mną
- s. 6 Nowa procedura robotyczna w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie
- s. 7 DATscan – badanie, które pomaga rozpoznać chorobę Parkinsona i nie tylko
- s. 8 Z perspektywy neurologa
- s. 9 Dekada POZ
- s. 11 Jak się tworzy POZ
- s. 12 Ze SKOR do POZ
- s. 14 Nowoczesna kardiologia i kardiochirurgia w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie
- s. 18 Cyfrowa transformacja usprawni leczenie i pracę personelu
- s. 19 Sprawdzian gotowości Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie
- s. 21 Pół wieku w rejestracji
- s. 22 Pianino z historią
- s. 22 Dzień Kobiet w naszym szpitalu
- s. 23 Nowe wytyczne diagnozy otyłości i nadwagi
- s. 25 Etyka lekarska – między tradycją Hipokratesa a wyzwaniem technologii
- s. 25 Podziękowania od pacjentów
- s. 27 Krzyżówka



Za nami pierwszy kwartał



Moi Kochani, co prawda minął już pierwszy kwartał 2026 roku, ale każdy moment jest dobry, żeby podzielić się dobrymi informacjami i podziękować za dobrze wykonaną pracę. Niestety tyle czasu potrzebujemy, żeby podsumować i rozliczyć rok z NFZ, chociaż negocjacje na temat opłacenia tzw. „nadwykonań” nie są całkowicie zakończone, ale mogę Was poinformować, że zrealizowaliśmy założony plan i szpital zakończył rok bez straty. Dziękuję Wszystkim za zaangażowanie i profesjonalizm! Nasi pacjenci również doceniają Waszą pracę czemu dają wyraz w ankietach satysfakcji. Osiągnęliśmy również imponujące wskaźniki efektywności procesów diagnostyczno-terapeutycznych.

Nasz szpital przez ostatni rok był jednym, wielkim placem budowy. Najbardziej doskwierały w związku z tym miejsca parkingowe, ale w tym roku kończymy budowę centrum urazowego, rozbudowę i modernizację Zakładu Patomorfologii, modernizację Zakładu Medycyny Nuklearnej z wymianą dwóch gammakamer, realizujemy zakupy nowoczesnego sprzętu w ramach KPO związane z zakwalifikowaniem szpitala do Sieci Kardiologicznej III poziomu referencyjnego oraz SOLO II. Także dużo się dzieje, ale pomimo napiętych terminów realizujemy zadania o czasie.

Wyrazy uznania dla pracowników Sekcji Inwestycyjnej, Działu Technicznego, Aparatury Medycznej oraz Działu Zamówień Publicznych i oczywiście pracowników modernizowanych komórek. Dajecie przykład pracy zespołowej i dobrej współpracy co umożliwia realizację świadczeń zdrowotnych w tych trudnych warunkach.

Silną stroną naszego szpitala jest łączenie technologii medycznych z wysokimi kompetencjami kadry, co pozwala nie tylko dobrze i szybko diagnozować i leczyć skutki chorób, ale też wzmacniać kompleksowość leczenia i interdyscyplinarność. Nasz szpital jest miejscem, gdzie pacjent otrzymuje nie tylko profesjonalną pomoc, lecz także zrozumienie, empatię i wsparcie. Dobra komunikacja i szacunek mają stanowić fundament relacji personelu z chorymi i takie ambitne cele założyliśmy w zaktualizowanej strategii rozwoju Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Czujemy się odpowiedzialni za bezpieczeństwo zdrowotne naszych pacjentów oraz zobowiązani do ciągłego doskonalenia procesów terapeutycznych i organizacyjno-zarządczych.





Jeżdżę z walizeczką, a pacjenci za mną

W marcu świętowaliśmy Dzień Kobiet, dlatego rozmawiamy z Aleksandrą Sołomin, ortopedą, która przeciera szlaki w wciąż „męskiej” specjalizacji.

Marta Gołąb Kocięcka: Trudno się z Panią umówić.

Aleksandra Sołomin: Trudno, bo cały czas jestem w pracy. Ja jestem takim objazdowym ortopedą. Operuję 6-7 barków tygodniowo, w różnych miejscach. W Olsztynie, Grajewie, Przasnyszu, Kętrzynie. Tak jeżdżę z walizeczką, a pacjenci za mną. Tak ten system działa. Może by to było bardziej zrozumiałe, jakby operator jeździł do pacjentów. Ale u nas jest tak, że operator jeździ i pacjenci za nim.

MGK: Zawsze chciała być Pani lekarzem?

AS: Taki miałam pomysł, odkąd pamiętam. Wychowałam się na wsi pod Kętrzynem.

Mama i tata mają gospodarstwo rolne. Są trzecim pokoleniem, które zajmuje się rolnictwem, ale ja zawsze wiedziałam, że pójdę inną drogą.

MGK: Lubi Pani słowo chirurżka?

AS: Nie, ja w ogóle jestem przeciwniczką feminatywów. Uważam, że nie jest to do niczego potrzebne, nic nie wnosi, ale można sobie język połamać.

MGK: Chociaż ortopedia - rodzaj żeński.

AS: Ortopedia też, ale to ciągle tylko kwestia nazewnictwa. Wbrew pozorom, jest sporo kobiet w tym zawodzie. Dużo więcej takich, które zasługują na uznanie. Są kobiety, które łączą pracę z rodzicielstwem. W szpitalu dziecięcym pracuje kobieta - chirurg, która ma piątkę dzieci i jest samotną matką. Ja mam tylko pracę. To są żadne osiągnięcia.

MGK: Ortopedia mimo wszystko kojarzy się z siłą i dziedzina chirurgii.

AS: Ale ja nie operuję miednic, nie zajmuję się chirurgią kręgosłupa, nie stoję w fartuchu ołowianym przez sześć godzin. Artroskopia to raczej precyzyjna praca, zabiegi, które można wykonywać z niewielką pomocą, praktycznie samodzielnie. Wybrałam sobie taką działkę, żeby sobie radzić. Artroskopiści pracują często solo. Oczywiście asysta musi być, cały zespół pracuje na bloku operacyjnym, ale na przykład do endoprotezy wchodzimy we trójkę, potrzeba dodatkowych rąk, a ja jestem trochę solistą, choć wciąż to praca zespołowa.

MGK: A dlaczego ortopedia?

AS: Napią tym roku studiów były staże cząstkowe z poszczególnych specjalizacji, między innymi z ortopedii. Poszliśmy na zabieg endoprotezy stawu biodrowego i ja już wiedziałam, że chcę robić ortopedię. Oczywiście nie przyznawałam się do tego, bo to nie było specjalnie popularne. Dziewczyny raczej wybierały ginekologię, pediatrię, internę, a chirurgiczne tematy, to była domena chłopaków. Więc jak ktoś mnie pytał, co wybiorę, mówiłam, że chcę być laryngologką. Poszłam na staż do Wojskowego Instytutu Medycznego i praktycznie cały spędziłam na ortopedii u profesora Kwiatkowskiego i Płomińskiego. Staż z ortopedii powinien trwać dwa albo cztery tygodnie. Dopiero po czterech miesiącach mojej obecności zorientowali się, że jestem chyba za długo.

MGK: Ale jak to było możliwe?

AS: Miałam koordynatora, który był pediatrą. Powiedziałam mu, że mam już sprecyzowane plany na przyszłość, wiem, że chciałabym zajmować się ortopedią, ale najpierw muszę sprawdzić, czy poradzę sobie fizycznie. Miałam takie same stereotypowe obawy jak każdy. Po stażu wybrałam Instytut na Spartańskiej w Warszawie, ponieważ kierowniczką była tam kobieta - dr Iwona Stowińska, dziś już świętej pamięci. W tym miejscu proporcje między kobietami a mężczyznami były wyrównane, pół na pół. Był to zresztą jedyny oddział, w którym panowała taka równowaga. Potem przenosiłam rezydenturę do województwa łódzkiego i tam już byli bardzo zdziwieni, że dziewczyna robi specjalizację z ortopedii.

MGK: Co Panią ujęło w ortopedii?

AS: Wychowałam się na wsi, w rodzinie rolniczej, gdzie były maszyny, warsztat. Zawsze miałam takie techniczne zacięcie, a poza tym - tam nie było za dużo rzeczy, którymi można się zajmować. Dzieciaki w mieście mają jakieś atrakcje. A na wsi są traktory, warsztaty... wszystko się kręci wokół techniki i biologii.

MGK: Są takie zabiegi, które wymagają od Pani bardzo długiego przygotowania, z którymi chodzi się w głowie przez kilka dni?

AS: To nawet nie chodzi o układanie zabiegu, chociaż to oczywiście też generuje stres. Odpowiedzialność za pacjenta jest tym, co najbardziej w tej pracy niszczy. Niszczy i pochłania całą energię życiową. Pacjenci myślą, że jeśli zabieg jest artroskopowy, to wszystko jest proste, łatwe i przyjemne. Trzy dni w szpitalu, pojedyncze szwy, nie ma dużych cięć. Ale to dopiero początek. Ja tych

pacjentów później prowadzę w poradni. To jest mój warunek - wszystkich sama kontroluję. A to oznacza, że ja z tymi pacjentami jestem co najmniej rok. Zaraz po zabiegu te wizyty są fajne, bo pacjent wprawdzie jest trochę zdziwiony, że boli, ale na razie się nic nie dzieje. Wizyta po sześciu tygodniach jest już frustrująca dla obu stron. Pacjent myśli: „półtora miesiąca to już powinny być jakieś efekty, a w sumie jest gorzej niż przed operacją”. Bark boli, ruchomość ograniczona... Oczywiście zawsze uprzedzam przed operacją, że tak to będzie wyglądać, ale każdy myśli: „jakoś to będzie”. Dopiero w trakcie rekonwalescencji odbiór tej sytuacji się zmienia.

Barki, to są wdzięczne zabiegi, ale to nie jest tak, że mamy 100% sukcesów. Zawsze staramy się zrekonstruować ścięgna jak najlepiej, ale nie wszystko zależy od nas.

Jakość tkanki, ukrwienie, to są czynniki, na które nie mamy wpływu. Choroby współistniejące, palenie, stosowanie się do zaleceń - to wszystko wpływa na proces gojenia. Jedni pacjenci chętnie chodzą w ortezie, drudzy nie są w stanie albo nie mogą zrezygnować z codziennych prac. Jedni przyjmują leki przeciwbólowe, które zalecam, a niektórzy wolą NLPZ-y, chociaż odradzam, bo upośledzają proces gojenia. Jedni rzucają palenie, drudzy nie są w stanie sobie z tym poradzić. Czasami ścięgno się nie wygoi, czasami trzeba zrobić reoperację, czasami trzeba zrobić transfer mięśniowy, a zdarzają się takie uszkodzenia, których nie da się naprawić i trzeba pomyśleć o endoprotezie.

MGK: Czyli bardziej Panią frustruje proces rekonwalescencji niż operatywa?

AS: Teraz tak. Jak zaczynałam było odwrotnie - tutaj nie było żadnego artroskopisty barku.

Szłam na blok i wiedziałam, że nie mam żadnego backupu. Jeśli coś w trakcie zabiegu sprawiłoby mi trudność, to nie miałam do kogo na górę zadzwonić i powiedzieć: „przyjdź, pomóż”. Nie miałam tutaj osoby, od której mogłam się bezpośrednio uczyć, która mogła się ze mną umyć do zabiegu. Tak jak nasz rezydent, który interesuje się artroskopią barku, chodzi ze mną do zabiegów, dostaje narzędzia, robi jakiś etap. Jeżeli mu wychodzi, to super, jak nie - ja przejmuję narzędzie, robię dalej, nie ma stresu. Ja na samym początku szłam na blok i nie wiedziałam, czy zrobię dostęp do stawu. Teraz jestem na innym etapie, chociaż wciąż coś mnie zaskakuje. Już mi się wydawało, że wszystko widziałam, a tu wciąż trafia mi się taki bark, że mówię „O matko! Tego to jeszcze nie widziałam”. Ale nie mam problemów i stresu, jeśli chodzi o część techniczną. Mam teraz inny stres, czyli obawę o wynik operacji, o to czy ścięgno

się zagoi, tak jakby pacjent chciał i tak jakbym ja chciała. Najfajniej byłoby zajmować się tą manualną częścią. Zrobić zabieg, a później niech ktoś inny prowadzi pacjenta. Miałabym totalnie bezstresowe życie. Ostatnio miałam pacjentkę po endoprotezie. Wybuchł pożar w budynku, zbiegała klatką schodową w trakcie ewakuacji, ktoś ją popchnął, złamała sobie panewkę i wymaga rewizji. Kto to przewidzi? Nikt. Urazy się zdarzają. W kwietniu ją i mnie czeka trudna operacja.

MGK: Jacy pacjenci do Pani trafiają?

AS: 90% pacjentów, których operuję, to osoby z uszkodzeniami o charakterze zwyrodnieniowym. Są to najczęściej pacjenci w 5.-6. dekadzie życia, często z wywiadem pracy fizycznej, bez wyraźnego urazu, zgłaszający bóle barku, które trwają od lat i przybierają na sile. Pacjenci barkowi są bardzo zmotywowani do leczenia. To są pacjenci, którzy nie śpią w nocy, bo każda zmiana pozycji w czasie snu to jest wybudzanie się. To pacjenci przyjmujący mnóstwo leków przeciwbólowych, zastrzyki, osoczne, kwas hialuronowy, oczywiście wszystko w ramach prywatnych wizyt. Z deficytem ruchomości każdy jest w stanie sobie poradzić. Ludzki organizm do wszystkiego się przystosuje, pacjent przyzwyczai się do tego, że nie może sięgnąć do łopatek. Jeśli sięga do tylnych kieszenie spodni to wystarczy. To nie jest problem, ale ból jest problemem. Na początku, gdy rozmawiamy, jest oczekiwanie, żeby nie bolało. Operujemy. Później, jak ból przechodzi, w okolicach tego szóstego tygodnia, pojawia się oczekiwanie, żeby teraz ruch był lepszy. I fajnie jak się wszystko goi, ale czasami tak się zdarza, że ile bym kotwic nie użyła, ile bym szwów nie założyła, jaką techniką bym tego nie zszyla, to czasami po prostu, to ścięgno się nie zagoi. No i z tym się też trzeba skonfrontować.

MGK: Z pacjentem trzeba się skonfrontować?

AS: Ja z pacjentami mam bardzo dobre relacje, bardzo dużo rozmawiamy - przed operacją, potem w trakcie kontroli. Pacjenci mają mój numer telefonu, więc przekazują go dalej pocztą pantoflową. Teraz już zaczęłam im mówić,

żeby raczej sms-y wysyłali, więc jak wychodzę z bloku, mam 12 smsów, 13 nieodebranych połączeń, żeby nie było - wysyłają też życzenia na każde święta, na Dzień Kobiet, mam z nimi bardzo dobry kontakt. Tym bardziej nie chcę, żeby tułali się po innych ośrodkach, szukali pomocy. Jeżeli trzeba zrewidować, to ja zawsze się tych rewizji podejmuję. Na szczęście mamy takie możliwości, że wykonujemy nie tylko artroskopię, ale też transfery mięśniowe. Zawsze coś da się zrobić. Tyle, że artroskopia barku to zabieg rzadko wykonywany. W naszym regionie robi to kilka osób, a zapotrzebowanie jest olbrzymie, więc często jak przychodzę do pracy, to pod drzwiami gabinetu czeka 15, 20, 30 pacjentów. Wszyscy cierpiący, wszyscy chcą mieć termin za tydzień, za miesiąc. Rolnicy są trochę lepsi trochę, bo oni chcą mieć na jesień, czyli jak zakończą prace w polu.

MGK: Takie pojęcie „work-life balance”?

