



MENEDŻER ROKU W OCHRONIE ZDROWIA

W KONKURŚIE
SUKCES ROKU 2017 W OCHRONIE ZDROWIA – LIDERZY MEDYCYNY

PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelny

Przemysław Prais

Koncepcja graficzna

Barbara Szymczuk

Stała współpraca

Jerzy Badowski
Piotr Markiewicz
Hanna Taraszkiewicz
Beata Jastrzębowska

Zdjęcia udostępnił

Mitosz Guzowski
Hanna Kamińska

Adres redakcji

10-561 Olsztyn
ul. Żołnierska 18
Rzecznik Prasowy
tel. 89 538 64 79
pprais@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie

Pracownia C&C Sp. z o.o.
ul. Porannej Bryzy 33
03-284 Warszawa
tel. +48 22 404 72 60
www.ccp.com.pl

Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie
prawo do skrótów i zmiany
tytułów.

Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności
za treść nadsyłanych
publikacji.

- 3 Dyrektor Naszego Szpitala Menedżerem Roku
- 4 Uroczyste podziękowania za wiele lat pracy
- 6 Modernizujemy Trakt Porodowy
- 7 Pierwszy na Warmii i Mazurach gabinet leczenia zespołu stopy cukrzycowej
- 8 Chemioterapia – leczymy pacjentki na najwyższym poziomie
- 13 Słynni olsztyńscy fryzjerzy z podarunkiem dla neurochirurgów
- 14 Aparat RTG najnowszej generacji służy pacjentom
- 15 Szybka i skuteczna pomoc dla osób z udarem w Szpitalu Wojewódzkim
- 17 Nowy Pełnomocnik ds. praw pacjenta
- 18 Świąteczna pomoc dla mieszkańców Donbasu
- 18 Prawosławny kapelan w Szpitalu Wojewódzkim
- 19 Szkolenie kadry kierowniczej
- 20 Położna na medal pracuje w Szpitalu Wojewódzkim
- 21 Kardiologia – ciągłość i kompleksowość opieki
- 22 Praca pielęgniarki ważnym elementem rehabilitacji
- 23 Prawie pół wieku pracy pani Janiny
- 23 Szpitalny bufet w nowej siedzibie
- 24 Jakie sprawy rozstrzyga GİODO?
- 25 Zagadki pamięci (część 27)
- 27 Jolka Szpitalna



Dyrektor naszego Szpitala Menedżerem Roku

Irena Kierzkowska otrzymała nagrodę i tytuł „Menedżera Roku 2017 w Ochronie Zdrowia – placówki publiczne” uzyskany w ogólnopolskim konkursie Sukces Roku 2017 w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny organizowanym od 2000 r. przez wydawnictwo Termedia oraz czasopismo „Menedżer Zdrowia”.

Uroczysta gala odbyła się w 11 stycznia br. za Zamku Królewskim w Warszawie, gdzie najlepsi polscy menedżerowie i liderzy roku 2017 odebrali nagrody za swoje osiągnięcia. Nagrody wręczał Marek Tombariewicz, wiceminister zdrowia.

– Medycyna i zarządzanie to nie tylko wiedza, ale i sztuka. Cieszę się zatem, że obie te zawodowe pasje dane mi było w swojej pracy połączyć – powiedziała po otrzymaniu statuetki Irena Kierzkowska.

Pani dyrektor została nagrodzona m.in. za utrzymanie płynności finansowej szpitala, a także wprowadzenie nowoczesnych metod leczenia operacyjnego nowotworów piersi i zabiegi oszczędzające z użyciem izotopu jako znacznika, szerokim echem odbiły się w skali ogólnopolskiej sukcesy ginekologii onkologicznej. Dzięki innowacyjnej metodzie udało się wszczepić zamrożony wcześniej jajnik chorej na czerniaka pacjentce, po zakończonej chemioterapii. Sukcesem jest także wdrożona w szpitalu przyspieszona ścieżka leczenia udaru – z SOR bezpośrednio na tomografię interwencyjną (piszemy o tym szerzej w osobnym artykule).

Jednym z wymienionych w uzasadnieniu powodów przyznania tytułu Menedżera Roku 2017 jest odejście od outsourcingu w wypadku stacji dializ. Jak już informowaliśmy w Pulsie stało się 1 lipca ub. r. Pani dyrektor wyjaśniła w wywiadzie dla Menedżera Zdrowia taki krok był korzystny dla Szpitala i jego pacjentów. – Dziesięcioletnia umowa z zewnętrznym operatorem właśnie się zakończyła, zrobiliśmy biznesplan i zdecydowaliśmy się jej nie przedłużać. Świadczymy teraz kompleksowe usługi w zakresie nefrologii, oferując pacjentom wszystkie metody leczenia nerkozastępczego. Można powiedzieć, że dzięki temu mamy skoordynowany system leczenia pacjentów ze schorzeniami nerek, łącznie z przeszczepami – stwierdziła. Przypomniała też, w 2017 r. włączono w struktury Szpitala również pracownie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Wartość inwestycji w pracownie to 10 mln zł. Efektem realizacji projektu jest kompleksowa modernizacja pomieszczeń pracowni oraz poczekalni, zakup aparatu do tomografii komputerowej



Źródło: Wydawnictwo Termedia

– 64 rzędy, 128 warstw – oraz do rezonansu magnetycznego – 1,5 T. Oba urządzenia zostały wyposażone w najnowocześniejsze oprogramowanie umożliwiające kompleksową diagnostykę na najwyższym poziomie.

W dalszej części rozmowy podkreśliła, że pacjent i jego potrzeby są najlepszym kompasem rozwoju szpitala, a także pozwala na utrzymanie stabilności finansowej. – Nigdy nie traktowałam oszczędności jako jedynej metody porządkowania finansów. Samo oglądanie złotówki z każdej strony nic nie da, jeżeli nie znajdą się środki na rozwój, na lepsze funkcjonowanie na rynku. Przeciwnie – wierzę, że modernizacja, inwestycje w nowe metody leczenia zwiększają przychody i ostatecznie znacznie poprawiają bezpieczeństwo finansowe szpitala. To właśnie m.in. dzięki inwestycjom poprawiamy bezpieczeństwo pacjentów i warunki pracy personelu. Poza tym jestem absolutnym zwolennikiem dobrze rozumianej polityki jakości i mogę powiedzieć, że jest to skuteczne narzędzie zarządcze – podkreśliła dyrektor Irena Kierzkowska.

Odnosząc się zaś do wspomnianych wyżej osiągnięć podziękowała pracownikom Szpitala. – Zarządzam zdolną, wspaniałą kadrą – nie tylko lekarską – stwierdziła.

Decydującą rolę pracowników w odniesieniu sukcesu Irena Kierzkowska podkreślała także przy okazji osiągnięcia świetnych wyników w najnowszej edycji rankingu Bezpieczny Szpital Przyszłości Ranking Szpitali przygotowywanego przez Idea Trade i Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Przypomnijmy, że w Rankingu szpitali zabiegowych, wielospecjalistycznych i onkologicznych

– Top 100, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie zajął 16 miejsce w skali kraju, co oznacza awans o 23 miejsca w porównaniu z ubiegłym rokiem. Szpital okazał się też najlepszy w województwie warmińsko-mazurskim.