AS: Nie ma. Nie istnieje, ale muszę coś z tym zrobić. Chodziłam na basen dwa razy w tygodniu, ale teraz nie mam czasu. Przy takiej ilości zabiegów i pacjentów, wciąż brakuje mi dnia. Tak jak mówiłam: ja pacjenta kwalifikuję, oglądam w poradni, robię wypis. Nie jestem w stanie scedować żadnej z tych części na kogoś innego. Owszem - sporo młodych ludzi się uczy. W Olsztynie jest jedna osoba, do Kętrzyna, gdy operuję przyjeżdża rezydent ze szpitala miejskiego, do Przasnysza dojeżdża rezydentka ze szpitala południowego w Warszawie, w Grajewie jest kolejny rezydent. Ale w barku często kilka rzeczy wymaga zrobienia. Rzadko się zdarza, że wchodzę do stawu, robię jedno ścięgno i jest po operacji. Czasami wchodzę do stawu i muszę zrekonstruować ścięgno mięśnia podłopatkowego i mięśnia nadgrzebieniowego, uwolnić nerw nadłopatkowy. Czyli muszę dobrze pacjenta przed zabiegiem zbadać, zobaczyć, co mu przeszkadza, co muszę naprawić. Robię sobie notatki na skierowaniu i przed zabiegiem jeszcze raz badam. Jakoś nie mogę odpuścić i przekazać części mojej pracy komuś innemu.

MGK: Wracając do tych adeptów - naliczyłam 4 osoby...

AS: To są długie zabiegi, co może niektórych zniechęcać. Każdy etap zajmuje około 15-20 minut, a w trakcie operacji mamy ich do wykonania 6-7. W efekcie cały zabieg trwa od 1,5 do 2,5 godziny, średnio około 2 godzin. Weźmy dla porównania artroskopia kolana. Sprawny operator robi to w 40 minut. To są dwa kolana w czasie jednego barku. A operacja to ułamek całego procesu leczenia.

Później z tym pacjentem jesteśmy przez rok i się „zaprzyjaźniamy”, żyjemy w świetnej komitywie. Oni mnie polecają, chcą, żeby ich rodzinę leczyć, nawet jeśli problemem nie leży w barku, tylko zupełnie gdzie indziej. Do mnie dzwonią rehabilitanci, bo wszystkich swoich pacjentów na rehabilitację kierują. Robi się z tego fajna społeczność.

MGK: A co Pani daje największą radość?

AS: Myślę, że te wszystkie wygojone stożki rotatorów. Zadowoleni pacjenci, którzy przychodzą, chcą drugi bark operować albo przeprowadzają kogoś ze swojej rodziny, znajomego, sąsiada.

Ostatnio pacjent wysłał mi zdjęcia, pokazując, że na skałki pojechał, że się wspina. Zdarzyło mi się, że wchodzę na basen, pływam na trzecim torze i z pierwszego toru słyszę: „Pani doktor, proszę zobaczyć, jak ten bark działa!”. Na cały basen. A ja nie wiedziałam, czy zanurkować, czy pomachać. Na zakupach zaczepiają mnie pacjenci, mówiąc, że wszystko działa, wszystko się zagoiło. Tyle, że ja mam zawsze trudność z zapamiętaniem twarzy. Pamiętam barki. Wiem, co było w stawie, wiem, co robiłam, ale jak ktoś mnie zaczepi na ulicy, to twarzy nie pamiętam.

MGK: Dużo pacjentów to dużo powodów do radości.

AS: To prawda. Zawsze chciałam mieć ciekawą pracę. Chciałam mieć taką pracę „wow”. Nigdy nie żałowałam swojej decyzji.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka





Nowa procedura robotyczna w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

Powiększają się możliwości wykorzystania systemu robotycznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. Po kilku miesiącach przygotowań dr Robert Liss wraz z zespołem przeprowadził pierwsze operacje nerkooszczędzające z użyciem tej technologii.

W Polsce każdego roku diagnozuje się ok. 5 tys. nowych przypadków raka nerki. Przez wiele lat standardem ich leczenia była radykalna nefrektomia, czyli całkowite usunięcie nerki. Obecnie dostęp do technologii robotycznej daje możliwość przeprowadzenia operacji o dużo większej precyzji i minimalnej inwazyjności – tzw. operacji nerkooszczędzających (NSS).

Po kilku miesięcznych przygotowaniach zespół urologów w składzie: operator Robert Liss i asystujący Rafał Kowalczyk ze wsparciem dr Bartłomieja Małkowskiego z Centrum Onkologii w Bydgoszczy wykonał pierwsze dwa takie zabiegi w naszym szpitalu. Dzięki zastosowaniu robota możliwe było dokładne usunięcie guza, przy minimalnym ryzyku uszkodzenia zdrowej tkanki nerki. Podczas zabiegu bardzo istotną rolę odgrywa przestrzeganie zasad dotyczących czasu niedokrwienia nerki, które, gdy trwa zbyt długo może doprowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia narządu. Operacja w asyście robota, w przeciwieństwie to standardowych metod nie stawia technicznych granic. Zabieg można wykonać w całkowitym utrzymaniu

przepływu krwi przez narząd, a zatem zabiegi odbyły się bez zatrzymania ukrwienia nerki i utraty funkcji narządu.

To był wyjątkowy zabieg: zespół anestezjologiczny wykonał innowacyjne blokady regionalne, co pozwoliło zminimalizować zapotrzebowanie na środki przeciwbólowe. Po raz pierwszy operowano przy użyciu dwóch konsol robotycznych, co wymagało pełnej synchronizacji sprzętu i personelu. Kluczowym elementem tej konfiguracji był nowystół operacyjny zintegrowany z robotem, który pozwolił na niezwykle precyzyjne ułożenie pacjentów, zapewniając optymalny dostęp do pola operacyjnego. Tak zaawansowana technologia wymagała najwyższej klasy wsparcia, dlatego na szczególną pochwałę zasługuje świetne i profesjonalne przygotowanie zespołu instrumentariuszek, które sprawnie zarządziły rozbudowanym oprzyrządowaniem.

Wyniki badań naukowych wskazują na wysoką skuteczność tej metody i bardzo niski odsetek nawrotów choroby. Pacjent poddany robotycznej resekcji guza zyskuje ogromną szansę na szybki powrót do codziennego funkcjonowania i trwałe wyleczenie.

Pierwsi dwaj pacjenci, których operowaliśmy zostali uruchomieni wieczorem po zabiegu, a w drugiej dobie wypisani do domu, bez pogorszenia w kontrolnych badaniach funkcji nerek.

W dobie dostępu do badań obrazowych, wykrywa się znacznie więcej guzów nerek na wczesnym stadium rozwoju, klinicznie niemych. Mając taki zespół specjalistów w naszym szpitalu (nefrologów, chirurgów naczyniowych, radiologów inwazyjnych, anestezjologów) możemy leczyć z użyciem technologii robotycznej coraz bardziej skomplikowane przypadki. Nieocenione jest wsparcie zarządu szpitala, który daje możliwość rozwoju nowych metod leczenia.

Powodzenie tych zabiegów wyznacza kierunek dalszego rozwoju ośrodka. W przyszłości planujemy zakup ultrasonografu operacyjnego zintegrowanego z robotem, co pozwoli nam na wykonywanie jeszcze bardziej skomplikowanych resekcji guzów wewnątrznerkowych.

Robert Liss
Koordynator Oddziału Leczenia
Jednego Dnia z Profilem Urologicznym



DATscan – badanie, które pomaga rozpoznać chorobę Parkinsona i nie tylko

Dr Aleksander Kieroński wprowadził w Zakładzie Medycyny Nuklearnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie przełomową pilotażową procedurę diagnostyczną z wykorzystaniem preparatu DATscan, umożliwiającą obrazowanie receptorów dopaminergicznych u pacjentów z podejrzeniem chorób parkinsonopodobnych. Badanie dostarcza informacji o skali uszkodzenia mózgu niemożliwych do zdobycia innymi badaniami obrazowymi, pozwala na optymalizację leczenia chorych. To znaczący krok w kierunku poprawy jakości życia pacjentów zmagających się z objawami chorób neurodegeneracyjnych. Procedura została po raz pierwszy zrealizowana na Warmii i Mazurach.

Medycyna nuklearna kojarzy się wielu osobom przede wszystkim z diagnostyką nowotworów. Tymczasem nasze badania obejmują znacznie szerszy obszar – w tym neurologię, gdzie od lat dysponujemy narzędziem o wyjątkowej wartości diagnostycznej. Mowa o badaniu DATscan, które pozwala zajrzeć w głąb mózgu i ocenić funkcjonowanie układu dopaminergicznego.

Czemu służy to badanie?

DATscan (z ang. Dopamine Transporter Scan) to badanie scyntygraficzne, które obrazuje gęstość transporterów dopaminy w prążkowiu – strukturze mózgu kluczowej dla kontroli ruchu. Dopamina to neuroprzekaźnik, którego niedobór leży u podstaw wielu chorób układu pozapiramidowego. Badanie wykonuje się przede wszystkim w celu różnicowania chorób przebiegających z drżeniem i zaburzeniami ruchowymi. Wskazania obejmują podejrzenie:

- choroby Parkinsona,
- atypowych zespołów parkinsonowskich – takich jak zanik wieloukładowy (MSA), postępujące porażenie nadjądrowe (PSP) czy zwyrodnienie korowopodstawne (CBD),
- drżenia samoistnego, które klinicznie może przypominać wczesną fazę parkinsonizmu, ośpienia z ciałami Lewy'ego.

DATscan jest szczególnie pomocny wtedy, gdy obraz kliniczny jest niejednoznaczny, a rozróżnienie między poszczególnymi jednostkami chorobowymi ma kluczowe znaczenie dla decyzji terapeutycznych. Warto podkreślić: DATscan nie zastępuje oceny neurologicznej, ale ją uzupełnia – dostarcza obiektywnego, obrazowego potwierdzenia zmian, których nie widać w standardowym rezonansie magnetycznym.

Jak przebiega badanie?

Badanie wykonuje się z użyciem radiofarmaceutyku – ioflupanu znakowanego jodem-123 – który podaje się dożylnie. Substancja ta wychwytywana jest przez transportery dopaminy i gromadzi się w prążkowiu proporcjonalnie do ich liczby. Po około trzech/czterech godzinach od podania pacjent układa się na stole gammakamery, a samo skanowanie głowy trwa ok. 30–45 minut. Badanie jest nieinwazyjne i bezbolesne. Dawka promieniowania jest porównywalna z innymi badaniami radioizotopowymi i pozostaje w bezpiecznych granicach.

Jak przygotować pacjenta do badania?

Przygotowanie wymaga kilku kroków. Na trzy do pięciu dni przed badaniem konieczne jest odstawienie niektórych leków – przede wszystkim tych, które mogą wpływać na wychwyt

radiofarmaceutyku (m.in. niektóre leki stosowane w psychiatrii, neurologii czy nadciśnieniu). Decyzję o odstawieniu leków zawsze podejmuje lekarz prowadzący. W dniu badania pacjent otrzymuje preparat jodu (roztwór lub tabletki) – chroni to tarczycę przed niepożądanym wchłonięciem wolnego jodu promieniotwórczego. Pacjent nie musi być na czczo, jednak zaleca się lekki posiłek. Przed przybyciem na badanie warto zabrać ze sobą pełną listę przyjmowanych leków.

Co nas czeka?

Zakład Medycyny Nuklearnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie posiada już pierwsze doświadczenia w realizacji tego badania – jako pierwszym ośrodkiem w naszym województwie. Z nadzieją oczekujemy na pozytywne rozpatrzenie wniosku o finansowanie opisywanej procedury przez regionalny oddział Narodowego Funduszu Zdrowia – istnieje realna szansa, że finansowanie zostanie uruchomione w 2026 roku. Byłby to istotny krok, który otworzy dostęp do tej diagnostyki dla znacznie szerszego grona pacjentów w naszym regionie – bez konieczności ponoszenia kosztów przez chorych i ich rodziny. Warto nadmienić, iż rosnąca prevalencja oraz nieustanna poprawa narzędzi diagnostycznych sprawia konieczność poprawy dostępu do badań dla chorych.

Zakład Medycyny Nuklearnej



Z perspektywy neurologa



Badanie DATscan w Zakładzie Medycyny Nuklearnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie to ważne wsparcie dla neurologów. Nowa diagnostyka pozwala znacznie precyzyjniej odróżnić chorobę Parkinsona od innych schorzeń przebiegających z drżeniem oraz pomaga w różnicowaniu niektórych zespołów otępiennych. O znaczeniu tego badania dla codziennej praktyki klinicznej i pierwszych doświadczeniach z jego wykorzystaniem rozmawiamy z koordynatorem oddziału neurologicznego, dr Jackiem Zwiernikiem.

Marta Gołąb-Kocięcka: Jakie znaczenie dla neurologów ma to badanie?

Jacek Zwiernik: Mamy szereg chorób, które są związane z zaburzeniami napięcia mięśni i również przebiegają z drżeniem. Dla nas podstawowym wzorem takiej choroby jest choroba Parkinsona. Wydawałoby się, że rozpoznanie w chorobie Parkinsona jest dosyć łatwe, bo to rozpoznanie kliniczne, czyli musi być tak zwane drżenie spoczynkowe, musi być wzmoczenie napięcia mięśni i ubóstwo ruchów, to tak zwana bradykineza. Ale okazuje się, że nie jest to do końca takie proste. Nie zawsze pacjent prezentuje taki czytelny obraz i czasami mamy wątpliwości, czy to jest na pewno choroba Parkinsona.

MGK: Z czym można pomylić te symptomy?

JZ: Najczęściej z czymś takim, co się nazywa drżeniem samoistnym. Drżenie samoistne jest znacznie częstsze od choroby Parkinsona, ale powinno przebiegać bez wzmoczenia napięcia mięśniowego. Oczywiście też jest drżenie, w tym również drżenie spoczynkowe, ale nie powinno być zaburzenia napięcia mięśni. Niekiedy ta granica jest bardzo płynna i wtedy mamy kłopot, jak podejść do takiego chorego. Czy leczyć go na chorobę Parkinsona, czy leczyć go na drżenie samoistne. To leczenie nie jest obojętne dla organizmu, więc lepiej byłoby nie robić tak zwanej próby biologicznej - zaaplikować człowiekowi leczenie na jedną chorobę, a jak nie zadziała, to na drugą. Ponieważ w chorobie Parkinsona i w drżeniu samoistnym mamy zupełnie inne strategie leczenia i stosujemy zupełnie inne leki. Tu z pomocą nam przychodzi właśnie takie badanie DATscan.

MGK: Na czym to polega z Waszego punktu widzenia?

JZ: To jest takie badanie, które nam podświetla obszary w mózgu, w których znajduje się dopamina. Taki neuroprzekaznik, który jest bardzo potrzebny dla koordynacji ruchów, dla kontroli napięcia mięśniowego. Jeżeli degenerują, czyli obumierają komórki nerwowe, które produkują i transportują tę dopaminę, to wtedy dochodzi do powstania choroby Parkinsona, bądź tak zwanych parkinsonizmów. W takim przypadku w mózgu nie widać tych dróg dopaminergicznych, one po prostu się wygaszają. Natomiast w drżeniu samoistnym, które ma zupełnie inną patofizjologię, drogi dopaminergiczne są nieuszkodzone.

To jest grupa chorych, u których badanie DATscan nam pozwala na uściślenie, postawienie konkretnej i prawidłowej diagnozy.

MGK: To nie jedyna grupa pacjentów, która korzysta na tym badaniu?

JZ: Druga grupa to pacjenci z zespołami otępiennymi. Czasami trudno rozróżnić poszczególne typy otępienia. Szczególnie mówię tu o chorobie Alzheimera i czymś takim, co się nazywa otępieniem z ciałkami Lewy'ego. Otępienie z ciałkami Lewy'ego ma taką samą patofizjologię jak choroba Parkinsona. Tu też dochodzi do ubytku komórek produkujących i transportujących dopaminę. W chorobie Alzheimera patologia jest zupełnie inna. I dzięki takiemu badaniu DATscan jesteśmy

w stanie odróżnić pacjentów z otępieniem z ciałkami Lewy'ego od pacjentów z otępieniem z chorobą Alzheimera. Żeby było jasne - choroba Parkinsona może nie jest bardzo częstą chorobą, ale my mówimy, że to jest taka powszechna choroba neurologiczna.

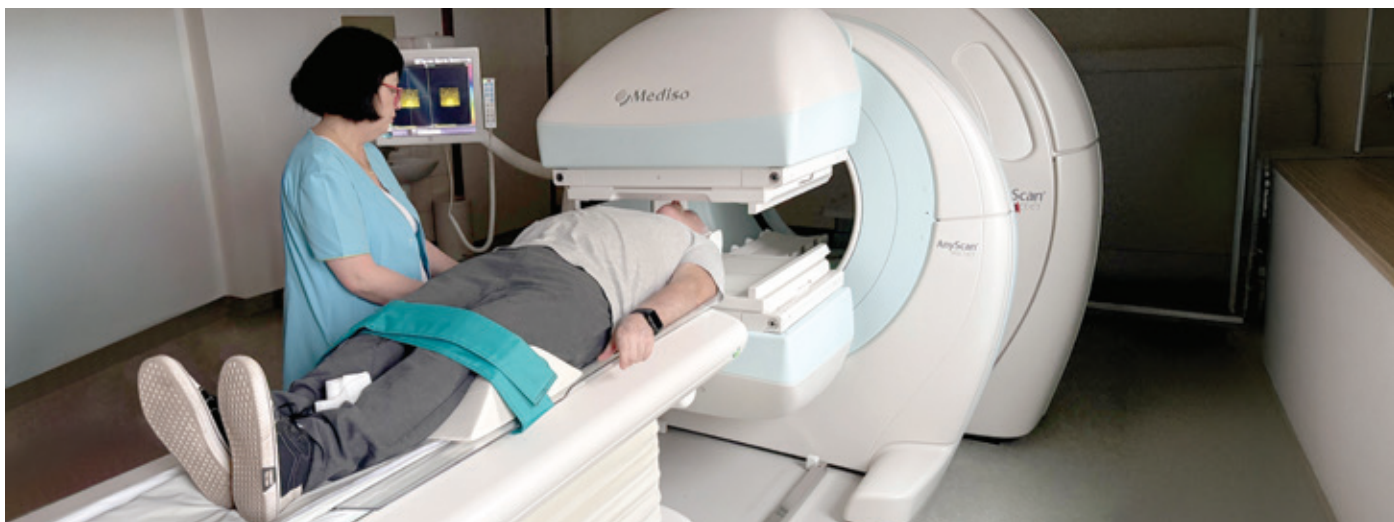
Rzadko kiedy mamy takie wątpliwości, no ale jeżeli są, to przed erą DATscanu taki pacjent był pozostawiony trwałej obserwacji i próbie leczenia jak nie jednej, to drugiej choroby. Teraz możemy to sprawdzić, czy nasza koncepcja choroby Parkinsona czy drżenia samoistnego jest prawidłowa.

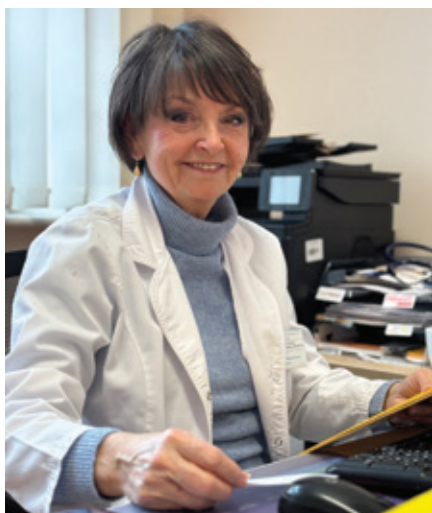
MGK: Już pierwsi pacjenci zostali zbadani i to z sukcesem, prawda?

JZ: Tak, dzięki inicjatywie Zakładu Medycyny Nuklearnej mamy już za sobą wykonane pierwsze badania.

To dla nas bardzo duży krok naprzód, ponieważ możemy w pełni diagnozować i różnicować pacjentów z drżeniem samoistnym oraz chorobą Parkinsona. Badania wypadły bardzo dobrze - dysponujemy nowoczesnym sprzętem, a zespół diagnostyczny pracuje na najwyższym poziomie. W opisywanych przypadkach nie mieliśmy żadnych wątpliwości w potwierdzeniu rozpoznania.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka





Marta Gołąb-Kocięcka: Dlaczego akurat ta specjalizacja?

Danuta Markowska: Zawsze chciałam być lekarzem rodzinnym. Po prostu to lubię. Chciałam tego jeszcze wtedy, kiedy tej specjalizacji formalnie nie było. Lekarz rodzinny leczy całą rodzinę: wszystko, co się rusza i nie rusza, często to powtarzam (śmiech). A po drodze zrobiłam kilka innych specjalizacji: internę, potem reumatologię, zaczęłam ortopedię. Przez dwa lata pracowałam na oddziale ortopedycznym. W pewnym momencie stwierdziłam jednak, że to nie do końca dla mnie. Zrobiłam specjalizację lekarza rodzinnego i poczułam, że to jest właśnie to. I rzeczywiście – dziś jestem spełniona.

MGK: To „zawsze” kiedy się zaczęło?

DM: W piątej klasie podstawówki.

MGK: A to rzeczywiście szybko, celowałam jakoś dekadę później.

DM: Nie kiedy czujesz, że masz powołanie. Ja tak czułam i wiedziałam, co chcę robić. Z tym się po prostu rodziś. Z taką empatią i chęcią pomocy drugiemu człowiekowi.

MGK: Wszyscy lekarze tak mają?

DM: Nie... Chyba nie. Ale wtedy praca to męka. Ja się nie męczę w pracy, a ten który nie ma powołania męczy się i to bardzo.

MGK: Mówi to Pani młodym ludziom, których Pani uczy?

DM: Oni to wiedzą. Mam bardzo fajną, obiecującą młodzież. Mądrzy ludzie. Stażystom staram się pokazać, jak wygląda praca z pacjentem, podpowiadając im, żeby postawili się w miejscu tego człowieka potrzebującego pomocy. Po drugiej stronie. Żeby naprawdę zabezpieczyć pacjentów, trzeba im dać poczucie bezpieczeństwa. A tak naprawdę każdy człowiek go potrzebuje. Jeśli tego poczucia nie ma – nieważne, jak bardzo ktoś się mądry czy udaje chojraka – w środku po prostu się boi. I właśnie z tym strachem przychodzi do nas.

MGK: Ma pani swój patent na pacjentów?

DM: Mam nadzieję, że odziedziczyłam intuicję po matce. Potrafię wyczuć, czego ktoś naprawdę potrzebuje w danym momencie. To nie jest

Dekada POZ

Od 10 lat w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie działa gabinet POZ. Pod jego opieką jest prawie 1700 pacjentów. Od początku jego istnienia pacjentami zajmuje się dr Danuta Markowska.

wyuczone. Zawsze próbuję wyobrazić sobie, z jakim problemem przychodzi ten człowiek i jak do niego dotrzeć, żeby naprawdę mu pomóc. Nie chodzi o to, żeby „odhaczyć” pacjenta i przejść do następnego. Ja chcę realnie pomóc.

Nawet jeśli ktoś staje okoniem albo reaguje złością, mówię spokojnie: „Proszę się nie denerwować. Ja naprawdę chcę Panu pomóc”.

MGK: Nie boi się Pani nieszablonowych rozwiązań?

DM: Ani problemów. Nie lubię się nudzić, dlatego gdy coś się dzieje, jestem w swoim żywiole. Mogę pomóc, mogę coś zgadnąć, zrobić małe dochodzenie.

MGK: Taki trochę Doktor House.

DM: Coś takiego, chociaż seriali medycznych nie oglądam, bo za bardzo odstają od rzeczywistości. Ale z tym Doktorem Housem to o tyle dobre porównanie, że gdy przychodzi pacjent na pierwszą wizytę to pytam, czy na coś choruje. Zwykle słyszę: „Nie, nic mi nie jest”. Na co ja odpowiadam: „Spokojnie, zaraz coś znajdziemy”. Oczywiście żartuję. Ta pierwsza wizyta to zawsze taki moment wzajemnego „sprawdzania się” – pacjent bada lekarza, lekarz bada pacjenta. Obie strony chcą się poznać i upewnić, że nadają na tych samych falach. Moją rolą jest zdobycie zaufania pacjenta. Lubię to robić i chyba mi to wychodzi. Czasami mojej młodzieży lekarskiej mówię, że bawię się w psychologa, księdza i adwokata. Nawet pudełko z chusteczkami mam na wszelki wypadek.

MGK: Rozszerza Pani pojęcie interdyscyplinarnego leczenia.

DM: Taka jest specyfika bycia lekarzem rodzinnym. Trzeba znać się na ortopedii i psychiatrii. Poza tym starzejemy się jako społeczeństwo. Bardzo dużo moich pacjentów to starsi ludzie. Przychodzą – widzisz taką ich kruchość i wiesz, że trzeba im zabezpieczyć miłość rodziny, ciepło, jedzenie... Poczucie bezpieczeństwa, jak dziecku, niemowlęciu. Problem jest kiedy rodzina nie ma jak się zająć albo nie ma pieniędzy, żeby oddać do domu opieki. Starzenie się społeczeństwa staje się dziś ogromnym wyzwaniem. Coraz częściej trafiają do nas pacjenci w wieku osiemdziesięciu lat i więcej. Widzę, że wiele dolegliwości – kołatania serca, zawroty głowy, bóle czy ogólne osłabienie – ma to podłoże psychosomatyczne i wynika z lęku. Tacy pacjenci często są samotni: czerpią informacje głównie z telewizji, nie radzą sobie z nowymi technologiami, a rodzina mieszka daleko. Żyją w ciągłym poczuciu zagrożenia. To napięcie i strach przekładają się później na realne problemy zdrowotne, zaburzenia funkcjonowania organizmu i pogorszenie jakości życia.

MGK: Holistyczne podejście.

DM: Inaczej nie da się leczyć. Musi być całościowo. Boli cię ucho, ale z jakiegoś powodu, boli cię głowa – może masz chore nogi albo zęby. Są różne możliwości, każdą trzeba rozważyć, żeby dojść do sedna.

MGK: Inaczej rozmawia się z takim pacjentem, a gdy za chwilę zamykają się drzwi i wchodzi o taki, o którym Pani mówi „Chojrak” – trzeba się przestawić.

DM: Każdy z pacjentów. Niezależnie od tego, jaką postawę prezentuje przychodzi po to samo. Po pomoc. A ja chcę pomóc i jestem w tym autentyczna i szczerą.

MGK: Pamięta Pani jak budowaliście POZ w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie?

DM: To było zupełnie nowe miejsce, budowane praktycznie od zera. Na początku najważniejsze były zapisy, bo wtedy wszędzie obowiązywały listy do lekarza rodzinnego. Zakładaliśmy, że będą się zapisywać głównie nasi pracownicy, ich rodziny i pacjenci z najbliższej okolicy, ale szybko okazało się, że przyjeżdżają także z dalszych części miasta, a nawet spoza Olsztyna.

Myślę, że to dlatego, że każdy szuka lekarza, który nie tylko leczy, ale przede wszystkim wzbudza zaufanie i realnie pomaga. To zawsze było dla nas kluczowe.

Początki były jednak bardzo intensywne. Przez trzy lata szczepiliśmy przeciwko grypie praktycznie wszystkich seniorów w Olsztynie. To był ogrom pracy – momentami prawdziwy „Armagedon”. Przyznam szczerze: było to doświadczenie, którego już nigdy nie chciałabym powtarzać. Dużo emocji nas to kosztowało.



MGK: Jak zmieniali się pacjenci przez ten czas?

DM: Kiedyś mieliśmy inne jednostki chorobowe. Np. nie było takiej masy uczuleń, nowotworów. Teraz codziennie badając pacjentów mam z tyłu głowy, że rośnie nam zachorowalność na nowotwory i takiej diagnozy nie mogę wykluczyć. To oczywiście też jest kwestia tego, że żyjemy coraz dłużej. Kiedyś starośći dożywał ten, kto był zdrowy.

Więc z jednej strony mamy starszych ludzi, z drugiej młodszych którzy żyją jak żyją, jedzą to co jedzą i wyglądają jak wyglądają. Nie zawsze chcą przyjąć wiadomości, że to im nie służy.

MGK: Widzę, że Pani zawsze szczerze... Pacjenci też są zawsze szczerzy.

DM: Nie zawsze im to wychodzi. Co innego mówią pielęgniarki, kiedy się rejestrują, co innego mi, ale wszystko weryfikuje się w tym gabinecie. Zdarza się, że widzę, że coś kombinują. Przeważnie to dotyczy mężczyzn. Wtedy mówię: „Naprawdę niczym mnie pan już nie zaskoczy! Za długo pracuję, ale proszę bardzo – niech Pan próbuje.” Jeszcze żadnemu się nie udało.

MGK: Funkcjonują jakieś mity zdrowotne, które szczególnie Panią irytują? Takie, które trzeba ciągle dementować?

DM: Wie Pani co, mnie już chyba nic nie irytuje. Ja naprawdę wszystko słyszałam. Już mnie nic nie zaskakuje.

MGK: A morsowanie? Teraz bardzo modne.

DM: Nieszczególnie. Widzę, że po morsowaniu ludzie po prostu chorują.

MGK: A diety?

DM: Ostrożnie. Zawsze mówię: proszę tego nie robić na własną rękę.

MGK: Wykluczanie glutenu, mięsa?

DM: Bzdura. Człowiek jest wszystkożerny. Słyszę często: „nie jem, bo to żyje”. A ja odpowiadam: roślinka też żyje. Mówię pacjentom: wyrośnie Pan z tego. I proszę mi wierzyć, nie widziałam jeszcze seniora, który całe życie był na modnej diecie eliminacyjnej. Skrajności są po prostu wbrew naturze.

MGK: Za co Pani lubi tę pracę?

DM: Mogę się realizować, to jest moje powołanie. Lubię pomagać innym. Pomagam nie tylko w pracy, ciągle ktoś dzwoni i praktycznie codziennie kogoś konsultuję telefonicznie. Tak jest od lat. Człowiek się do tego przyzwyczaja. Znajomi konsultują, pytają. Lekarz chyba jest zawsze w pracy, prawda? Trochę jak prokurator.

MGK: Chyba jednak trochę inaczej niż prokurator. Inne potrzeby do zaspokojenia.

DM: Ludzie starsi często są samotni i na samotność ani na potrzebę poczucia bezpieczeństwa ja nic nie poradzę. Dlatego przychodzą i będą przychodzić. Oni bardzo często potrzebują rozmowy z lekarzem, zwykłej rozmowy, poczucia, że ktoś ich wysłucha i da im trochę bezpieczeństwa. Powie: to jest akurat serce, to wynika z tego i tego. Ja zawsze wszystko tłumaczę, żeby pacjent wiedział, co się z nim dzieje, na czym polega choroba, i żeby się nie martwił. Żeby miał świadomość, że w razie potrzeby zawsze może przyjść albo zadzwonić. Bo tu chodzi o bezpieczeństwo.

MGK: Pytam o to, bo często słyszę takie opinie, że starsi ludzie chodzą do lekarza „dla rozrywki”.

DM: To nie jest żadna rozrywka. Rozrywka to bingo w Ameryce. Tu chodzi o coś zupełnie innego. Taki człowiek przychodzi, żeby się upewnić, że żyje. Trzeba go zbadać, porozmawiać, wytłumaczyć: „Nie, to jest to, to jest spowodowane tym.” Czasem zrobić badanie, które i tak należało wykonać. Wtedy on wychodzi spokojniejszy, bo u podstaw tego wszystkiego ego jest lęk.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka





Jak się tworzy POZ

Od zakładania gabinetów szkolnych i pracy w środowisku lokalnym po współtworzenie przychodni dla pracowników szpitala – zawodowa droga Marioli Sontowskiej od lat prowadzi przez miejsca, w których najważniejszy jest bezpośredni kontakt z ludźmi. Pielęgniarka z dziesięcioletnim stażem w poradni POZ opowiada o tym, jak zmienili się pacjenci, dlaczego w tej pracy potrzeba przede wszystkim cierpliwości i empatii oraz jak wygląda codzienność na „pierwszej linii” kontaktu z pacjentem.

Marta Gołąb-Kocięcka: Zanim trafiła Pani do POZ, gdzie Pani pracowała?

Mariola Sontowska: Mam za sobą kilka prac: w Zakładzie Karnym w Barczewie, Domu Opieki w Jonkowie, ale przede wszystkim w Dobrym Mieście, gdzie zakładałam gabinety szkolne w szkołach ponadpodstawowych. Pracowałam też w Świątkach jako pielęgniarka środowiskowa i szkolna. Bardzo to lubiłam. Przepracowałam tam 16 lat. To było bardzo rozwijające, bo pracowałam „w środowisku” z seniorami, a w szkołach z dziećmi i młodzieżą.