Uroczystość ogłoszenia wyników odbyła się 14 grudnia w Warszawie z udziałem wiceministra zdrowia Marka Tombariewicza i Haliny Kutaj-Wąsikowskiej, dyrektora Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, którzy wręczyli statuetki i pisma gratulacyjne przedstawicielom najlepszych placówek. – To ogromny sukces, który nie byłby możliwy bez zaangażowania wszystkich pracowników Szpitala. Pokazaliśmy, że nie ustajemy w dążeniu do poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjentów. Inwestycje w nowoczesny sprzęt i infrastrukturę idą w parze z poprawą bezpieczeństwa procedur i dbałością o pacjenta od poziomu rejestracji do wyjścia ze szpitala – mówiła pani dyrektor.

Uroczyste podziękowania za wiele lat pracy

Jednym z punktów spotkania szkoleniowego kadry kierowniczej WSS w Olsztynie było wyrażenie wdzięczności dla dr n. med. Marii Dowgird, długoletniego ordynatora Oddziału Okulistycznego.



Dyrektor Irena Kierzkowska, dr Maria Dowgird i dr Janusz Pieczyński

Podziękowania otrzymała także Barbara Dąbrowska, która przez ostatni okres była Pełnomocnikiem ds. praw pacjenta w Szpitalu, a w latach 1980-2005 kierowała Oddziałem Gastroenterologicznym.

Uroczystość była przedostatnim elementem pierwszego dnia szkolenia. Dyrektor Irena Kierzkowska wręczyła obu paniom bukiety kwiatów, listy gratulacyjne i pamiątkowe albumy, w których podpisali się obecni na sali. Dr Dowgird otrzymała także statuetkę w kształcie serca z podziękowaniem za swe wysiłki na rzecz pacjentów. Dr Janusz Pieczyński, który zastąpił ją na stanowisku koordynatora opowiedział o najważniejszych momentach zawodowej kariery swojej poprzedniczki, a następnie przedstawił multimedialną prezentację ze zdjęciami dr Dowgird od lat dziecińczych do czasów pracy w Szpitalu. Piosenka Marka Grechuty „Dni, których jeszcze nie znamy”, która towarzyszyła pokazowi wywołała u wielu spośród zgromadzonych tży wzruszenia.

Nie zabrakło ich także u obu uhonorowanych pań, które w serdecznych słowach podziękowały za uroczystość. – Jestem wdzięczna za te dowody pamięci i sympatii – powiedziała Maria



Dyrektor Irena Kierzkowska i dr Barbara Dąbrowska

Dowgird, a Barbara Dąbrowska, dodała, że zapamięta na długo tę piękną uroczystość.

Przemysław Prais

Dr Maria Dowgird o sobie

1. 20 lat ordynatury i 33 lata pracy w Szpitalu Wojewódzkim w Olsztynie to dobra perspektywa do oceny zmian, jakie się wokół nas dokonały. Także do oceny własnej pracy. Zmienił się szpital, ja się zmieniłam, zespół lekarski się zmienił. Gdybym dziś miała pokazać coś, co się nie zmieniło zaprowadziłabym do toalet oddziałowych. Tam czas jakby się zatrzymał. To, że nie udało się przeprowadzić jeszcze remontu oddziału okulistycznego jest na szczycie listy spraw niedokończonych, także mojej.

2. Pamiętam początki mojej ordynatury. Myślę, że mój wybór był dla wielu osób zaskoczeniem. Tak dużym, iż niektórzy ze starszych kolegów zdecydowali się odejść z oddziału. Musiałam z tym sobie jakoś poradzić. I nie zawieść zaufania tych, którym swój wybór zawdzięczałam. M.in. profesorowi Edwardowi Lenkiewiczowi, mojemu poprzednikowi, który przecież ten oddział stworzył. To było duże wyzwanie i jeszcze większa

odpowiedzialność. Czy mi się udało niech oceniają kolezdy, z którymi pracowałam. Muszę tu jednak zaznaczyć, że przez te wszystkie lata zespół



Obchód w Oddziale Okulistycznym, skupienie nad każdym pacjentem

pielęgniarski pozostał niezmienny. Współpraca z pielęgniarkami zawsze była dla mnie ważna. A to, że rozumialiśmy się bez słów, uważam za coś wyjątkowo satysfakcjonującego.

3. Olsztyn pod każdym względem był w moim życiu miejscem przypadkowym, a nie wybranym. Dziś jednak swój pobyt w Olsztynie i pracę w szpitalu wojewódzkim uważam za rodzaj przeznaczenia i splot przypadków. Na ogół sprzyjających, na szczęście. Do pracy przyjmowali mnie dyrektor Forfa i ordynator – profesor Lenkiewicz, osoba zasadnicza i wymagająca. Tutaj zdobyłam specjalizację drugiego stopnia, tu nauczyłam się rzemiosła okulistycznego, czyli operatywy. Mało kto zdaje sobie sprawę jak wiele zmieniło się przez ostatnie dziesięciolecie. Zmienił się sprzęt, zmieniły techniki operacyjne, procedury. Pod względem technologicznym to jest „kosmos” w porównaniu z tym, co było jeszcze na początku lat 90. Kiedy zaczynałam, mikrochirurgia na oddziale była w powijakach, a wszczepy soczewek stanowiły nowość. Jako ordynator zawsze starałam się wprowadzać innowacyjne



Podczas badania

techniki mikrochirurgiczne i zachęcałam kolegów by zdobywali nowe umiejętności. Tak, abyśmy nie musieli świecić oczyma przed kolegami z innych ośrodków w Polsce. Dzięki wsparciu

dyrekcji udawało się pozyskiwać nowoczesny sprzęt do operatywy i diagnostyki, a także laseroterapii i angiografii. Dzięki zaangażowaniu kolegów rozpoczęliśmy zabiegi witrektomii, co uczyniło nasz oddział w pełni profilowym. Dobre wyposażenie oddziału i wykwalifikowana kadra przyniosła akredytację i możliwości kształcenia młodych lekarzy, a w konsekwencji zdobywania przez nich specjalizacji. Podczas mojej ordynatury 32 lekarzy uzyskało specjalizację, a dwoje – doktoraty. Kilkanaście prac naukowych prezentowanych na konferencjach i zjazdach okulistycznych, to także dorobek kierowanego przeze mnie zespołu. Zawsze namawiałam kolegów do udziału w pracach Polskiego Towarzystwa Okulistycznego. Prze dwie kadencje przewodniczyłam olsztyńskiemu Oddziałowi PTO, organizując m.in. ogólnopolską konferencję okulistyczną w Wierzbie. W latach 1999 – 2015 pełniłam obowiązki konsultanta

wojewódzkiego w dziedzinie okulistyki. Przekazuję oddział okulistyczny doktorowi Januszowi Pieczyńskiemu, którego pozwalam sobie uznać w jakiejś mierze za swego ucznia i wychowanka. Towarzyszy mi nadzieja, że poprowadzi oddział we właściwy sposób i przyczyni się do jego dalszego rozwoju. Kończąc pracę uświadamiam sobie w pełni, że byłam częścią sztafety, która istniała, zanim ja do niej dołączyłam i będzie kontynuowana, choć już beze mnie. Pytam siebie, dlaczego zdecydowałam się odejść ze szpitala i zrezygnować z obowiązków ordynatora. Powiem za klasykiem: trzeba wiedzieć kiedy wstać i wyjść. Najlepiej kiedy w szatni nasz płaszcz wisi jako przedostatni.