To była praca bardzo różnorodna, takie ciągłe przechodzenie z jednego zadania w drugie. Z jednej strony sporo obowiązków formalnych: bilanse, dokumentacja, przygotowywanie pogadanek, ale z czasem coraz więcej pracy bezpośrednio z dziećmi. I właśnie to najbardziej mnie wciągnęło. Bardzo lubiłam prowadzić pogadanki, bo dzieci słuchały z ogromnym zainteresowaniem, były otwarte, ciekawe świata. Czasami pojawiały się też na przerwach, żeby poobserwować dzieci. Niektóre wymagały dodatkowej uwagi, obserwacji, dalszej diagnostyki. Nie wszystko da się zauważyć w gabinecie, dlatego warto czasem popatrzeć na nie w naturalnych, codziennych sytuacjach. Przy okazji sprawdzałam, czy jak wychodzą z łazienki to mają umyte ręce. Jeśli nie, prosiłam, żeby wracały. Z czasem te dzieciaki nauczyły się tego, że kiedy wychodziły z łazienki i widziały mnie, bez słowa odwracały się na pięcie i szły myć dłonie. Śmiałyśmy się kiedyś z panią dyrektorką, że powinni postawić przy umywalkach moją podobiznę wyciętą z kartonu, wtedy wszystkie dzieci bez wyjątku myłyby ręce.

Ze Świątek trafiłam tu, chociaż wcale tego nie planowałam. Chciałam coś zmienić i myślałam o poradniach specjalistycznych, ale Pani Dyrektorka Taraszkiewicz powiedziała, że tu otwierają nowy POZ i zapytała czy bym nie podjęła się takiego zadania. Zgodziłam się i tak minęło 10 lat.

MGK: Jak wyglądały te początki?

MS: Wszystko działało się już przy dużym wsparciu szpitala, Pani Beata Jastrzębowska była silną podporą, zwłaszcza jeśli chodzi o kwestie organizacyjne i lokalowe. A dalej... dalej potrzebne było już po prostu serce i chęć do pracy, bo bez tego, w takim miejscu się nie da.

MGK: Więcej serca czy więcej chęci?

MS: Myślę, że to i to. Tutaj pracuje się trochę inaczej niż w POZ-cie, w którym byłam wcześniej. Tam miałam pełen przekrój pacjentów i obowiązków. Pracowałam zarówno w przychodni, jak i w środowisku. Jeździłam do pacjentów do domów, znałam całe rodziny, część dzieci spotykałam też w szkołach. Brałam udział

w wywiadach środowiskowych jako pielęgniarka szkolna, szczepiłam dzieci.... Wszystko było w jednym miejscu. To była prawdziwa opieka holistyczna, bo obejmowała całego człowieka i jego otoczenie. Tutaj ten zakres jest już bardziej zawężony. Pracuję wyłącznie jako pielęgniarka POZ, bez pracy środowiskowej. Nie ma też opieki pediatrycznej w takim zakresie jak wcześniej, Pani Doktor przyjmuje dzieci, ale jest ich mniej. To po prostu inny model pracy.

MGK: A jak zdobywaście pacjentów?

MS: Przede wszystkim założeniem było stworzenie POZ dla pracowników szpitala.

Pani dyrektor uznała, że dobrze by było, żeby pracownicy szpitala mieli swój POZ, żeby nie musieli biegać, stać w kolejkach, żeby mogli tutaj załatwić sprawy oni i ich rodziny.

MGK: Dużo potrzeba wyrozumiałości w kontaktach z pacjentem?

MS: Bardzo dużo. Niezbędna jest ogromna cierpliwość i empatia, bo pacjent dziś bardzo się zmienił. Ma inne oczekiwania i my, jako personel medyczny, musimy się do tego dostosować. To, czego uczono nas kiedyś w szkole, w dużej mierze już nie wystarcza. Trzeba uczyć się na bieżąco, nie tylko medycyny, ale też komunikacji. Dawniej pielęgniarka była dla pacjenta wyraźnym autorytetem. Dziś jest inaczej. Pacjenci są bardziej roszczeniowi, bardziej „życzeniowi”, szczególnie w młodszych pokoleniach. Mają dostęp do ogromnej ilości informacji, ale często nie potrafią poruszać się w systemie ochrony zdrowia i nie zawsze chcą słuchać wyjaśnień. Przeczytają coś w internecie, mają konkretne oczekiwania, nie zawsze potrafią „połączyć kropki”, ale wywierają na nas presję.

MGK: Jak sobie Pani z tym radzi? To praca na pierwszej linii. To Pani odbiera te telefony.

MS: Po prostu to lubię i Kocham to robić. Może dlatego to nie jest tak trudne.

Poza tym proszę pamiętać, że pacjenci, którzy do nas przybywali na początku, to byli też trudni pacjenci, tacy którzy byli zawiedzeni opieką w innych poradniach. To pacjenci, którzy wędrowali po innych placówkach, bo np. nie mogli dostać się do lekarza, bo doktor im tyle czasu nie poświęcił, ile by chcieli, a słyszeli, że doktor Markowska poświęca więcej czasu, więc przychodzili do nas. Inni dlatego, że mieli blisko, a jeszcze inni to studenci, zachęceni informacją, że do nas można się szybko dostać. Poczta pantoflowa działała. Teraz działa sztuczna inteligencja. To ma swoje plusy i minusy. Są takie poradnie, gdzie rejestrują systemy oparte na AI, ale one nie analizują niuansów. To rodzi frustrację pacjentów. Przy rejestracji pacjentów zawsze staramy się rozsądnie to ocenić. Wiemy,

ilu pacjentów pani doktor jest w stanie realnie przyjąć, wiadomo, nie jest „z gumy”. Dlatego w pierwszej kolejności zapisujemy tych, którzy są najbardziej potrzebujący i najbardziej chorzy.

Jeżeli ktoś zgłasza się tylko po omówienie wyniku, który Pani Doktor już wcześniej sprawdziła i który jest prawidłowy, to naprawdę nic się nie stanie, jeśli porozmawia o nim dwa dni później. Taka wizyta nie powinna blokować ostatnich wolnych numerków, które chcemy zostawić dla pacjentów w gorszym stanie: z bólem, z nagłym problemem zdrowotnym albo potrzebujących pilnie zwolnienia lekarskiego, bo pracują. Z kolei pacjent, który jest na emeryturze, ma dobry wynik i przebywa w domu, nie wymaga tak pilnej interwencji. Właśnie w ten sposób staramy się klasyfikować pacjentów, żeby uniknąć kolejek, jakie pamiętamy sprzed lat, gdy już o ósmej rano przed rejestracją stał tłum czekających. Doszliśmy do wniosku, że nie ma sensu męczyć pacjentów i wprowadzać niepotrzebnego chaosu. Chodzi o to, żeby mieli poczucie bezpieczeństwa, że niezależnie od tego, czy zadzwonią, czy przyjadą osobiście, wcześniej czy później zostaną zarejestrowani i dostaną swój numer. Jeśli około godziny dziesiątej lista na dany dzień jest już kompletna, informujemy o tym uczciwie. Ponieważ kiedy nagle pojawia się „chmara” pacjentów, a do tego jeszcze ktoś się dodzwania, nie chcemy potem odsyłać połowy osób z hasłem: „proszę przyjść jutro”. Tak nigdy nie robiliśmy. U nas działa to tak, że pacjent dzwoni – czy na dziś, czy na dwa dni, zawsze otrzyma termin. Wyjątki zdarzają się naprawdę rzadko. Nie ma sytuacji, w której słyszy: „proszę zadzwonić jutro”. To bardzo dobrze się sprawdza. W praktyce robimy tak, że zostawiamy rezerwowe „numery” właśnie na takie pilne przypadki. Pacjent wie, że przyjdzie „na pilne” i że może to chwilę potrwać.

MGK: Inaczej mówiąc, rozbrajacie te bomby, które zwykle wybuchały w POZ-ach?

MS: Chociaż to bywa trudne. Zwłaszcza gdy mamy nagły napływ pacjentów z infekcjami grypopodobnymi i już na drugi czy trzeci dzień lista jest całkowicie wypełniona. W praktyce robimy tak, że zostawiamy rezerwowe „numery” na pilne przypadki, żeby mieć pole manewru.

MGK: Jak Pani patrzy na te 10 lat?

MS: Kiedy tu przyszedłam po raz pierwszy, poczułam, że tu jest dobra aura, że chcę tu pracować. Tak jest do dzisiaj. Widziałam i wciąż widzę w tych ludziach życzliwość, wsparcie i prawdziwą chęć współpracy. To daje ogromną radość i sprawia, że praca staje się przyjemnością i satysfakcją.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka



Ze SKOR do POZ

Po trzech dekadach w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym do zespołu POZ dołączyła Ewa Kubiacyk – pielęgniarka z 48-letnim doświadczeniem w ochronie zdrowia. Przez lata pracowała na pierwszej linii medycznych dramatów: przy ciężkich wypadkach, udarach i w czasie pandemii. Dziś w poradni spotyka się z innym obliczem medycyny – pacjentami zmagającymi się z lękiem, nadmiarem informacji z internetu i brakiem wiedzy o własnym zdrowiu.

Marta Gołąb-Kocięcka: Pani Ewo, można powiedzieć, że jest Pani takim żołnierzem służby zdrowia?

Ewa Kubiacyk: Chyba tak. Uwielbiam swoją pracę. Najlepiej pracowało mi się na SKOR-ze. Spędziłam tam 30 lat, a w tym roku mija już 48 lat mojej pracy w ochronie zdrowia.

MGK: A przecież mówi się, że SKOR to najtrudniejszy odcinek.

EK: To prawda, ale dla mnie SKOR był żywiołem. Choć po tylu latach poczułam, że to już wystarczy. Zdecydowałam się odejść z oddziału, ale zaproponowano mi pracę w poradni i w medycynie pracy. To była dobra, potrzebna zmiana.

MGK: Trochę spokojniej.

EK: Spokojniej – to prawda. Trzydzieści lat pracy na SKOR-ze to trochę jak praca na polu minowym. Najtrudniejsza była pandemia, kiedy byliśmy na pierwszej linii. Pamiętam młodych ludzi z COVID-em – przyjeżdżali, rozmawiali z nami, a chwilę później trzeba było ich intubować. Były też ciężkie wypadki, takie, przy których człowiek się zastanawiał, jak bezpiecznie dotknąć pacjenta. Do tego pobudzeni chorzy, udary... To była naprawdę wymagająca praca.

MGK: Trudno nie zabierać takiej pracy do domu.

EK: Były lata, kiedy swoją pracę bardzo obciążałam rodzinę. Pracowałam wtedy na oddziale dziecięcym, na hematologii – przy białaczkach. Wytrzymałam tam jednak tylko trzy miesiące. Śmierć małego pacjenta, to jest coś co bardzo obciąża.

Potem trafiłam tutaj. Zaproponowano mi pracę na Izbie Przyjęć albo na neurologii. Neurologię dobrze znałam, bo wcześniej współtworzyłam Oddział Neurologii w Szpitalu i jeszcze przez dwadzieścia lat pracowałam tam jako oddziałowa. Wiedzałam więc, z czym to się wiąże, wybrałam Izbę Przyjęć.

MGK: Chyba lubi Pani adrenalinę.

EK: Lubię adrenalinę. Zresztą przez dziesięć lat dodatkowo pracowałam w SKOR-ze dziecięcym. Trafiłam tam na samym początku, kiedy właściwie dopiero tworzone ten oddział i wielu osobom trudno było jeszcze zrozumieć, czym naprawdę jest SOR. Wszystkiego się uczyli.

Praca na SOR-ze dziecięcym była trochę inna. Zespół musiał się tego wszystkiego nauczyć – czym jest medycyna ratunkowa, jak działa taki oddział. My mieliśmy już wcześniejsze doświadczenia, więc wiedzieliśmy, jak to powinno wyglądać.

MGK: Jacy pacjenci przychodzą do poradni? Pani doktor mówiła o lęku, że lęk jest czymś, co definiuje pacjentów.

EK: Bardzo dużo młodych ludzi dzwoni dziś z problemami związanymi z depresją czy lękiem. Często wcześniej dużo czytają w internecie, googlują swoje objawy i choroby. Zdarza się, że kiedy do nas dzwonią, od razu mówią nawet, jakie leki, ich zdaniem, powinni dostać. Na drugiej linii są pacjenci, którzy lekceważą swoje objawy. Zdarza się, że ktoś od kilku dni ma drętwienie ręki albo nogi, zawroty głowy, ale nie traktuje tego poważnie. Dopiero podczas badania okazuje się, że może chodzić o udar.

MGK: Z każdym można znaleźć wspólny język?

EK: Nie, ale do każdego pacjenta można jakoś dotrzeć, nawet do tego agresywnego. Czasem trzeba po prostu zamilknąć, pozwolić mu się wykrzyczeć, wygadać. A potem często przychodzi moment, kiedy sam przeprasza. Miałam naprawdę różne sytuacje, szczególnie z pacjentami pod wpływem alkoholu czy różnych środków psychotropowych. Co ciekawe, najtrudniejsze bywały właśnie kobiety, nie panowie. Zdarzało się, że po czasie zaczynały traktować mnie jak koleżankę. Nie chciały, żeby ktoś inny się nimi zajmował, tylko „pani Ewa”. Choć na początku bywało, że słyszałam pod swoim adresem bardzo różne określenia.

Takie sytuacje zdarzają się też tutaj. W tym tygodniu mieliśmy kilka osób z bardzo dużymi oczekiwaniami. Było na przykład dwóch młodych mężczyzn, zapisanych do poradni na Pana Tadeusza, ale nie chcieli czekać. Przyszli więc tutaj i zaczęli domagać się natychmiastowego przyjęcia. Weszli nawet do gabinetu pani doktor, mimo że prosiłam, żeby poczekali, bo w środku jest pacjent. Na szczęście ten pacjent, który akurat był u pani doktor, pomógł nam „wyprosić” ich z gabinetu. Czasami zdarzają się też osoby, które zażywają narkotyki. Przychodzą jako pacjenci pani doktor. Mieliśmy już taką sytuację, że jeden z nich siedział spokojnie, a w tym czasie jego kolega robił awanturę i domagał się wypisania recepty.

MGK: Jak pani patrzy na zmiany, które się dzieją się w ochronie zdrowia?

EK: Pamiętam wypadek samochodowy sprzed około 20 lat. W tamtym czasie jako karetki jeździły jeszcze duże fiaty.

Samochód uderzył w drzewo, w środku było dziewięć osób. Była noc i karetki zaczęły przywozić do nas poszkodowanych. Zapamiętałam ten wypadek, bo potem różne myśli kłębiły mi się w głowie. Pacjenci byli przywożeni po kolei. Jako pierwsi przyjechali ci, którzy mieli lżejsze obrażenia. Najbardziej poszkodowany chłopak został przywieziony na końcu. Ten chłopak zmarł. Później, kiedy zaczęto wprowadzać procedury segregacji i zmieniać sposób postępowania przy takich wypadkach, wszystko zaczęło wyglądać zupełnie inaczej. Teraz, z perspektywy czasu, widzę jakie znaczenie mają te wszystkie wprowadzane procedury.

Pamiętam też wypadek pod Klebarkiem. Tam jest taka wąska droga, po obu stronach wielkie drzewa. Młody chłopak uderzył samochodem w drzewo i został przywieziony do nas. Zdążyliśmy go przyjąć i przekazać na Oddział Intensywnej Terapii, ale zmarł.

Najbardziej zapadło mi jednak w pamięć to, co wydarzyło się chwilę później. Do szpitala przyjechali jego rodzice i siostra. Policja znalazła w samochodzie dokumenty z adresem i powiadomiła rodzinę. Rodzina była w ogromnym szoku. Pamiętam, że byli w takim szoku, że kiedy zobaczyli ciało, nie patrzyli nawet na twarz – tylko na buty. Nad ranem chłopak wrócił do domu. Rodzice byli przekonani, że to on zginął – na OIOM-ie potwierdzili nawet jego tożsamość. Tymczasem samochodem jechał sąsiad. Dokumenty syna były w aucie, bo chłopak został jeszcze na dyskotecę, a sąsiad wzięł jego samochód. Do tego mieli takie same buty.

MGK: Dzięki Pani doświadczeniu widzi pani, że medycyna, zasady i procedury dzisiaj, to ogromny przeskok między tym co było 30 lat temu.