Na koniec pozwolę sobie zacytować Władysława Szymborską, bo najlepiej puentuje moje przemyślenia: Każdy przecież początek to tylko ciąg dalszy...

Współpracownicy o dr Dowgird

Dr n. med. Janusz Pieczyński,
koordynator Oddziału Okulistycznego

Pani doktor była osobą, dzięki której rozpoczęłam swoją przygodę z okulistiką, umożliwiła mi rozwój zawodowy, szczególnie w zakresie witrektomii i operacji zaćmy. Służyła wsparciem merytorycznym i praktycznym, szczególnie w trudnych przypadkach medycznych. Zawsze znajdowała czas na rozmowę i służyła dobrą radą. Jest dobrym człowiekiem, będącym przykładem dobrej relacji lekarza z pacjentem.

Agnieszka Przybytek, pielęgniarka
oddziałowa Oddziału Okulistycznego

Panią doktor znałam od 1987 r., wtedy rozpoczęłam pracę w Oddziale Okulistycznym.

W imieniu zespołu pielęgniarskiego chcę podziękować, że mieliśmy zaszczyt i przyjemność pracować z panią dr Dowgird. Każdego dnia wchodząc na oddział witała się z wszystkimi, każdą pielęgniarkę znała z imienia i nazwiska. Potrafiła rozwiązywać konflikty, nigdy nie widziałam jej zdenerwowanej, czy mówiącą podniesionym głosem. Mogłyśmy o wszystkim z nią porozmawiać, bo była bardzo przystępna, serdeczna. Jeżeli np. wydawała polecenia służbowe, to robiła to w formie prośby, którą każdy z przyjemnością wykonywał. Dr Dowgird zawsze była elegancka, uśmiechnięta, dlatego



Od lewej: dr Beata Szarejko, dr Maria Dowgird, Agnieszka Przybytek, pielęgniarka oddziałowa

współpraca układała się bardzo dobrze, również dlatego, że zespół pielęgniarski istniał prawie w niezmiennym składzie.



Obraz Józefa Burniewicza przedstawiający dr Dowgird

Dr n. med. Janusz Pieczyński, nowy koordynator Oddziału Okulistycznego

W Oddziale Okulistycznym jestem od 1999 r., kiedy na staż przyjęła mnie dr Maria Dowgird. Współpracę rozpoczęłam od dyżurów towarzyszących podczas wolontariatu. Potem przyszła kolej na specjalizację w oddziale – stopniowo, dzięki aprobacie i zaangażowaniu dr Dowgird zacząłam szkolenie teoretyczne i praktyczne z zakresu okulistyki pod kierownictwem dr Beaty Szarejko. Specjalizację uzyskałam w 2006 r. Moim głównym zainteresowaniem są powikłania oczne cukrzycy, co było również przedmiotem mojej rozprawy doktorskiej zakończonej uzyskaniem tytułu doktora nauk medycznych w 2011 r. Obrona pracy doktorskiej odbyła się w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, a promotorem rozprawy był pani prof. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz. W kolejnych latach pracy w Szpitalu Wojewódzkim nabywałam nowe umiejętności praktyczne, jak zabiegi witrektomii, czy usunięcia zaćmy. Jako jeden z pierwszych w Oddziale Okulistycznym wykonałam procedurę terapii fotodynamicznej w zwyrodnieniu plamki związanym z wiekiem oraz wszczepiłam implantu oczodołowego po usunięciu gałki ocznej.

Moje najważniejsze plany to skrócenie czasu pobytu pacjenta zabiegowego do jednego dnia oraz wprowadzenie procedury przeszczepu rogówek – w woj. warmińsko-mazurskim do tej pory nie wykonuje się takiej procedury. Mam też zamiar dbać o stałą aktualizację metod leczniczych zachowawczych i zabiegowych. Planuję również rozwój naukowy kadry oddziału we współpracy z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie.

Not. Przemysław Prais

Pani doktor była bardzo dobrym operatorem, spędzała dużo czasu na sali operacyjnej wykonując zabiegi, w czasie pracy w WSS opanowała trzy różne metody usunięcia zaćmy. Dbała, aby oddział był wyposażony w nowoczesny sprzęt do diagnostyki schorzeń okulistycznych. Jako pierwsza w województwie od 2006 r. dysponowaliśmy fundus kamerą cyfrową do wykonywania badania angiografii fluoresceinowej. W czasie jej kadencji oddział wzbogacił się także o nowoczesne aparaty USG, OCT [optyczna koherentna tomografia dna oka to badanie niezbędne w diagnostyce chorób siatkówki – red.], mikroskop operacyjny, lasery okulistyczne.

Dbała o szkolenia dla personelu, żeby był odpowiednio wykształcony, nie było problemu z uzyskaniem urlopu szkoleniowego. Była też bardzo lubiana przez pacjentów – potrafiła ich wysłuchać, wytłumaczyć wątpliwości.

Beata Szarejko, z-ca koordynatora Oddziału Okulistycznego

Zostałam zatrudniona przez dr Dowgird od 1 marca 1998 r. jako pierwszy lekarz po objęciu przez nią funkcji ordynatora. Pracowałyśmy więc razem prawie 20 lat razem, z których ponad 10 lat byłam jej zastępcą. Zawsze się nam bardzo dobrze współpracowało, tak jak byśmy mówiły jednym głosem organizując pracę oddziału przy zabiegach i przyjęciach pacjentów. Dr Dowgird miała też duże umiejętności jako specjalista.

Jest dobrym, ciepłym człowiekiem, co wprowadzało bardzo dobrą atmosferę na oddziale, a w takich warunkach lepiej się pracuje. Dr Dowgird dobrze też radziła sobie z roszczeniowymi pacjentami, z którymi potrafiła zażegnać spory, to cenne umiejętności dla ordynatora.

Dr n. med. Jerzy Górny, zastępca ds. leczenia dyrektora WSS w Olsztynie

Dr Marię Dowgird będę pamiętał jako osobę bardzo życzliwą i koleżeńską, z którą bardzo dobrze układała się współpraca międzyoddziałowa, zanim jeszcze zostałam zastępcą dyrektora. Oceniając naszą współpracę w następnych latach chcę podkreślić, że wśród ordynatorów wyróżniła się, jeśli chodzi o zarządzanie oddziałem i komunikację z dyrekcją Szpitala. Kiedy pojawiał się problem wspólnie pracowaliśmy nad jego rozwiązaniem. Mogę powiedzieć, że pani doktor dawała wsparcie i przyjmowała wsparcie, a robiła to wręcz perfekcyjnie. Będę ją mile wspominał.

Not. Przemysław Prais

Modernizujemy Trakt Porodowy

Trwa finalizowanie robót budowlanych realizowanych podczas modernizacji Traktu porodowego w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym.

Roboty budowlane rozpoczęły się w październiku 2017 r. W pierwszej połowie marca, kiedy powstał ten artykuł ekipa budowlana kończyła malowanie ścian na korytarzu i w pomieszczeniach traktu. – Już teraz widać, że ciepłe kolory dają efekt domowej atmosfery – cieszył się dr n. med. Tomasz Waśniewski, ordynator oddziału.

– Jeszcze lepiej będzie, kiedy prace budowlane zostaną zakończone, a w salach staną meble i wyposażenie medyczne – dodała Jowita Dubel-Mikulska, zastępczyni położnej oddziałowej. Jak pisaliśmy w poprzednim wydaniu Pulsu Szpitala nowy trakt będzie miał więcej pomieszczeń,

bo zostanie zaadaptowane miejsce po salach intensywnej opieki zajmowane wcześniej przez Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Po przeniesieniu noworodkowego OIT-u na wyremontowany oddział pomieszczenia zostały zwolnione. Podczas remontu zostaną zagospodarowane na potrzeby Traktu porodowego, który w rezultacie będzie zajmował już całą powierzchnię. Znajdzie się w nim pięć sal porodowych (w tym do porodów w wannie), sala cięć i dodatkowo trzy sale obserwacyjne.

Większa liczba stanowisk do porodów to poprawa bezpieczeństwa pacjentek, a dochodzą do tego trzy sale intensywnej opieki wyposażone w sprzęt do ciągłego monitorowania stanu zdrowia. To pokoje dla pacjentek patologii ciąży z cukrzycą, nadciśnieniem i innymi chorobami wymagającymi stałego monitorowania

dobrostanu dzieci, zdrowia dziecka, dobrostanu płodu.

Nad bezpieczeństwem pacjentek będzie czuwał system ciągłej opieki KTG (badanie, które polega na obserwacji i jednoczesnym zapisie: parametrów pracy serca dziecka, ruchów dziecka, siły oraz częstości występowania skurczów macicy i reakcji serca dziecka na skurcze macicy. Umożliwia ocenę dobrostanu dziecka) nad pacjentką z centralną bazą, która widzi wszystkie pomieszczenia. Położna będzie obserwować zapis KTG pacjentek ze wszystkich sal z monitorowaniem dobrostanu dzieci.

W następnym wydaniu Pulsu Szpitala zaprezentujemy zmodernizowany Trakt porodowy.

Przemysław Prais



Sala do porodów w wannie



Sala do przeprowadzania cięć cesarskich

Pierwszy na Warmii i Mazurach gabinet leczenia zespołu stopy cukrzycowej

Chorzy z Olsztyna i regionu, którym na skutek powikłań cukrzycy może grozić amputacja stopy nie muszą już jeździć po specjalistyczne leczenie do Gdańska, czy Warszawy. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie otworzył pierwszy w województwie warmińsko-mazurskim gabinet leczenia stopy cukrzycowej, który pozwolił na stworzenie kompleksowej opieki nad chorymi na cukrzycę w Szpitalu.

WSS w Olsztynie otrzymał 19 800,24 złotych dofinansowania ze środków Ministerstwa Zdrowia na zakup wyposażenia gabinetu leczenia zespołu stopy cukrzycowej, działającego w ramach specjalistycznej poradni diabetologicznej.

Środki zostały przyznane w ramach programu polityki zdrowotnej Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej na lata 2016-2018 na realizację zadania „Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową w 2017 roku.”

W ramach realizacji umowy został zakupiony sprzęt: podologiczny fotel zabiegowy dla pacjenta, taboret zabiegowy dla lekarza, frezarka do usuwania modzeli, trzy zestawy do badania neuropatii cukrzycowej, komplet podstawowych narzędzi chirurgicznych – 21 elementów, komputer wraz z oprogramowaniem, drukarką i kserokopiarką i aparat fotograficzny służący do prowadzenia dokumentacji poglądowej postępowania leczenia ran zespołu stopy cukrzycowej.

Rozmowa z dr n. med. Wojciechem Matuszewskim i lek. Robertem Modzelewskim.

Przemysław Prais: Proszę na początek powiedzieć, od kiedy działa Gabinet stopy cukrzycowej.

Wojciech Matuszewski, Robert Modzelewski: – Gabinet Stopy cukrzycowej przy WSS Olsztyn funkcjonuje od stycznia tego roku. Choć przygotowania do otwarcia, czyli zakup sprzętu i jego montaż zaczęliśmy już pod koniec października 2017 r. Musieliśmy również odbyć szkolenia organizowane przez Ministerstwo Zdrowia w podobnych placówkach z wieloletnim doświadczeniem działających w Gdańsku i Krakowie. Nasz zespół znakomicie uzupełnia Pani pielęgniarka Marta Lemańska. Jesteśmy jedynym, takim gabinetem na Warmii i Mazurach, przyjmujemy pacjentów z całego województwa w poniedziałki i czwartki w godz. 8.00-13.00, po uprzedniej rejestracji, na jedną wizytę przeznaczamy 30 minut. Przedtem osoby potrzebujące takiego leczenia musiały jeździć na wizyty

do ośrodków w Gdańsku, Warszawie czy Białymstoku. Było to bardzo kłopotliwe i kosztowne tym bardziej, że niektórzy pacjenci wymagali wizyt raz, a nawet dwa razy w tygodniu.

Kto zgłasza się do Gabinetu stopy cukrzycowej?

Trafiają do nas pacjenci chorzy na cukrzycę z zespołem stopy cukrzycowej (ZSC), z ranami na różnym etapie gojenia, deformacjami stóp. Największe wyzwanie kliniczne stanowią chorzy z neuroosteoartropatią Charcota. ZSC



Od lewej: Wojciech Matuszewski, Marta Lemańska, Robert Modzelewski

jest jednym z najpoważniejszych powikłań cukrzycy, pojawiającym się głównie u chorych cierpiących na nią od wielu lat. Do rozwoju ZSC predysponuje polineuropatia cukrzycowa, objawiająca się zaburzeniami czucia dotyku, bólu, wibracji, temperatury w przebiegu uszkodzenia nerwów obwodowych. Konsekwencją jest nie odczuwanie dolegliwości wywołanych przez uszkodzenia mechaniczne czy oparzenia. Skutkuje to z kolei przerwaniem ciągłości tkanek, uszkodzeń stopy, które przy złej kontroli metabolicznej cukrzycy nie goją się prawidłowo, prowadząc do powstawania głębokich ran, które mogą ulec zakażeniu, co znacznie pogarsza rokowanie, może skutkować destrukcją kości a nawet amputacją w obrębie stopy. ZSC to jeden z dwóch, oprócz utraty wzroku, skutków powikłań cukrzycy, których najbardziej obawiają się nasi pacjenci. ZSC może więc prowadzić do trwałego inwalidztwa, utraty pracy, zaburzeń depresyjnych, izolacji od społeczeństwa.

Co może zapobiegać takim dramatycznym sytuacjom?