EK: Oczywiście bardzo ważny jest sam triage, który od kilku lat funkcjonuje na SOR-ach. Dzięki niemu można szybko wychwycić pacjentów z chorobami lub urazami, którymi trzeba zająć się natychmiast. Uważam, że procedury w medycynie są niezwykle ważne. Kiedyś wielu z nich po

prostu nie było. Dziś, przy wypadkach masowych wszystko jest dużo lepiej zaplanowane. Inaczej wygląda segregacja pacjentów i nie przewozi się już wszystkich poszkodowanych do jednego szpitala. Na miejscu jest koordynator, który decyduje, gdzie trafią poszczególni pacjenci. Najcięższe przypadki trafiają do centrum urazowego, takiego jakie jest w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym. Tutaj na miejscu jest wszystko, co potrzebne: neurochirurgia, ortopedia, chirurgia, tomografia komputerowa, rezonans, dostęp do krwi. W takich sytuacjach liczy się każda minuta i to, że cały ten system działa sprawnie.

Kiedy zaczynałam pracę, 48 lat temu, używałam szklanych strzykawek. Przez pewien czas uczyłam tutaj studentów ratownictwa. Opowiadałam im wtedy, jak kiedyś wyglądała praca z cewnikami czy rękawiczkami – suszono je na kaloryferach, talkowano, cewniki trzeba było myć, a strzykawki i igły płukać i odpowiednio suszyć w specjalnych pojemnikach.

Później pojawiły się autoklawy i gotowe gaziki. Dziś młodzi ludzie nie mają pojęcia, jak to kiedyś wyglądało. Wszystko teraz jest jednorazowe – rozpakowują i od razu używają. Kiedyś na nocnej zmianie nie miałam nawet pięciu minut na odpoczynek, bo trzeba było składać gaziki tak, żeby niteczki nie wystawały, bo nie daj Boże nitka wpadłaby do środka opatrzywanej rany.

Wszystko trzeba było dokładnie przygotować, nawet do robienia zastrzyków robiło się waciki na palcach.

MGK: Waciki na palcach?

EK: Brało się kawałek waty, zawijało i wkładało do puszek. Rękodzieło. Dreny, żeby odprowadzić np. wydzielinę z rany, przygotowywało się w inny sposób – cewniki trzeba było ciąć i moczyć w alkoholu. Takie były czasy. Teraz młodzi czasem narzekają, nie wiedząc, jak to wyglądało kiedyś. Wtedy naprawdę trzeba było mieć powołanie do tej pracy.

MGK: Pani zawsze wiedziała?

EK: Tak. Kiedy mieszkałam w Szczecinie, przyjechałyśmy z mamą na egzamin do liceum tutaj. Mama potem przyznała, że w duchu modliła się, żebym się nie dostała. Chciała, żebym skończyła ogólniak. A ja jako jedna z trzech się dostałam. Mama mówiła potem, że Bóg jej nie wysłuchał.

Potem, kilka lat później, kiedy już pracowałam na SOR, byłam zastępcą oddziałowej, mama mówiła, że dobrze się stało, że Bóg jej nie wysłuchał.

MGK: Mama się pogodziła z Bogiem.

EK: Czasem życie samo najlepiej układa nasze drogi.

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka



Podsumowując 10 lat funkcjonowania POZ w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, przeanalizowaliśmy raport z badania ankietowego PASAT (Pakiet Satysfakcja) – profesjonalnego narzędzie do badania doświadczeń pacjentów, opracowanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Zdecydowana większość odpowiedzi – 96 procent dotyczyła wizyt stacjonarnych, 3 procent wizyt domowych, a 1 procent teleporad.

Łatwość zapisania się na wizytę aż w 78 procentach ankietowani ocenili bardzo dobrze, 19 procent wystawiło ocenę dobrą, natomiast najniższą ocenę – bardzo źle – wskazało jedynie 0,6 procent respondentów.

Zaangażowanie pracowników rejestracji bardzo dobrze oceniło 80 procent ankietowanych. Przeciwnego zdania było zaledwie 0,3 procent

respondentów, którzy wskazali odpowiedź „bardzo źle”. Wysoki odsetek badanych – aż 79 procent – bardzo dobrze ocenił również terminowość realizacji wizyt oraz godziny przyjęć personelu medycznego. Z kolei pomoc udzielaną w gabinecie zabiegowym bardzo dobrze oceniło 89 procent pacjentów. Dla porównania jedynie 0,5 procenta respondentów wskazało odpowiedź „bardzo źle”.

Budująco wyglądają także kolejne wskaźniki. 84 procent ankietowanych bardzo dobrze oceniło jakość świadczeń zdrowotnych, a 83 procent najwyższą ocenę wystawiło za zaangażowanie pracowników POZ w rozwiązywanie problemów medycznych pacjentów.

Równie wysoki odsetek respondentów – 84 procent bardzo dobrze ocenił jasność informacji przekazywanych przez personel medyczny. Z kolei 82 procent ankietowanych najwyżej

oceniło zaangażowanie personelu w zachęcanie pacjentów do korzystania z badań profilaktycznych.

Nie można też pominąć rubryki „Uwagi”, w której pojawiły się m.in. takie komentarze:

„Pani Mariola jest super!”

„Pani Doktor Markowska bardzo szeroko, holistycznie podchodzi do problemów. Nie ma problemów z wystawieniem skierowania do poradni specjalistycznych, by dalej diagnozować chorobę, przy czym wcześniej sama podejmuje działania, by problem zdrowotny rozwiązać. Rzeczowa i bardzo konkretna. Pani pielęgniarka też wspierała, uśmiecniła. Kontakt z poradnią bardzo przystępny.”

Rzeczpospolita
PolskaSfinansowane przez
Unię Europejską
NextGenerationEUMinisterstwo
Zdrowia

Nowoczesna kardiologia i kardiochirurgia w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

Realizujemy kolejny strategiczny projekt finansowany ze środków Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności. Za ponad 30 milionów złotych kupujemy ponad 250 sztuk sprzętu do leczenia chorób serca. Nowe urządzenia trafią m.in. na oddziały: kardiologiczny i kardiochirurgiczny oraz do sal operacyjnych.

Wraz z wyraźnym starzeniem się populacji, wydłużaniem średniej długości życia, poprawą dostępności do nowoczesnej diagnostyki oraz coraz lepszymi możliwościami leczenia rośnie liczba pacjentów, którym można zaproponować skuteczne leczenie kardiochirurgiczne. Coraz częściej są to osoby w podeszłym wieku, wymagające zaawansowanej opieki oraz precyzyjnie dobranych metod terapii.

Obecnie na leczenie trafiają przede wszystkim pacjenci w podeszłym wieku, często obciążeni wielochorobowością - mówi dr Jerzy Górny, ordynator Oddziału Kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie - są to osoby po osiemdziesiątym roku życia, zmagające się m.in. z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, chorobami naczyń oraz innymi schorzeniami współistniejącymi.

Zabiegi kardiochirurgiczne u takich chorych są szczególnie wymagające - należą do procedur trudnych, długotrwałych i obciążonych podwyższonym ryzykiem. Nasza wysoko wykwalifikowana kadra medyczna wyposażona w nowoczesny, specjalistyczny sprzęt daje realną możliwość skutecznego leczenia i ratowania życia nawet najbardziej obciążonych pacjentów.



Wsparcie kardiologów i kardiochirurgów

W ramach projektu planowany jest zakup specjalistycznego wyposażenia umożliwiającego kompleksową diagnostykę, leczenie i monitorowanie pacjentów z chorobami serca. Otrzymaliśmy dofinansowanie do zakupu sprzętu, który zmodernizuje nam, poprawi i usprawni cały proces leczenia pacjenta - wylicza dr Anna Witt-Majchrzak, ordynator Oddziału Kardiochirurgicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie - Największą inwestycją jest zakup nowoczesnego systemu monitorowania funkcji życiowych oraz monitorowania hemodynamicznego uwzględniającego monitorowanie układu krążenia zarówno inwazyjne jak i nieinwazyjne, co daje możliwość precyzyjnej oceny aktualnego stanu hemodynamicznego pacjenta z uwzględnieniem wielu parametrów klinicznych. To pozwala na optymalne leczenie w okresie okołoperacyjnym pacjentów operowanych z powodu chorób serca i aorty piersiowej. System obejmować będzie stanowiska na salach operacyjnych, salach pooperacyjnych oraz w sali angiograficznej, gdzie wykonywane są procedury przeznaczyniowe (TAVI). Kolejnym elementem monitorowania będzie system telemetrii na salach ogólnych oddziału. Telemonitoring EKG podniesie jakość nadzoru nad naszymi pacjentami i poprawi bezpieczeństwo, ponieważ personel nadzorujący system będzie mógł na bieżąco kontrolować zapisy EKG z podłączonych urządzeń na centrali dostępnej w punkcie pielęgniarskim i gabinecie lekarskim. Pacjent, mając naklejone elektrody do ciała i nosząc mały nadajnik, może się swobodnie poruszać. Pozwala to na szybszy powrót do sprawności i rehabilitację po zabiegu. W sytuacji wystąpienia zaburzeń rytmu serca pozwala też szybko podjąć leczenie - wyjaśnia dr Anna Witt-Majchrzak, dodając - Lista zakupów do Oddziału Kardiochirurgicznego liczy ponad

20 pozycji. To między innymi pompa do krążenia pozaustrojowego, zastępująca pracę serca i płuc w czasie operacji wad serca. Nowoczesny system pozwoli na wdrożenie perfuzji ukierunkowanej na cel, spersonalizowanej opieki nad pacjentem w czasie rzeczywistym, z koncentracją na potrzebach metabolicznych każdego pacjenta oraz umożliwi informatyzację stanowiska pracy perfuzjonisty.

Dynamiczny rozwój nowoczesnych technologii medycznych sprawia, że jakość leczenia coraz częściej wiąże się z dostępem do zaawansowanych i precyzyjnych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych.

Dzięki pieniądзом KPO znacząco wzmocnimy zaplecze technologiczne, które bezpośrednio przekłada się na bezpieczeństwo i skuteczność leczenia naszych pacjentów – mówi dr Witt-Majchrzak. – Oddział zostanie wyposażony w nowoczesny stół operacyjny, pompę do kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej oraz aparat do pomiaru przepływów w pomostach wieńcowych, pozwalający na bieżącą ocenę ich funkcjonowania już w trakcie operacji. Ponadto kupimy aparaty do odzyskiwania krwi z pola operacyjnego celem podaży zwrotnej w czasie operacji kardiologicznych, diatermie chirurgicznej, defibrylatora, aparaty EKG z przystawką do spirometrii oraz aparaty echokardiograficzne. Kupujemy stymulatory zewnętrzne do czasowej stymulacji serca w okresie okołoperacyjnym, pompy infuzyjne umożliwiające precyzyjne dawkowanie leków, a także nowe zestawy narzędzi chirurgicznych, sternotomy i resternotomy. Oddział wzbogaci się również o tor wizyjny niezbędny do operacji

z minidostępów, w tym z minitorakotomii, aparat do prowadzenia terapii ECMO u pacjentów z ciężką niewydolnością krążeniowo-oddechową, aparaty USG do przyłóżkowych badań naczyniowych i śródoperacyjnych, systemy cyfrowego drenażu klatki piersiowej oraz przyłóżkowy analizator krzepnięcia krwi do monitorowania leczenia heparyną. Całość uzupełniają nowoczesne łóżka dla pacjentów w obszarze pooperacyjnej intensywnej terapii. Lista zakupów jest bardzo długa – podsumowuje dr Witt-Majchrzak. – Zakupy te pozwolą na wymianę sprzętu służącego nam od wielu lat na nowoczesny, często wykorzystujący elementy AI. Pozwoli to na rozszerzenie naszych możliwości operacyjnych w zakresie kolejnych procedur oraz poprawę bezpieczeństwa i jakości opieki w okresie okołoperacyjnym. W najbliższym czasie, po wybudowaniu nowego oddziału, sprzęt zostanie przeniesiony do nowej lokalizacji i dzięki temu będziemy mieć nowy oddział zarówno w aspekcie przestrzeni, jak i w zakresie większości sprzętu medycznego.

Istotnym wzmocnieniem możliwości specjalistów z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie jest angiograf z dodatkowym wyposażeniem do oceny cząstkowej rezerwy przepływu w naczyniu wieńcowym (FFR), wewnątrznaczyniowej ultrasonografii (IVUS) oraz optycznej tomografii koherentnej (OCT). Nowy angiograf umożliwi nam skuteczne wykonywanie zabiegów w leczeniu wad serca, m.in. zamykanie nieprawidłowych połączeń wewnątrz serca – mówi ordynator Oddziału Kardiologicznego dr Jerzy Górny. – Urządzenie będzie współpracowało z ultrasonografią, co znacząco ułatwi



przeprowadzanie tzw. zabiegów strukturalnych. Sprzęt, który dotychczas funkcjonował w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, spełniał swoje zadania, jednak nie oferował takiej jakości obrazowania, jak ten, który zostanie obecnie zainstalowany. Nowe urządzenie należy do jednych z najnowocześniejszych aparatów dostępnych na rynku i zapewnia doskonałą wizualizację struktur serca, co bezpośrednio przełoży się na większą skuteczność wykonywanych badań i zabiegów z wykorzystaniem angiografu.





Nowe możliwości radiologów

Bez skutecznej diagnostyki nie ma skutecznego leczenia – dlatego radiolodzy podkreślają kluczowe znaczenie zakupu nowoczesnego dwuźródłowego tomografu komputerowego oraz modernizacji systemu rezonansu magnetycznego 3T. Jak zaznacza dr Patryk Jancewicz, kierownik Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, nowy tomograf będzie najnowocześniejszym urządzeniem tego typu w województwie i znacząco poszerzy możliwości diagnostyczne placówki. – Umożliwi

nam wykonywanie zaawansowanych badań jeszcze lepszej jakości – podkreśla. Dotyczy to m.in. angio-TK tętnic wieńcowych (CTCA), wykonywanego przy mniejszych ograniczeniach związanych z akcją serca pacjenta, wyższą rozdzielczością i lepszą jakością uzyskiwanych obrazów, także w ocenie stentów w tętnicach wieńcowych. Nowy aparat pozwoli również na precyzyjne planowanie zabiegów w obrębie serca, jak procedury z zakresu elektrofizjologii w obrębie aorty piersiowej i brzusznej oraz kardiochirurgicznych zabiegów wewnątrznaczyniowych TAVI. Istotna poprawa (zmniejszenie ilości artefaktów) obejmie także diagnostykę w zakresie badań urazowych na potrzeby pacjentów SKOR i dla pacjentów ortopedycznych z redukcją artefaktów od implantów ortopedycznych, – wymienia dr Jancewicz, dodając, że – dzięki skróceniu czasu skanowania, wysokiej rozdzielczości czasowej oraz optymalizacji dawki promieniowania badania będą bezpieczniejsze i bardziej komfortowe dla pacjentów.

Zmodernizowany rezonans magnetyczny 3T będzie oferował jeszcze lepszą jakość obrazowania w badaniach neurologicznych, kardiologicznych i onkologicznych m.in. pierwszy w województwie rezonans serca (CMR) w aparacie 3T z najwyższej jakości oceną funkcji, żywotności mięśnia sercowego. – mówi dr Jancewicz. – Umożliwi nam to kompleksową diagnostykę kardiomiopatii i zapaleń mięśnia sercowego, chorób spichrzeniowych z wykorzystaniem zaawansowanych technik mapowania (T1/T2 mapping). Nie możemy nie wspomnieć o poprawie jakości badań MR 3T poprzez nowe algorytmy redukujące interferencje i artefakty w wysokopolumowym MRT oraz o specjalistycznym

oprogramowaniu poprawiającym obrazowanie m.in. gruczołu krokowego, umożliwiającym ocenę stopnia stłuszczenia lub gromadzenia żelaza w narządach miękkich, a także nowych możliwościach obrazowania w zakresie neuroradiologii. Krótko mówiąc, ta inwestycja znacząco podnosi poziom bezpieczeństwa, precyzji i dostępności wysokospecjalistycznej diagnostyki obrazowej dla pacjentów regionu Warmii i Mazur oraz wzmacnia potencjał Zakładu Radiologii jako jednego z kluczowych ośrodków diagnostycznych w województwie – podsumowuje dr Jancewicz. Zarówno opisany aparat TK jak i zmodernizowany aparat MR3T będą jedynymi tak zaawansowanymi aparatami w województwie warmińsko-mazurskim.