Fundamentalną rolę odgrywa edukacja pacjenta z zakresu pielęgnacji stóp, zapobiegania urazom, doboru obuwia oraz profilaktyki wystąpienia ZSC. Część pacjentów wymaga jedynie zabiegów podologicznych, czyli np. usunięcia nadmiernych zrogowaceń skóry, modzeli czy wrastających paznokci, gdzie zaniedbania w tym zakresie mogą prowadzić do gorszych stanów. W ramach rutynowej opieki diabetologicznej konieczne jest badanie stóp podczas każdej wizyty kontrolnej i samokontrola w domu. Ma to na celu wykrycie wczesnych zmian w zakresie stóp i włączenie leczenia bądź przekierowania pacjenta do gabinetów stopy cukrzycowej, których naczelną ideą jest ratowanie kończyny i jej funkcji. W Polsce, ale i na świecie nadal wykonywanych jest zbyt wiele amputacji u chorych na cukrzycę, mamy nadzieję, że edukacja, zmiana myślenia o stopie cukrzycowej i objęcie coraz większego obszaru kraju opieką specjalistyczną przyczynią się do odwrócenia tego niepokojącego trendu. Leczenie jest oparte na zasadzie zapewnienia optymalnych warunków gojenia tzn. zapewnienie odpowiedniego ukrwienia, zapobieganiu zakażeniom, i co bardzo ważne odciążenie stopy z raną. Niestety wielu pacjentów ma problem z realizowaniem zaleceń szczególnie dotyczących odciążenia chorej stopy. Niechętnie korzystają z zaopatrzenia ortopedycznego uważając, to za stygmatyzację będąc odbierani jako inwalidzi. Tymczasem bez odciążenia stopy nie ma mowy o prawidłowym leczeniu. Ważne jest także zapobieganie zakażeniom – odpowiednie opracowywanie rany, wykonywanie posiewów czy badań obrazowych jak usg czy rentgen, które umożliwiają wykrycie zaburzeń w unaczynieniu czy ewentualnego zajęcia struktur kostnych, co pogarsza szanse na całkowite wyleczenie i zwiększa ryzyko utraty kończyny. W tym miejscu warto zaznaczyć, że w przypadku stwierdzenia zakażenia rany i ogólnoustrojowych cech infekcji (np. gorączka) konieczne jest zastąpienie leków doustnych insulinoterapią.

Aktualnie gabinet stopy cukrzycowej działa bez zarzutów, obserwujemy pierwsze sukcesy terapeutyczne, mimo że gojenie ran jest długim procesem, myślimy o rozwoju i wdrażaniu nowych procedur. Na co dzień spotykamy się dobrym odbiorem i pełną akceptacją wśród pacjentów i lekarzy innych specjalności. W razie potrzeby możemy bowiem korzystać z dodatkowych konsultacji np. chirurgów naczyniowych, czy ortopedów. Są dostępne część pacjentów może wymagać dodatkowej konsultacji innych specjalistów.

Rozmawiał Przemysław Prais

Chemioterapia

– leczymy pacjentki na najwyższym poziomie

Działający w ramach Oddziału Ginekologii Onkologicznej ośrodek chemioterapii należy do najlepszych w kraju. Pacjentki mogą liczyć na skojarzenie leczenia niezabiegowego i operacyjnego, w którym decyzje są podejmowane zespołowo z wyborem najlepszej terapii.

Ośrodek należy do Grupy ds. Badań Klinicznych Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, co umożliwia dostęp do badań klinicznych przeprowadzanych także w Szpitalu Wojewódzkim. Dzięki temu pacjentki otrzymują dostęp do najnowszych leków.

Do tego dochodzi opieka psychologiczna, która bardzo pomaga w procesie leczenia – mówi o tym Joanna Roszak, psycholog kliniczny. Nie brakuje również innych przedsięwzięć ułatwiających przechodzenie przez chorobę, jak obchodzenie Mikołajek, czy Dnia Kobiet, o czym piszemy w kolejnych artykułach

Z rozmowy z dr Magdaleną Sikorską, koordynującą działalność ośrodka chemioterapii dowiadujemy się m.in. jakie choroby są w nim leczone, jak wiele osób ze Szpitala uczestniczy w terapii, aby była najskuteczniejsza oraz dlaczego Szpital jest zapraszany do udziału w międzynarodowych badaniach klinicznych.

I Rozmowa z dr Magdaleną Sikorską

Przemysław Prais: Proszę na początek powiedzieć, od kiedy istnieje Oddział Ginekologii Onkologicznej w WSS?

Magdalena Sikorska: Oddział Ginekologii Onkologicznej, jako najważniejszy oddział w województwie warmińsko-mazurskim zajmujący się operacjami nowotworów narządu rodowego rozwinął pan dr Marek Stefanowicz, długoletni ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Oddział ten funkcjonuje w Szpitalu Wojewódzkim od dawna. Od 2013 roku wraz z moim zatrudnieniem poszerzyła się jedynie działalność oddziału o leczenie systemowe, tzn. chemioterapię, hormonoterapię, leczenie ukierunkowane molekularnie, antyangiogennie, czy modulujące układ immunologiczny. To jednocześnie wymusiło formalne wydzielenie Oddziału Ginekologii Onkologicznej

Jak do tego doszło?

W 2009 roku po opublikowaniu kilku badań klinicznych zmieniło się częściowo postrzeganie roli i czasu zastosowania chemioterapii i operacji w raku jajnika wprowadzając możliwość podania chemioterapii okołoperacyjnej. Oznacza to, że chora po laparotomii zwiadowczej, jeśli

proces jest pierwotnie nieoperacyjny radykalnie, otrzymuje chemioterapię neoadjuwantową (indukcyjną), następnie wykonywana jest operacja odroczonej cytoredukcji i pacjentka kontynuuje leczenie pooperacyjne chemioterapią. To wymusiło ściślejszą współpracę pomiędzy Oddziałem Ginekologii Onkologicznej, a innymi ośrodkami w Olsztynie zajmującymi się leczeniem systemowym.

To się zupełnie przypadkowo zbiegło z moim większym zainteresowaniem chemioterapią w nowotworach jajnika i ściślejszą współpracą z lekarzami Oddziału Ginekologii i Położnictwa WSS w Olsztynie, szczególnie z dr Tomaszem Waśniewskim, kolegą z czasów studenckich.

Pracowałam wtedy w oddziale chemioterapii w Szpitalu MSW w Olsztynie. Mimo naszego zaangażowania pacjentki z powodów proceduralnych – (przekazywanie pomiędzy dwoma ośrodkami) miały wydłużony czas diagnostyki, zbyt wiele też czasu upływało pomiędzy zabiegiem i leczeniem systemowym. To było niekorzystne dla wyników leczenia.

Bardzo chcieliśmy, aby pacjentki były leczone jak najlepiej, by dyskusja na temat jak najskuteczniejszego postępowania i wypracowanie takiej taktyki dla każdej z nich mogła odbyć w każdym momencie, kiedy zaistnieje taka potrzeba.

Tak powstał oddział wielodyscyplinarny zajmujący się nowotworami ginekologicznymi. Plan leczenia onkologicznego zawsze powinien być ustalony na początku terapii i omawiany w zespole: chirurg (w naszym przypadku ginekolog-onkolog), onkolog kliniczny, specjalista radioterapii, patomorfolog, radiolog, psycholog. My takim zespołem obecnie dysponujemy.