Jedyny taki szpital w regionie

Pacjenci z chorobami układu krążenia leczeni są w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie w Oddziale Kardiologicznym oraz Kardiochirurgicznym. Oddział Kardiochirurgiczny dysponuje 20 łóżkami, w tym 8 stanowiskami intensywnej terapii w obszarze sali pooperacyjnej. W jego strukturach funkcjonuje także blok operacyjny z dwiema nowoczesnymi salami operacyjnymi. Ponadto oddział korzysta z hybrydowej sali operacyjnej, umożliwiającej wykonywanie najbardziej zaawansowanych procedur łączących techniki chirurgiczne i małoinwazyjne. W ubiegłym roku w oddziale przeprowadzono zabiegi u około 600 pacjentów. – Jesteśmy jedynym ośrodkiem kardiochirurgicznym w dość rozległym obszarze, liczącym około półtora miliona mieszkańców – wyjaśnia dr Grzegorz Szapiel, zastępca ordynatora. Wszyscy



chorzy z ostrymi przypadkami trafiają do nas. Wykonujemy praktycznie pełen zakres operacji kardiologicznych poza przeszczepami serca. W związku z tym potrzeby lokalowe, sprzętowe i kadrowe są duże. Starzejmy się jako społeczeństwo, a w związku z tym przybywa nam pacjentów z chorobami układu krążenia.

Te potrzeby wyraźnie widać podczas analizy danych dotyczących Oddziału Kardiologicznego, w którym w minionym roku leczono ponad 3,5 tysiąca pacjentów. – Sami pacjenci z zawałami serca to 500-600 osób rocznie, które trafiają do naszego szpitala. Takich pacjentów w całym regionie jest około dwóch tysięcy. Oznacza to, że do naszego ośrodka trafia co czwarty pacjent z zawałem serca – wylicza dr Jerzy Górny.

Doposażenie kardiologii i kardiochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie z funduszy KPO to nie jedyny krok w kierunku podnoszenia jakości opieki nad pacjentem ze schorzeniami układu krążenia. Szpital zakwalifikował się również do Krajowej Sieci Kardiologicznej. – W ostatnim czasie słyszymy wciąż: KSK, KPO... Co to dla nas oznacza? – pyta retorycznie dr Anna Witt-Majchrzak i wyjaśnia: – T o optymalizacja ścieżki ze strony organizacyjnej. Chodzi o to, żeby pacjent się nie gubił, żeby nie krążył między ośrodkami, tylko żeby efektywnie mógł być wykorzystany czas i zasoby, z maksymalnym skróceniem czasu diagnostyki i oczekiwania na zabieg operacyjny, a następnie z zapewnieniem optymalnej rehabilitacji.

Krajowa Sieć Kardiologiczna (KSK) to ogólnokrajowy system opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia, funkcjonujący

na podstawie ustawy z 4 czerwca 2025 r. Sieć powstała po pilotażu z lat 2021-2024, prowadzonym w części województw.

Celem organizacji i funkcjonowania KSK jest zapewnienie szybszej diagnostyki i leczenia poprzez standaryzację opieki i koordynację. Celem jest też poprawa wyników leczenia w schorzeniach, które są główną przyczyną zgonów w Polsce.

Struktura KSK obejmuje trzy poziomy ośrodków. Po kwalifikacji nasz szpital uzyskał III, najbardziej zaawansowany poziom w systemie KSK, ponieważ wykonywane są tu najbardziej zaawansowane procedury diagnostyczne i lecznicze oraz w strukturze szpitala funkcjonuje Oddział Kardiochirurgiczny.

W systemie docelowo funkcjonować będzie Elektroniczna Karta Opieki Kardiologicznej (e-KOK), czyli cyfrowy dokument, który pozwoli gromadzić i przetwarzać dane dotyczące leczenia kardiologicznego. e-KOK będzie obowiązywać we wszystkich placówkach KSK od 1 stycznia 2028 r. Naszym celem jest przywracanie pacjentów do pełni sprawności, możliwości powrotu do pracy i do normalnego życia – wyjaśnia ordynator kardiochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Wyzwania logistyczne i organizacyjne

Realizacja tego projektu nie byłaby możliwa bez zaangażowania Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia. Przeprowadzenie tak dużego zakupu w tak krótkim czasie to prawdziwe

wyzwanie. Od samego początku czualiśmy nad prawidłowym przebiegiem postępowań, dbając o zgodność z przepisami, transparentność oraz zachowanie wszystkich wymogów formalnych związanych z realizacją środków w ramach KPO – opowiada Stanisława Maśkowska, kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie – projekty finansowane z funduszy publicznych wymagają szczególnej staranności, terminowości i precyzji. To było naszym priorytetem na każdym etapie działań. Nasz zespół odpowiadał zarówno za przygotowanie i przeprowadzenie postępowań przetargowych, jak i bieżącą współpracę z wykonawcami na etapie dostaw oraz wsparcie merytoryczne jednostek realizujących projekt. Dzięki dobrej organizacji pracy, doświadczeniu zespołu oraz ścisłej współpracy między działami udało się sprawnie przeprowadzić cały proces, zapewniając bezpieczną i efektywną realizację inwestycji. Muszę tu podkreślić, że przedmiotem zamówienia było ponad 250 sztuk specjalistycznego sprzętu.

Realizowany projekt to nie tylko inwestycja w sprzęt – to inwestycja w bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców regionu. Dzięki pieniądzm z KPO szpital umacnia swoją pozycję jako wiodącego ośrodka kardiologicznego i kardiochirurgicznego w województwie, oferując leczenie zgodne z europejskimi standardami oraz realną szansę na poprawę jakości i długości życia coraz starszych pacjentów.



Rzeczpospolita
PolskaSfinansowane przez
Unię Europejską
NextGenerationEUMinisterstwo
Zdrowia

Cyfrowa transformacja usprawni leczenie i pracę personelu

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie realizuje kolejny projekt finansowany ze środków Krajowego Planu Odbudowy. Przedsięwzięcie pn. „Przyspieszenie procesów transformacji cyfrowej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie poprzez dalszy rozwój usług cyfrowych” ma na celu dalszą cyfryzację placówki, rozwój elektronicznej dokumentacji medycznej oraz zwiększenie bezpieczeństwa systemów informatycznych.

Projekt realizowany jest w ramach komponentu D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia” Krajowego Planu Odbudowy.

Jednym z kluczowych elementów projektu jest rozbudowa i integracja systemów informatycznych wykorzystywanych w szpitalu. W ramach przedsięwzięcia planowany jest zakup nowych modułów funkcjonalnych systemu HIS, które usprawnią pracę wielu jednostek, m.in. serologii, banku krwi czy stacji dializ. Powstanie również rejestr endoprotez oraz narzędzia wspierające prowadzenie ankiet udarowych i innych danych medycznych.

Istotną zmianą będzie także wdrożenie elektronicznej karty znieczulenia pacjenta wraz z urządzeniami i modułem planowania. Rozwiązanie to pozwoli anestezjologom na bardziej precyzyjne i bezpieczne dokumentowanie przebiegu znieczulenia, jednocześnie usprawniając dostęp do danych medycznych w trakcie i po zakończeniu zabiegu.

W ramach projektu rozbudowane zostaną także inne narzędzia informatyczne wspierające pracę personelu, m.in. portal udostępniania zdjęć diagnostycznych, system zarządzania Szpitalnym Kliniknym Oddziałem Ratunkowym

czy integracja systemu Centralnej Sterylizatorni z oprogramowaniem szpitalnym. Placówka zakupi również 150 nowych zestawów komputerowych, które pozwolą na sprawniejsze korzystanie z systemów medycznych.

Elektroniczna dokumentacja i integracja z systemem P1

Projekt zakłada dalszy rozwój elektronicznej dokumentacji medycznej oraz integrację systemów szpitalnych z ogólnopolską platformą P1. Dzięki temu dokumentacja medyczna będzie mogła być sprawniej udostępniana w systemie ochrony zdrowia, a lekarze zyskają szybszy dostęp do danych pacjentów.

Planowana jest także digitalizacja zaległej dokumentacji medycznej, w tym kart informacyjnych z leczenia szpitalnego. Docelowo nawet 95 proc. dokumentów z lat 2023 – 2025 ma być dostępnych w postaci elektronicznej, zaindeksowanej w systemie P1 lub w Centralnym Repozytorium Danych Medycznych.

Większe cyberbezpieczeństwo i rozwiązania AI

W ramach przedsięwzięcia szpital wzmocni również bezpieczeństwo swoich systemów informatycznych. Zakupione zostanie

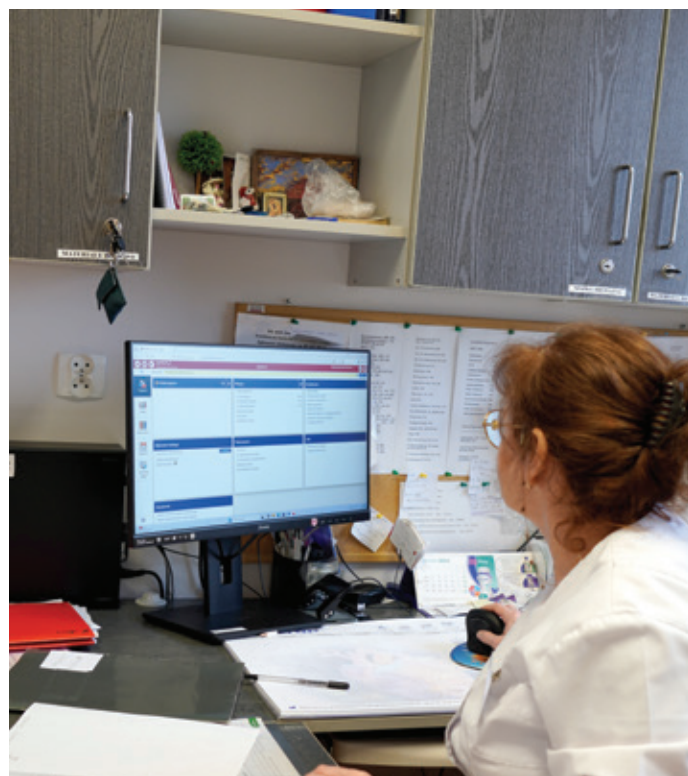
oprogramowanie monitorujące incydenty bezpieczeństwa. Przeprowadzony zostanie audyt cyberbezpieczeństwa oraz szkolenia dla pracowników.

Projekt obejmuje także wdrożenie rozwiązań umożliwiających wykorzystanie sztucznej inteligencji w diagnostyce obrazowej. Dzięki integracji systemów szpitalnych z Platformą Usług Inteligentnych w Centrum e-Zdrowia możliwe będzie przysyłanie danych obrazowych i ich analiza z wykorzystaniem algorytmów AI wspierających lekarzy w procesie diagnostycznym.

Korzyści dla pacjentów i personelu

Realizacja projektu pozwoli usprawnić obieg informacji w szpitalu, przyspieszyć dostęp do dokumentacji medycznej oraz zwiększyć bezpieczeństwo danych pacjentów. Nowoczesne narzędzia cyfrowe mają również ułatwić pracę personelu medycznego i poprawić jakość świadczonych usług.

Jego całkowita wartość wynosi 9 988 365 zł, z czego 8 165 500 zł stanowi dofinansowanie ze środków KPO, a 1 822 865 zł to wkład własny szpitala.



Sprawdzian gotowości Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Jeszcze kilka lat temu scenariusze zakładające wypadki masowe czy katastrofy kojarzyły się głównie z podręcznikami i ćwiczeniami „na wszelki wypadek”. Dziś, w obliczu wojny toczącej się tuż za wschodnią granicą Polski, temat bezpieczeństwa przestał być abstrakcją. Stał się codziennym punktem odniesienia – także dla systemu ochrony zdrowia. Dodatkowego znaczenia nabiera fakt, że Warmia i Mazury są regionem graniczącym z Obwodem Królewieckim, co w naturalny sposób skłania do myślenia o gotowości na sytuacje nadzwyczajne.



W takich realiach szpitale nie mogą ograniczać się wyłącznie do bieżącego leczenia pacjentów. Muszą być przygotowane na nagłe zdarzenia, w których w krótkim czasie pomocy będzie potrzebować wiele osób jednocześnie. To właśnie dlatego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie coraz większy nacisk kładzie się na sprawdzanie procedur kryzysowych, szkolenie personelu i doskonalenie współpracy między oddziałami oraz służbami zewnętrznymi. Tym bardziej, że placówka ta pełni kluczową rolę w zabezpieczeniu zdrowotnym regionu, a dodatkowo trwa tu budowa Centrum Urazowego – inwestycji, która w przyszłości ma znacząco wzmocnić możliwości leczenia najczęściej poszkodowanych pacjentów.

Właśnie w tym kontekście należy patrzeć na ćwiczenia przeprowadzone 9 grudnia 2025 roku. Nie były one jedynie formalnym sprawdzianem procedur, ale próbą odpowiedzi na pytanie, jak szpital zareaguje w sytuacji, gdy liczyć się będzie każda minuta. Ćwiczenia miały pokazać, czy system jest spójny, czy informacje przepływają sprawnie, a personel wie, jakie decyzje podejmować pod presją czasu – bo w realnym kryzysie nie ma miejsca na improwizację.



Realistyczny scenariusz i szeroki udział personelu

Każdy z poszkodowanych został poddany segregacji medycznej według obowiązującego pięciostopniowego systemu, który pozwala określić kolejność udzielania pomocy. Cztery osoby zakwalifikowano do tzw. grupy czerwonej – wymagającej natychmiastowej interwencji. Sześciu pacjentów trafiło do grupy żółtej, a kolejnych sześciu do grupy zielonej, obejmującej osoby z lżejszymi obrażeniami. Co istotne, w trakcie ćwiczeń jeden z pacjentów zmienił kategorię z żółtej na czerwoną, co dobrze oddało dynamikę realnych zdarzeń, w których stan poszkodowanych może gwałtownie się pogorszyć.

Ćwiczenia przeprowadzono w warunkach możliwie najbardziej zbliżonych do rzeczywistych. Koordynatorem akcji był dr Rakesh Jalali przy udziale Koordynatora szpitala dr.hab. Dariusza Onichimowskiego. Wzięli w nich udział pracownicy Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego, oddziałów szpitalnych, Oddziału Klinicznego Okulistycznego, Medycznego Laboratorium Diagnostycznego, Działu Gospodarczego, Obrony Cywilnej, a także pracownicy Apteki Szpitalnej,



Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej oraz Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej (w formule ćwiczeń aplikacyjnych).

W działania zaangażowani byli również pracownicy firm współpracujących z placówką, a rolę poszkodowanych odegrali studenci Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

Sprawdzenie procedur i komunikacji

Ćwiczenia miały być przede wszystkim sprawdzianem tego, co w sytuacjach kryzysowych decyduje o powodzeniu akcji ratunkowej: komunikacji i współpracy. Testowano więc zarówno kontakt personelu szpitala z dyspozytorem medycznym, zespołami ratownictwa medycznego i instytucjami zewnętrznymi, jak i przepływ informacji wewnątrz samej placówki. Równie ważnym elementem była ocena skuteczności segregacji pacjentów oraz gotowości personelu do działania pod presją czasu i w warunkach zwiększonego obciążenia.

Szczególne uwagę poświęcono organizacji transportu poszkodowanych – od momentu przekazania ich przez zespoły ratownictwa medycznego, przez Szpitalny Kliniczny Oddział Ratunkowy, aż po docelowe oddziały.

Sprawność diagnostyki i analiza wniosków

Z raportu Medycznego Laboratorium Diagnostycznego wynika, że wszystkie zlecenia wykonano w czasie nieprzekraczającym 50 minut od momentu przyjęcia materiału do badań. Wyniki badań, w zależności od rodzaju, dostępne były już po 10–40 minutach.

Po zakończeniu ćwiczeń przeprowadzono szczegółową analizę ich przebiegu. Wskazano zarówno elementy funkcjonujące prawidłowo, jak i obszary wymagające usprawnień. Zwrócono uwagę m.in. na potrzebę lepszej rejestracji pacjentów, jednoznaczności oznakowania poszkodowanych, usprawnienia ruchu pacjentów w SKOR oraz wzmocnienia zabezpieczenia informacyjnego. Jednocześnie wskazano na konieczność przygotowania szpitala na potrzebę zajęcia się dużą liczbą poszkodowanych z lekkimi obrażeniami, zakwalifikowanych do tzw. grupy zielonej.

Dlaczego to robimy

Przeprowadzone ćwiczenia pokazały, że Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie nie traktuje bezpieczeństwa wyłącznie jako zapisu w dokumentach, lecz jako realne zobowiązanie, wymagające systematycznych przygotowań i regularnych sprawdzianów. Scenariusze ćwiczeniowe pozwoliły ocenić gotowość placówki do reagowania w sytuacjach nadzwyczajnych oraz sprawność działania personelu w warunkach podwyższonego ryzyka.

Pół wieku w rejestracji

Po niemal połowie wieku pracy w rejestracji przyszła pora na pożegnanie. Pani Bogusia, która przez blisko 50 lat witała pacjentów przy okienku, odchodzi na emeryturę. Jej ostatni dzień w pracy zamienił się w prawdziwe święto – z kwiatami, uściskami i długą kolejką osób, które chciały powiedzieć „dziękuję”. Chętnych do pożegnania było tak wielu, że kolejka ustawiła się aż na korytarzu. O tym, jak zmieniła się praca w rejestracji na przestrzeni lat i dlaczego wciąż ją kocha, opowiada w rozmowie poniżej.



Marta Gołąb-Kocięcka: Pracowała Pani całe życie w jednym miejscu?

Bogusława Kazimierzuk: Tak. Od 17 stycznia 1976 roku. I cały czas w rejestracji.

MGK: Praca wyglądała kiedyś inaczej niż teraz?

BK: Spokojniej. Nie było tylu pacjentów. Było tak naprawdę bardzo przyjemnie. Ja swoją pracę kocham, kochałam i kochać będę.

MGK: A była pani na pierwszym froncie? Tam, gdzie wszyscy „wkurzeni” pacjenci?

BK: Nie! Gdzie!? W 1976 roku? Nie było „wkurzonych” pacjentów! Wszyscy byli bardzo mili i sympatyczni. To dopiero teraz się tak zrobiło, że stawiali się coraz bardziej konfliktowi.

MGK: Z czego te konflikty wynikają?

BK: Za dużo pacjentów, media szukają sensacji. Kiedyś tak nie było. Kiedyś był lekarz, przychodziła rodzina i oni wszystko tam leczyli. A tu przychodzili do specjalistów na konsultacje. A teraz niestety jest odwrotnie. Traktują przychodnię wojewódzką jako lekarza pierwszego wyboru, a lekarz pierwszego kontaktu trochę mniej ma już pracy. Odwróciły się role. Kiedyś lekarz pierwszego kontaktu leczył wszystko. Wszystko! I ginekologicznie, i laryngologicznie. Do nas, do poradni,

przychodziło bardzo mało pacjentów. Aż sobie myślałam nawet – „kurczę, jak tak dalej pójdzie to stracimy pracę”. Ale sprawy ruszyły w zupełnie innym kierunku i mamy to, co mamy.

MGK: To zmiana społeczna, a co z przełomem technologicznym?

BK: Kiedyś pisałyśmy w zeszytach. Miałśmy szafki, w których chowane były karty. Ciężkie, masywne. Trzeba je było wyjąć i przygotować. Później szpital zakupił taką maszynę, która się kręciła, wewnątrz miała metalowe i przegródki i miała pomagać w przygotowywaniu tych kart. Ale to nie zdało egzaminu, popsuło się. Wywieźli to i znowu ręcznie te karty przerzucałyśmy. Aż pojawiły się komputery i nie musiałyśmy już w tych szafkach grzebać.

MGK: A za co Pani kocha tę robotę?

BK: Za to, że jestem z ludźmi. Pomagam chorym.

MGK: Co pani będzie robić na emeryturze?

BK: Zajmę się wnukami, ogródkiem, pieskiem... Yorka mam. I będę tęsknić. Co dzień śni mi się rejestracja. Jak byłam na wychowawczym, to ja ciągle śniłam o rejestracji. Ja ciągle rejestrowałam. Ja po prostu uwielbiam, kocham tą pracę. Mogłabym do setki tu siedzieć

Rozmawiała Marta Gołąb-Kocięcka



Piano z historią

W holu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie pojawił się nowy, wyjątkowy element – piano, które służy pacjentom, ich bliskim oraz pracownikom szpitala. Instrument trafił do placówki dzięki inicjatywie Ministerstwa Adopcji Pianin, a jego historia jest nierozdzielnie związana z początkami szpitala.

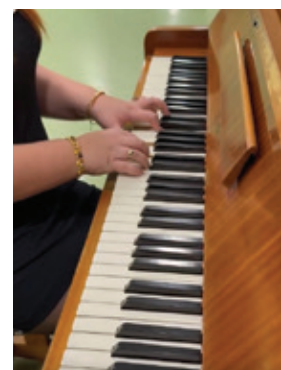
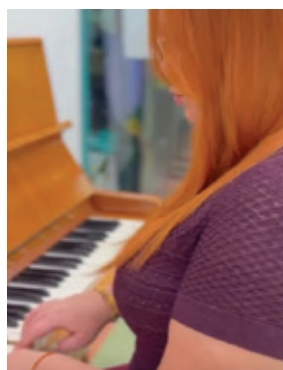
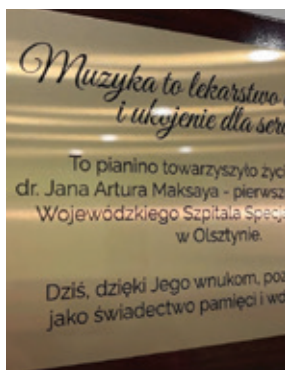
Piano przekazał Marek Zbytniewski – wnuk Jana Maksaya, pierwszego dyrektora szpitala będącego jeszcze w budowie, osoby, która miała ogromny wpływ na rozwój placówki i kształtowanie jej tożsamości w pierwszych latach działalności. Instrument, który przez lata towarzyszył rodzinie, wrócił w symboliczny sposób do miejsca, z którym związana była historia jego właścicieli.

– To nie tylko instrument muzyczny, ale także nośnik pamięci i emocji. Cieszymy się, że piano z taką historią znalazło swoje miejsce właśnie tutaj

– w przestrzeni, przez którą codziennie przechodzą setki osób – podkreślają przedstawiciele szpitala.

Inicjatywa Ministerstwa Adopcji Pianin polega na ratowaniu nieużywanych instrumentów i przekazywaniu ich do przestrzeni publicznych: szkół, domów kultury, szpitali czy bibliotek. Dzięki temu pianina zyskują drugie życie, a muzyka może stać się elementem codzienności także w miejscach, gdzie szczególnie potrzebne są chwile wytchnienia i emocjonalnego wsparcia.

Piano stojące w holu szpitala jest dostępne dla wszystkich. Każdy, kto potrafi i ma ochotę zagrać, może na chwilę zatrzymać się przy instrumencie i podzielić się muzyką z innymi. Nowy element w przestrzeni szpitala łączy przeszłość z teraźniejszością, przypominając, że medycyna to nie tylko procedury i sprzęt, ale także człowiek, emocje i kultura.



Dzień Kobiet w naszym szpitalu

Dzień Kobiet można świętować na wiele sposobów: kwiatami, słodkościami albo... odrobiną troski o własne zdrowie.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie postawiono właśnie na tę ostatnią opcję. Dietetyczki kliniczne – Klaudia Sawko i Gabriela Raczyńska, przygotowały dla pań pracujących w naszym szpitalu analizę składu ciała oraz konsultacje dietetyczne. Panie mogły sprawdzić m.in. poziom tkanki tłuszczowej, masę mięśniową oraz stopień nawodnienia organizmu. Dla wielu osób wyniki były ciekawostką, dla innych – motywacją do drobnych zmian w codziennych nawykach. Tym bardziej, że każda uczestniczka mogła porozmawiać z dietetyczkami o swoim sposobie odżywiania, rozwiązać wątpliwości dotyczące diet albo po prostu zapytać, jak zadbać o zdrowe menu na co dzień. Specjaliści podkreślali, że nie chodzi o restrykcyjne diety, ale o rozsądne, możliwe do utrzymania nawyki.



Nowe wytyczne diagnozy otyłości i nadwagi

Zaktualizowane wytyczne od NICE (National Institute for Health and Care Excellence) mówią, że zaleca się używać BMI jako praktycznej miary nadwagi i otyłości, jednak należy interpretować je ostrożnie, ponieważ nie jest to bezpośrednia miara otyłości centralnej. U osób dorosłych z dużą masą mięśniową wskaźnik ten może być mniej wiarygodny, ponieważ nie uwzględnia on składu ciała, w tym proporcji między tkanką mięśniową a tłuszczową. Dodatkowo należy pamiętać, że u osób w wieku 65 lat i starszych, biorąc pod uwagę choroby współistniejące, może występować „efekt ochronny” posiadania nieco wyższego BMI (w kontekście np. sarkopenii).

Jakie inne metody możemy zastosować? U dorosłych z BMI poniżej 35 kg/m² zaleca się zmierzyć i wykorzystać stosunek obwodu talii do wzrostu jako praktyczne oszacowanie otyłości centralnej i wykorzystać te pomiary do oceny i przewidywania zagrożeń dla zdrowia (tj. cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze lub choroby układu krążenia).

- stosunek talii do wzrostu od 0,4 do 0,49 wskazuje na brak zwiększonego ryzyka dla zdrowia
- stosunek talii do wzrostu od 0,5 do 0,59 wskazuje na zwiększone ryzyko dla zdrowia
- stosunek talii do wzrostu 0,6 lub więcej wskazuje na jeszcze bardziej zwiększone ryzyko dla zdrowia

Klasyfikacje te mogą być stosowane w przypadku osób wszystkich grup etnicznych i płci (w tym dorosłych o dużej masie mięśniowej).

Jak mierzyć?

Znajdź dolną część żeber i górną część bioder. Owiń taśmę mierniczą wokół talii w połowie odległości między tymi punktami (będzie to tuż nad pępkiem) i wykonaj naturalny wydech przed wykonaniem pomiaru. Podziel obwód talii przez wzrost. Na przykład:
 $96,5 \text{ cm} / 170 \text{ cm} = \text{stosunek talii do wzrostu } 0,57$.

Plusem tego rozwiązania jest możliwość samodzielnego pomiaru. Dzięki stosunkowi obwodu talii do wzrostu możemy uzyskać dokładniejsze oszacowanie centralnej tkanki tłuszczowej. Dodatkowo, wartość graniczna 0,5 może być przekazana w prosty i łatwy do zapamiętania sposób za pomocą komunikatu: „Utrzymuj obwód talii mniejszy niż połowa wzrostu”.

Analiza bioimpedancji elektrycznej (BIA, bioelectrical impedance analysis). Dlaczego warto analizować skład ciała?

Sama masa ciała nie mówi wszystkiego o stanie zdrowia. Dwie osoby o identycznej wadze mogą mieć zupełnie inny skład ciała – jedną może charakteryzować wysoka zawartość tkanki mięśniowej, a drugą nadmiar tkanki tłuszczowej. Właśnie dlatego coraz większą rolę odgrywa badanie bioimpedancji elektrycznej, które pozwala dokładniej ocenić, z czego składa się nasze ciało.

Bioimpedancja elektryczna to nieinwazyjna metoda pomiaru składu ciała. Badanie polega na przepuszczeniu przez organizm bardzo słabego, bezpiecznego prądu elektrycznego.

Różne tkanki – mięśnie, tłuszcz czy woda – przewodzą prąd w odmienny sposób. Na podstawie oporu, jaki stawiają, specjalistyczne urządzenie jest w stanie oszacować między innymi zawartość tkanki tłuszczowej, masy mięśniowej, poziom nawodnienia organizmu czy ilość tkanki tłuszczowej trzewnej, której nadmiar może zwiększać ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2 czy zaburzeń metabolicznych.

Dlaczego takie badanie jest ważne? Przede wszystkim pozwala spojrzeć na zdrowie w sposób bardziej kompleksowy niż zwykłe ważenie się. Wiele osób koncentruje się wyłącznie na liczbie kilogramów, tymczasem kluczowe jest to, jaką część masy ciała stanowią mięśnie, a jaką tłuszcz.





Pasta z awokado (przepis na około 4 porcje)

4 ugotowane jajka
1 awokado
1 łyżeczka oliwy
Szcypiorek
Sól, pieprz do smaku

Przygotowanie:

1. Ugotowane jajka kroimy drobno, awokado rozgniatamy widelcem i mieszamy z jajkiem. Dodajemy oliwę i szczypiorek.
2. Pastę przyprawiamy i dokładnie mieszamy. Podajemy z ulubionym pieczywem i warzywami.

Makro dla 1 porcji (około 85g): 141 kcal | 7 białka | 11,5g tłuszczu | 1,8g węglowodany

Kanapka z pastą z awokado

Pasta z awokado (1 porcja - ok. 85g)
Chleb żytni na zakwasie - 2 kromki
Ulubione warzywa

Makro: 310 kcal, 11g białka, 13g tłuszczu, 32 g węglowodanów, 7,6 g błonnika

Zdarza się, że masa ciała pozostaje na podobnym poziomie, ale jednocześnie zmniejsza się ilość tkanki tłuszczowej, a zwiększa masa mięśniowa - co jest bardzo korzystną zmianą dla organizmu. Bez analizy składu ciała trudno byłoby to zauważyć.

Kolejną zaletą bioimpedancji jest szybkość i wygoda badania. Pomiar trwa zazwyczaj zaledwie kilkadziesiąt sekund i nie wymaga żadnego specjalnego przygotowania poza podstawowymi zaleceniami, takimi jak unikanie intensywnego wysiłku fizycznego czy dużych posiłków tuż przed badaniem. Dzięki temu metoda ta może być regularnie stosowana w profilaktyce zdrowotnej oraz kontroli postępów w leczeniu otyłości czy niedożywienia.

Nasze typy na zwiększenie aktywności fizycznej.

- wykorzystaj każdą okazję do chodzenia, parkuj dalej od celu,
- co godzinę wstań od biurka, wykonaj kilka prostych ćwiczeń np. przysiady lub rozciąganie,
- jeśli trudno jest wychodzić na zewnątrz np. zimą, rozważ zakup steppera, bieżni lub roweru stacjonarnego,
- zamiast spotykać się w kawiarni, zaproponuj wspólny spacer lub wycieczkę rowerową,
- ustaw przypomnienie w telefonie, aby regularnie wstawać i poruszać się - aplikacje i zegarki liczące kroki mogą być w tym pomocne,
- wybierz form ruchu, która sprawia Ci przyjemność, np. taniec, jazda na rowerze czy pływanie i włącz ją do swojego tygodniowego harmonogramu.



Bibliografia:

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Obesity: identification, assessment and management*. Clinical guideline [CG189]. Londyn: NICE, 2014 (ostatnia aktualizacja: 26 lipca 2023). Dostępny w: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg189>.
2. Craveiro, V., Severo, M., & Ramos, E. (2021). Association between adiposity distribution and low-grade systemic inflammation: Tackling multicollinearity. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 31(2), 454-463. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2020.09.027>
3. Hebebrand, Johannes, et al. „A Proposal of the European Association for the Study of Obesity to Improve the ICD-11 Diagnostic Criteria for Obesity Based on the Three Dimensions Etiology, Degree of Adiposity and Health Risk.” *Obesity Facts*, vol. 10, no. 4, 2017, pp. 284-307.

Etyka lekarska – między tradycją Hipokratesa a wyzwaniem technologii

Wstęp: Czym jest, a czym nie jest etyka lekarska?

Etyka lekarska nie jest jedynie zbiorem martwych przepisów czy załącznikiem do prawa medycznego. To żywy system wartości, który rozstrzyga, co jest „dobre”, a co „złe” w sytuacji, gdy samo prawo milczy lub jest niejednoznaczne. O ile prawo wyznacza granice dopuszczalności, o tyle etyka pyta o najwyższą jakość relacji z drugim człowiekiem. Jej fundamentem jest Kodeks Etyki Lekarskiej, który od stycznia 2025 roku wprowadza istotne zmiany, dostosowując zawód do realiów XXI wieku.

Filar I: Dobro pacjenta vs. Autonomia.