Co prawda specjalistki radioterapii, pracujące, na co dzień w Zakładzie Radioterapii Szpitala MSW przyjeżdżają do WSS dwa razy w tygodniu, ale znacznie częściej kontaktujemy się telefonicznie, więc w każdej chwili możemy omówić dowolny przypadek.

Onkologia bardzo dynamicznie się rozwija, jest to olbrzymia wiedza. Ograniczenie się do leczenia nowotworów ginekologicznych w tym raku piersi umożliwia bardzo staranne śledzenie wiedzy, udział w wielu sympozjach czy telekonferencjach.

Jakie nowotwory leczycie najczęściej?

Zajmujemy się leczeniem nowotworów ginekologicznych: raka jajnika, jajowodu, pierwotnego raka otrzewnej, raka szyjki i trzonu macicy, sromu, mięsaków narządu rodowego, nowotworów zarodkowych, nowotworów trofoblastu.

Nowotwory piersi w wielu krajach uznane są za nowotwory ginekologiczne. Leczymy więc pacjentki z takim rozpoznaniem, ale tylko w pewnych wybranych sytuacjach np. panią, która z powodu zachorowania na raka piersi w okresie ciąży otrzymywała chemioterapie przed i po porodzie,

Ponieważ to są w naszej codziennej praktyce raczej rzadkie sytuacje – wszystkie takie chore konsultujemy osobiście, telefonicznie lub mailowo z referencyjnym ośrodkiem – COI w Warszawie.

Kobietami, które jednocześnie są w ciąży i chorują na nowotwór złośliwy powinien zajmować się zespół specjalistów złożony z radiologów, chirurga onkologa, ginekologa-położnika, onkologa klinicznego, neonatologa, perinatologa, położnej, psychologa, anestezjologa. To umożliwia ustalenie sposobu leczenia, które nie zmniejsza szans matki w stosunku do nieciążarnych chorych i jest bezpieczne dla dziecka.

W poprzednim miejscu pracy prowadziłam kilka takich pań, z sukcesem, ale to w tym szpitalu pracują specjaliści, którzy mogliby tworzyć taki zespół.

Kto wchodzi w skład zespołu onkologicznego?

Onkologia jest dziedziną wielodyscyplinarną, wymagającą współpracy lekarzy różnych specjalizacji, ale także diagnostów, psychologów czy rehabilitantów.

W Oddziale Ginekologii Onkologicznej pracują ginekolog, specjalistki onkologii klinicznej, panie położne, panie salowe i panie sekretarki medyczne. To podstawowy zespół ginekologii onkologicznej.

Ponieważ jednak z większym lub mniejszym zaangażowaniem współpracują z nami lekarze

wszystkich innych oddziałów – na zespół zajmujący się leczeniem nowotworów ginekologicznych w szpitalu składa się więcej osób.

Od początku mojej pracy w Szpitalu olbrzymią pomoc otrzymałam od zespołu z Działu Diagnostyki Obrazowej, radiologii i pracowni USG: przede wszystkim lekarzy, ale też techników, pielęgniarek czy pań w rejestracji. Bez tego wsparcia niemożliwe byłoby prowadzenie leczenia onkologicznego, kontroli i badań klinicznych.

Także współpraca z Działem Patomorfologii zawsze układała mi się bardzo dobrze, niezależnie w jakim miejscu pracowałam, a od 2013 roku jeszcze się zacieśniła.

Nasze chore, zwłaszcza te poddane leczeniu nowymi, czy eksperymentalnymi lekami wymagają konsultacji lekarzy innych specjalności: kardiologów, endokrynologów, diabetologów, nefrologów, neurologów, gastroenterologów.



Zespół Ośrodka Chemioterapii

Tak olbrzymiej pomocy, konsultacji na tak wysokim poziomie „na miejscu” trudno zapewnić chorym w innym szpitalu w Olsztynie.

Ścisła współpraca dotyczy też chirurgów. Chirurg onkolog, pan dr Robert Wojstaw jest często współoperatorem pacjentek z nowotworami ginekologicznymi, ale też konsultuje i operuje przypadki paliatywne. Większość pacjentek otrzymujących chemioterapię ma zakładane porty naczyniowe z dostępem do żyły próżnej górnej. Pan doktor Maciej Sadowski zgodził się nam pomóc i nie tylko wykonuje te procedury, ale zawsze jest pomocny, jeśli mamy problem z ich obsługą. Decyduje o konieczności usunięcia. Jest świetnym fachowcem, a jego uwagi na pewno są pomocne w usprawnianiu procedury obsługi v-portów.

Ośrodek Żywienia Klinicznego umożliwia podjęcie operacji, przeżycie w dobrej jakości okresu okołoperacyjnego, ale bywa też jedyną formą leczenia chorych zdyskwalifikowanych z innego

leczenia onkologicznego. Rola żywienia pozajelitowego u takich pacjentów jest bezcenna i bywa skuteczniejsza niż inne metody – potrafi „darować” kilka czy kilkanaście miesięcy życia, często bardzo dobrej jakości. Zespół lekarzy ds. żywienia – panie dr Krystyna Urbanowicz i dr Bogna Kwella to specjalistki postrzegane w Polsce, jako lekarze z największym doświadczeniem w tej dziedzinie.

Jeśli wystąpią „powikłania kostne” choroby nowotworowej – przerzuty do kości, a zwłaszcza złamania patologiczne, konsultuje nas zespół lekarzy ortopedów. W przypadku np. chorych na raka szyjki macicy z maszynowymi przerzutami do kości zaopatrzenie ortopedyczne to leczenie, które przynosi więcej korzyści, niż leczenie systemowe.

Bardzo dobrze współpracuje się z zespołem Apteki Szpitalnej – kierowanym przez poprzednią panią kierownik Wandą Długi, i obecną panią Ewę Czech-Żbikowską.

Na co dzień pracujemy głównie z panem mgr Piotrem Pabichem, który przygotowuje roztwory leków cytostatycznych, ale jest też farmaceutą w badaniach klinicznych (przyjmuje leki, raportuje do sponsora dotarcie leków w odpowiedniej temperaturze, zapotrzebowanie na nowe opakowania leków, prowadzi logi temperaturowe, sprawdza na różnych platformach internetowych przydział opakowań leku dla poszczególnych chorych).

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, kierowane przez panią mgr Beatą Drozdowską pomagało i pomaga usprawniać diagnostykę chorych otrzymujących chemioterapię. Wraz z panią mgr Anną Adamus pełnią rolę laborantów badań klinicznych (przygotowanie próbek krwi wysyłanych potem do laboratoriów centralnych na badanie farmakokinetyki, farmakogenetyki, biomarkerów itp.).

Oczywiście w leczeniu pacjentek pomagają nam również zespół transfuzjologów, lekarze

Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz wszystkie komórki Szpitala, których niezamierzenie nie wymieniałam.

W leczeniu pacjentów z chorobą nowotworową tak samo ważne jak obiektywne wyniki leczenia jest jak najlepsza jakość życia chorych. Rozpoznanie choroby nowotworowej, często zaawansowanej, o potencjalnie nawrotowym charakterze często śmiertelnej, jest olbrzymim obciążeniem emocjonalnym. Nasze chore to panie często czynne zawodowo, opiekujące się dziećmi wnukami, są aktywne towarzysko i społecznie. Obecność psychologa klinicznego – pani Joanny Roszak daje pacjentkom możliwość wsparcia czy nazwania i rozładowania emocji.

Spotkania z panią psycholog odbywają się nie tylko w trakcie konsultacji psychologicznych, które obejmują praktycznie wszystkie pacjentki onkologiczne oddziału, ale też nieformalne spotkania i rozmowy w gronie innych chorych.

To bardzo pomaga w funkcjonowaniu chorych, ale też odciąża personel medyczny i pomaga zrozumieć reakcje chorych. Opieka psychologiczna chorych onkologicznych na całym świecie jest standardem, a w naszym kraju często zostaje pominięta.

Jak więc widać wszyscy w Szpitalu są mniej lub bardziej zaangażowani w prowadzenie leczenia onkologicznego w oddziale Ginekologii Onkologicznej i są częścią zespołu. Od początku pracy spotkałam się ze strony wszystkich z ogromną wiedzą, fachowością, ale też olbrzymią życzliwością i pomocą dla mnie i naszych chorych.

Jak przebiega współpraca z innymi ośrodkami o takim profilu w Polsce?

Większość kolegów zainteresowanych leczeniem nowotworów ginekologicznych na jak najwyższym poziomie jest zrzeszona w PGOG (Polska Grupa Onkologii Ginekologicznej ds. badań klinicznych działająca pod egidą ENGOT (European Network of Gynecological Oncological Trial groups) w ramach PTGO (Polskie Towarzystwo Onkologii Ginekologicznej).

W ramach PGOG planuje się prowadzenie bazy danych na temat nowotworów ginekologicznych, szczególnie raka jajnika. Dane statystyczne takie jak: zakres zabiegu operacyjnego, rodzaj powikłań, konieczność reoperacji, ocena operatora (czy byli operowani przez ginekologów onkologów), ilu takich specjalistów jest w ośrodku, jak długo trwała hospitalizacja. To ma służyć ocenie ośrodków, ale też utrzymanie pewnej jakości i możliwość uczestniczenia w badaniach klinicznych

Jednym z celów działającej w ramach PTGO grupy ds. badań klinicznych (PGOG) jest umożliwienie dostępu pacjentek w Polsce do udziału w międzynarodowych badaniach klinicznych.

Tak więc współpracujemy głównie pod egidą PGOG, ale jesteśmy niezbyt liczną grupą – znamy się, kontaktujemy i konsultujemy, aby opracować jak najlepszy sposób leczenia.

Dotyczy to przeważnie przypadków rzadkich, czy szczególnie trudnych.

Proszę teraz opowiedzieć, jak przebiega organizacja badań klinicznych i jakie mają znaczenie dla pacjentów?

Właściwie od roku 1996 do 2011 standard leczenia systemowego raka jajnika prawie się nie zmienił, a wyniki leczenia nie są zadowalające. Poprawę może przynieść zastosowanie nowych leków.

Aby lek mógł być zarejestrowany trzeba udowodnić jego większą skuteczność w stosunku do istniejącego standardu. Są to najczęściej projekty międzynarodowe, w którym pacjentki są losowo przydzielane do leczenia standardowego lub eksperymentalnego.

Udział w badaniu jest zawsze dowolny i bezpłatny dla chorego. Umożliwia leczenie nowymi lekami, przed ich rejestracją w danym wskazaniu. Wszystkie leki, które są już używane standardowo, też musiały zostać zarejestrowane w takich badaniach.

Uczestniczenie w takich programach to dla lekarzy nauka i zdobywanie doświadczenia na temat toksyczności, redukcji dawek, sposobie postępowania w przypadku powikłań. Ale wymaga olbrzymiego zaangażowania czasowego – badania kliniczne w onkologii są trudne: wymagają najwięcej przeprowadzonych procedur, raportów, a powikłania mogą być poważne i trwałe.

Uczestniczenie w międzynarodowych badaniach klinicznych podnosi też prestiż ośrodka – Szpitala.

Organizacja międzynarodowych badań klinicznych przebiega w ten sposób, że najpierw otrzymujemy propozycję takiego badania, analizujemy potrzebę jego przeprowadzenia na naszej populacji pacjentek, a następnie wysyłamy dane na temat możliwości rekrutacji i dane techniczne ośrodka.

Do momentu podpisania umowy trójstronnej pomiędzy sponsorem badania, głównym badaczem i Szpitalem upływa sporo czasu, w którym m.in. wybiera się ośrodek i czeka na zgodę komisji bioetycznej, a także ustala się sposób finansowania takiego przedsięwzięcia i skład zespołu badawczego. Następuje wizyta inicjująca aktywację ośrodka i można rekrutować pacjentów, którzy chcą brać udział w danym badaniu i spełniają wszystkie kryteria wejścia do projektu.

Na dzień dzisiejszy mamy osiem czynnych badań, w których pacjenci są leczeni lub pozostają w kontroli, dwa badania są zamknięte i archiwizowane, dwa wkrótce otworzymy.

Staramy się uczestniczyć tylko w takich badaniach, które są z naszego punktu widzenia korzystne dla pacjentów. Mamy dużo operowanych pacjentek, jesteśmy dużym ośrodkiem z zakresu ginekologii onkologicznej, więc nie brakuje też propozycji udziału w badaniach klinicznych, co jest też dowodem na to, że nasz ośrodek jest bardzo dobrze postrzegany.

Z naszej dotychczasowej rozmowy wynika, że wasza praca wymaga wielkiego wysiłku.

Praca jest bardzo obciążająca, pacjentek jest dużo, hospitalizacje w większości są w trybie jednodniowym. Poza tym dochodzą hospitalizacje w trybie pilnym z powodu powikłań, często bardzo poważnych.

W ubiegłym roku w oddziale odbyło się 1500 hospitalizacji związanych z chemioterapią, a dotyczyło to 150 pacjentek. To znaczy, że mamy stały kontakt z chorymi, które w oddziale czują się swobodnie i przyjaźnie i zwracają się do nas z wszystkimi problemami.

Bolączką jest brak Poradni Onkologicznej, gdzie mogłyby się zgłosić chore w potrzebie – przychodzi więc do gabinetu lekarskiego w Oddziale Ginekologii Onkologicznej.

Pracujemy na granicy wydolności – każdy wyjazd na szkolenie jest dużym wyzwaniem organizacyjnym, nie mówiąc już o urlopie. W oddziale pracuje dwóch onkologów klinicznych: oprócz mnie, pani Magdalena Martynowska, a przyjęć chorych jest bardzo dużo.

Konsultujemy również onkologicznie pozostałe oddziały szpitalne, i dwa razy w tygodniu bierzemy udział w konsyliach karty DILO. Z pewnością więc przydałoby się wsparcie w postaci dodatkowych pracowników.