Historycznie medycyna była paternalistyczna – lekarz wiedział najlepiej. Współczesna etyka przesuwając środek ciężkości w stronę autonomii pacjenta. Dzisiejszy lekarz to partner i przewodnik, a nie autorytarny decydent. Kluczowym wyzwaniem jest tu „świadoma zgoda”. Czy pacjent faktycznie rozumie ryzyko, czy jedynie podpisuje formularz? Jak postąpić etycznie, gdy pacjent odmawia ratującej życie terapii? Napięcie między obowiązkiem ratowania życia a szacunkiem dla wolności jednostki jest sercem współczesnej bioetyki.

Filar II: Prawda i Tajemnica.

Etyka wymaga od nas bezwzględnej dyskrecji. Tajemnica lekarska obowiązuje także po śmierci pacjenta, co podkreśla Deklaracja Genewska. Jednak równie ważna jest prawda przy łóżku chorego. Czy lekarz ma prawo

do „miłosiernego kłamstwa”? Nowoczesne podejście mówi jasno: pacjent ma prawo do prawdy o swoim stanie zdrowia, by móc świadomie zarządzić swoim życiem i pożegnaniem.

Filar III: Granice możliwości – Terapia daremna.

W dobie zaawansowanej technologii medycznej, wyzwaniem nie jest już to, „czy potrafimy utrzymać kogoś przy życiu”, ale „czy powinniśmy to robić”. Etyka lekarska wprowadza pojęcie terapii daremnej (uporczywej). Etycznym obowiązkiem lekarza jest wiedzieć, kiedy zaprzestać agresywnego leczenia, które nie przynosi korzyści, a jedynie przedłuża cierpienie i przejść do opieki paliatywnej.

Filar IV: Cyfrowa rewolucja i Media Społecznościowe.

Nowy KEL z 2025 roku kładzie ogromny nacisk na obecność lekarza w sieci. Etyka nakazuje, by lekarz w mediach społecznościowych zachowywał powściągliwość, dbał o godność zawodu i unikał komercjalizacji swojego wizerunku, która mogłaby podważyć zaufanie społeczne. Jak oddzielić prywatną opinię od autorytetu medycznego w świecie fake newsów?

Etyka lekarska to nieustanny dialog między empatią a chłodnym profesjonalizmem. Nie daje gotowych odpowiedzi na każde pytanie, ale uczy, jak te pytania zadawać.

Kapelan Szpitala



Podziękowania – od pacjentów

Szanowna Pani
Dyrektor Irena Kierzkowska
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Szanowna Pani Dyrektor,

W związku ze zbliżającymi się Świętami Bożego Narodzenia i Nowym Rokiem, pragnę złożyć Pani oraz wszystkim Pracownikom szpitala najserdeczniejsze życzenia spokoju i pomyślności.

Korzystając z tej wyjątkowej, świątecznej okazji, chciałbym złożyć na Pani ręce szczególne wyrazy wdzięczności i uznania, które kieruję do Pana Doktora Grzegorza Szapiela oraz całego zespołu kardiochirurgicznego za operację TAVI, którą przeszedłem w dniu 20 czerwca 2025 roku.

Dzięki niezwyklej wiedzy, ogromnemu doświadczeniu, precyzji oraz prawdziwie ludzkiej życzliwości Pana Doktora i jego Zespołu, odzyskałem zdrowie i możliwość normalnego życia. To była dla mnie chwila, w której czułem, że jestem w najlepszych możliwych rękach. To właśnie dzięki Państwu pracy mogę cieszyć się zdrowiem w te Święta.

Słowa nie są w stanie w pełni wyrazić mojej wdzięczności za profesjonalizm i spokój, który potrafiliście mi przekazać w tak trudnym momencie. Moje podziękowania kieruję również do anestezjologów, pielęgniarek i całego personelu oddziałów, który dbał o moje przygotowanie do zabiegu oraz opiekę pooperalną. Dzięki Wam wszystkim kierowany przez Panią szpital to miejsce, w którym nadzieja staje się rzeczywistością.

Z głębokim szacunkiem i wdzięcznością,

Piotr XXX

Szanowna Pani Dyrektor

Pragnę złożyć na Pani ręce podziękowanie dla całego zespołu Lekarzy, Pani Oddziałowej oraz Pań Pielęgniarek Oddziału Klinicznego Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa za zaangażowanie, troskę, okazaną życzliwość oraz za udzielane wsparcie podczas mojego pobytu na Oddziale.

Dziękuję Panu Doktorowi za szczęśliwie przeprowadzony zabieg operacyjny, wyjątkową empatię, umiejętności i podejście do pacjenta. Również bardzo dziękuję Pani Oddziałowej i Paniom Pielęgniarkom za profesjonalną, troskliwą opiekę medyczną, życzliwą postawę, szczery uśmiech oraz zrozumienie mojej chwilowej ułomności po zabiegu.

Dziękuję całemu Personelowi za fachowość, serdeczność i świetną atmosferę. Wyszedłem z Oddziału z nowym błodem i jeszcze większym poczuciem humoru.

Z poważaniem

Wardewol XXX

Pani
IRENA KIERZKOWSKA
DYREKTOR
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie
ul. Żołnierska 18, 10 – 561 Olsztyn

Niech Szanowna Pani Dyrektor
Na ręce Pani Dyrektor, składam serdeczne podziękowania dla Zespołu:

1. Pana dr n. med. Jerzego Górnego Ordynatora Oddziału Kardiologicznego z Pracownią Hemodynamiki,
2. Pani dr n. med. Anny Witt – Majchrzak Ordynatora Oddziału Kardiochirurgicznego,
3. Pana dr n. med. Piotra Żelaznego byłego wieloletniego Ordynatora Oddziału Kardiochirurgicznego,

za trafną diagnozę, trudną operację, zaangażowanie, składam serdeczne podziękowania dla wszystkich pracowników za ich opiekę, dobroć i wrażliwość.

Szczególne słowa uznania kieruję do Zespołów Lekarzy ww. Szanownych Państwa Ordynatorów.

Dzięki Państwa rzetelnej wiedzy, zawodowym umiejętnościom i szlachetnemu podejściu do pacjentów otrzymałem wspaniały dar życia.

Wszystkim Państwu życzę dalszych osiągnięć i sukcesów w pracy oraz osobistego szczęścia i powodzenia w życiu.

Może Państwo być dumni za tak profesjonalną kadrę Wojewódzkiego Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie.

Z wyrazami głębokiego szacunku
Robert XXX

Szanowna Pani Dyrektor,

zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie wyrazów najwyższego uznania dla Zespołu Kardiochirurgii Państwa Szpitala, który przeprowadził u mnie skomplikowaną operację serca. Szczególne podziękowania kieruję do pani ordynator dr n. med. Anny Witt-Majchrzak i dr Grzegorza Szapiela. Zabieg został wykonany z najwyższym profesjonalizmem, a jego efekt pozwala mi dziś wracać do zdrowia i normalnego funkcjonowania. Lekarze wykazali się nie tylko ogromną wiedzą i doświadczeniem, ale również empatią, spokojem oraz troską o moje zdrowie. Na każdym etapie byłem rzetelnie informowany o przebiegu leczenia, co dawało mi poczucie bezpieczeństwa i zaufania. Pragnę szczególnie podkreślić zaangażowanie całego zespołu kardiochirurgów, anestezjologów oraz personelu pielęgniarskiego, których współpraca i oddanie pacjentowi zasługują na najwyższe słowa uznania. Dzięki ich pracy operacja zakończyła się sukcesem, a opieka pooperacyjna przebiegała na najwyższym poziomie. Będę wdzięczny za przekazanie moich podziękowań i gratulacji całemu Zespołowi. Tak wysoki standard leczenia jest powodem do dumy dla kierownictwa Szpitala.

Z wyrazami głębokiego szacunku i wdzięczności,
pacjent Robert XXX

Dzień dobry,

pragnę serdecznie podziękować całemu Personelowi SKOR pracującemu wczoraj tj. 3 lutego w godz. 11:30 – 21:00 za udzieloną pomoc, opiekę i ANIELSKĄ cierpliwość. Szczególnie Panu Robertowi, który przewoził na wózku pacjentów. Pod gabinetem Tomografu głowy na korytarzu w pośpiechu odpinałam z szyi złoty łańcuszek i zgubiłam złotą zapinkę. Brak zauważyłam dopiero po ok. 3 godz. – na moją prośbę Pan Robert poszedł tam i ... przyniósł moją zgubę sprawiając wielką radość w tak trudnej dla mnie sytuacji zdrowotnej. Natomiast Pan Filip Rynkowski zasługuje na pozytywne wyróżnienie z wielokrotności z jego strony inicjatywy zainteresowania się potrzebami i obsługą pacjentów.

Otaczam Was modlitwą o potrzebne łaski -
Helena XXX



lek. med. Irena Kierzkowska
Dyrektor Naczelny

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

W imieniu całego zespołu medycznego oraz biocypry przeszczepu pragniemy wyrazić naszą głęboką wdzięczność za dar, jakim była donacja płuc. To dzięki Państwa zaangażowaniu, profesjonalizmowi oraz wspaniałej współpracy z zespołem transplantacyjnym, biorca mógł otrzymać nowe życie i szansę na powrót do zdrowia.

Jesteśmy świadomi, że dar ten niósł ze sobą zarówno trudne decyzje, jak i ogromny wysiłek zespołów medycznych, administracyjnych i logistycznych.

Przekazujemy nasze serdeczne podziękowania całemu zespołowi donacyjnemu i wszystkim, którzy przyczynili się do tego wyjątkowego aktu. Dzięki Państwa pracy pacjent zyskał szansę na nowe życie, a jego bliscy odzyskali powody do radości i nadziei.

Dr hab. n. med. Cezary Piwkowski, Prof. UMP
Kierownik Kliniki Torakochirurgii
Specjalista chirurgii klatki piersiowej
i transplantologii klinicznej

[Podpis Cezary Piwkowski]

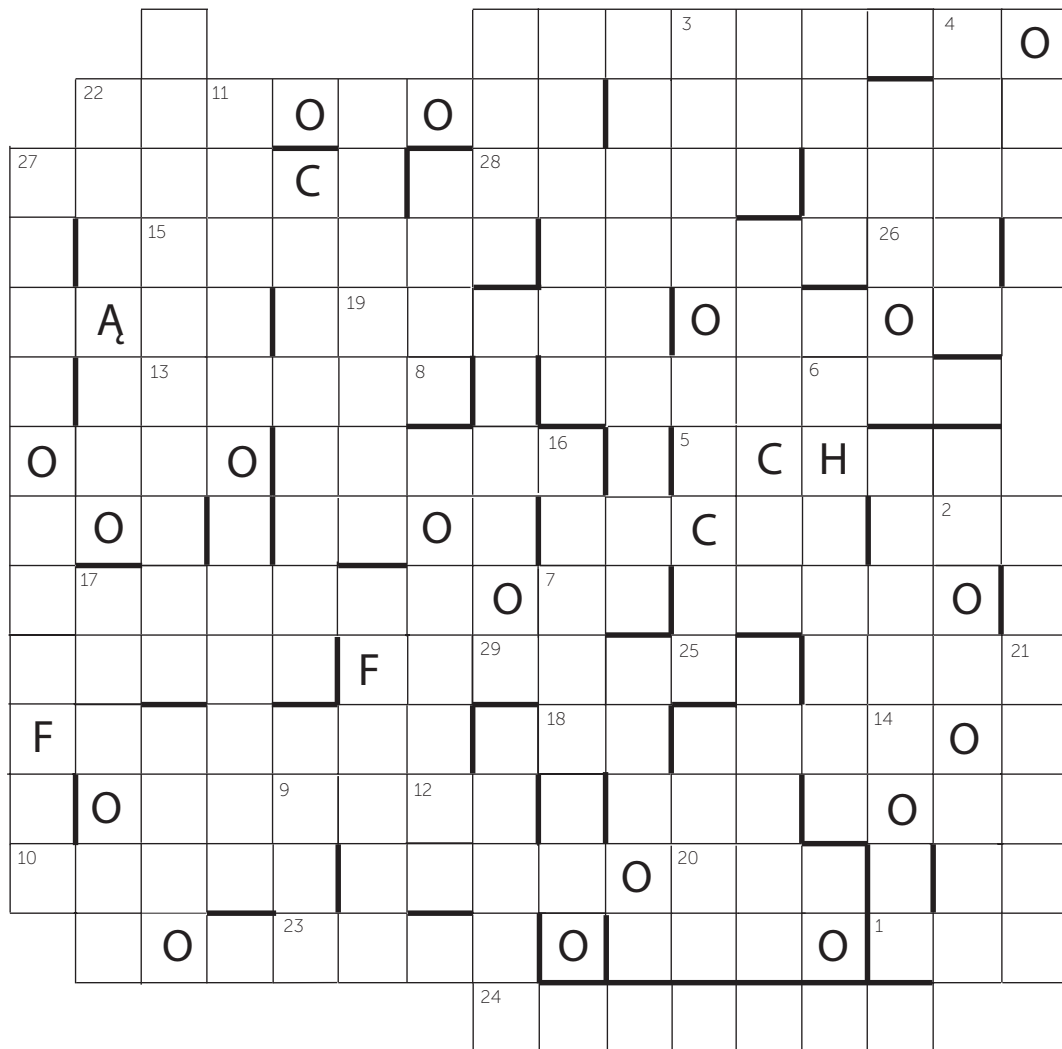
Dr hab. n. med. Marek Ochman
Specjalista chorób wewnętrznych
Specjalista chorób płuc i transplantologii klinicznej

[Podpis Marek Ochman]

90 JOLKA SZPI TALNA

Objaśnienia 70 haseł podano w przypadkowej kolejności. Ujawniono wszystkie litery A, C, F, H i O. Rozwiązanie to przysłowie angielskie, 29 liter hasła.

- * język Zamenhofa
- * gród nad rzeką Seyhan
- * lekarski szorstkolistny
- * Widłobrody, mąż Świętosławy
- * Pallada
- * miszna z gemarą
- * uraza, niechęć
- * wzgórze rzymskiej arystokracji
- * ojciec Azji
- * choroba zawodowa płuc
- * filmowy chwyt komediowy
- * nikotyna i kurara
- * region z Clermont-Ferrand
- * pierwiastek lub Anna piosenkarka
- * Sudety i Beskidy
- * hora pokoju
- * ciemieżca, okrutnik
- * matka Izaaka
- * ignorantka
- * gorączka okopowa lub dur plamisty
- * płynie w Bamako
- * bon, czek
- * nauka o organizmach żywych
- * patron ipsacji
- * mądrzejsze od kury
- * kolokazja jadalna
- * pozyskiwanie mleka
- * stolica Nawarry
- * partia Hitlera
- * szkic, rozprawa
- * usztywnia gorset
- * rezus lub magot
- * kiwi
- * w gitarze lub głosowa
- * pierwszy król niepodległej Grecji
- * małe pudełko
- * wschodni system ćwiczeń
- * styren
- * małpa z Gibraltaru
- * Rybackie na Mierzei Wiślanej
- * parowanie wody
- * Urho, premier i prezydent Finlandii
- * lew z ludzką głową
- * niedotlenienie
- * król Izraela od 873 p.n.e.
- * imię Mullera, gwiazdy Bayernu
- * alkohol etylowy
- * kurtyzana u Zoli
- * grała Babcię Kiepską i Nikifora
- * europejski karibu
- * jedna z 12-u na Drozdzie Krzyżowej
- * angielskie nie



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							

- * skrajny niedobór
- * zacofanie
- * magiczny korzeń mandragory
- * 31 g. u jubileru
- * przodek Wizygota
- * wyspa z Deupasar
- * pismo obrazkowe
- * do XV w. stolica Szwecji
- * sina przed nami
- * brzeg żagla
- * drobna forma życia
- * zabił z Brutusem Cezara

- * otwór w ścianie
- * trójtlen
- * najcięższy oligofrenik
- * partnerka Kalego
- * płynie w Krasnojarsku
- * Piotr, zaufany Bony, Marszałek Wielki Koronny

Rozwiązanie krzyżówki z nr 89:
 „Czytanie książek wydłuża życie”
 Gratulujemy żeńskiej części pracowni endoskopowej!
 Rozwiązania z nr 90 prosimy przekazywać do Działu Promocji i Sprzedaży WSS w Olsztynie.



**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