Prowadzenia kontroli chorych onkologicznych w Poradni Ginekologii podjęła się pani Dorołta Bartoś-Zdrojewska, specjalistka ginekologii onkologicznej. Ma już spore doświadczenie w samodzielnym prowadzeniu chemioterapii, więc wspiera nas podczas urlopu, szkolenia czy choroby. To olbrzymia pomoc.

Na razie nie przystępujemy do nowych projektów badawczych – musimy rzetelnie przeprowadzić te, które się toczą.

W prowadzeniu badań klinicznych wielka rola spoczywa na paniach koordynatorkach, to panie: Joanna Roszak, Aneta Wilgowiec i Patrycja Duszak.

Bardzo obciążony jest zespół położnych: w 2013/2014 w oddziale było przyjmowanych około 1500 hospitalizacji (zabiegowych i chemioterapii). W 2017 około 3000. Liczba chemioterapii, badania kliniczne, chore paliatywne to wielkie obciążenie dla prawie takiej samej liczby położnych.

W tak trudnych warunkach w takim obciążeniu fizycznym i emocjonalnym pracuje się nam razem dobrze, stanowimy zespół. To również dzięki niezwyklej osobowości położnej oddziałowej – Małgorzaty Drężek-Skrzeszewskiej.

Jak już wspominałam nasz Oddział Ginekologii Onkologicznej jest bardzo dobrze postrzegany w kraju. Wynika to z tego, że cały zespół uczestniczy w zjazdach, warsztatach, na których również jesteśmy wykładowcami. Jesteśmy czynnym ośrodkiem, w którym są przeprowadzane badania kliniczne, a tym samym partnerem dla innych takich placówek.

Dr Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Ginekologii Onkologicznej i zespół ginekologów zajmuje się również problemem zachowania płodności u kobiet leczonych onkologicznie. To jest temat bardzo ważny i bardzo aktualny, ponieważ coraz więcej kobiet zachodzi w ciążę w późniejszym wieku, a zachorowania na nowotwory dotyczą coraz młodszych kobiet.

Jak wyglądają relacje z pacjentkami? Czy nawiązują się silne więzi emocjonalne?

My jesteśmy lekarzami i przede wszystkim musimy w sposób profesjonalny i racjonalny podejmować wszystkie decyzje terapeutyczne. Chemioterapia jest leczeniem cyklicznym – widzimy nasze chore co 1,2 czy 3 tygodnie, więc oczywiście zawiązują się relacje. Znamy te panie, wiemy, jakie mają obciążenia, problemu i radości poza chorobą nowotworową, poznajemy ich rodziny, problemy, ale też pasje i radości. Widzimy też z jaką determinacją i walczą z chorobą, chronią swoje rodziny i skąd mają wsparcie.

Czujemy się bardzo odpowiedzialne za poziom leczenia, ale to grupa pacjentów, z którymi dobrze się pracuje.

Proszę na zakończenie powiedzieć jakie jest Pani doświadczenie zawodowe?

Chemioterapią, może leczeniem systemowym zajmuję się od 1996 roku. Pracowałam w oddziale chemioterapii, w którym mogłam zdobyć doświadczenie w leczeniu prawie wszystkich nowotworów. Początkowo z powodu pierwszej specjalizacji byłam zainteresowana głównie leczeniem raka płuca. Potem leczeniem chorób limfoproliferacyjnych, działając w Polskiej Grupie Chłoniakowej, rakiem stercza oraz guzami neuroendokrynnymi. Obecnie skupiam się na Ginekologii Onkologicznej i chciałam leczyć pacjentki ciężarne z rozpoznaniem nowotworów litych.

Jestem członkiem PTO, PTOK, PGOG, ESMO, ESGO, PRIME.

Chcę żyć pełną piersią!



W lutym 2017 r., zauważyłam zmianę w lewej piersi, byłam w 7 tygodniu ciąży. Zapewniano mnie że ta zmiana w piersi to na pewno efekt ciąży i nie ma się co martwić ... w 16 tygodniu ciąży temat powrócił, zmiana nie zniknęła.

Zgłosiłam na wizycie ginekologicznej, że wy czuwałam w piersi niepokojące zgrubienie. Lekarz polecił zrobienie USG i wizytę w poradni onkologicznej. Tak też się stało... Terminy do chirurga onkologa wydały mi się zbyt odległe jak na sytuację w jakiej się znalazłam. W szybkim czasie udało mi się umówić na biopsję grubo igłową poza Olsztynem. W ciągu tygodnia otrzymałam informację że mam raka. Tragedia? Nie, działanie! Okazało się że w Olsztynie nikt się mną nie zajmie, brak doświadczenia z kobietami w ciąży z rakiem. Polecono mi kontakt z Centrum Onkologii w Warszawie. Tu szybka konsultacja onkologiczna i ustalony plan leczenia. Zaczynamy od Chemii. Dodatkowo zapewniono mi opiekę ginekologiczną – położniczą. Ostatnią chemię w Centrum Onkologii przyjął 30.08.2017 r. Poród zaplanowany na 22.09.2017 r. Los jednak zdecydował inaczej, a w zasadzie moje

Dziecko/mój organizm ... i 2 września 2017 r. o 7:25 na świat przyszła moja wspaniała córka Dominika. (waga 2370; wzrost 50 cm. 10/10 punktów). Urodziłam ją przez cesarskie cięcie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

Co dalej ... hmm Z małym dzieckiem jeździć do Warszawy? Nie, znalazłam osobę, która podjęła się przejąć mnie z Centrum Onkologii i odważyła się dokończyć podawanie mi chemii w Olsztynie. Na chemię wróciłam po dwóch tygodniach od porodu do Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie na oddziale Ginekologii onkologicznej; pod czujnym okiem Pani Doktor Magdaleny Sikorskiej. Obecnie jestem po zabiegu mastektomii z rekonstrukcją. I chcę żyć PEŁNĄ PIERSIĄ ;)

Czy miałam chwile zwątpienia, zatamania? Tak, jestem tylko człowiekiem, ale wówczas myślałam o tej kruszynie którą nosiłam pod sercem i dalej stawiałam czoło kolejnym wyzwaniom.

Pomyślisz ... to niewiarygodna historia A ja mówię to historia prawdziwa, nie pierwsza i nie ostatnia, z życia wzięta. Szybka diagnoza i siła jaką jest ciąża daje nam ogromną przewagę w walce z rakiem. To dwa życia do uratowania! Trudno wyrazić słowami moją ogromną

wdzięczność wszystkim osobom zaangażowanym w moją sprawę. zaczynając od mojej rodziny, a w szczególności mojego partnera, moich bliskich i przyjaciół, kolegach i koleżankach z pracy a kończąc na lekarzach (oprócz dr Sikorskiej, to dr Tomasz Huzarski ze Szpitala Klinicznego w Szczecinie i Anna Majstrak-Hulewska z Centrum Onkologii w Warszawie, oraz Natalia Szymecka ze Szpitala Bielańskiego w Warszawie) a także dziewczyny z fundacji rak 'n roll, których spotkałam na mojej drodze, to oni na co dzień dawali mi dużo energii, wsparcia i wiedzy, która pozwalała podejmować właściwe decyzje.

Ten tekst nie jest tylko okazaniem wdzięczności czy promocją lekarzy zaangażowanych w moją sprawę, to apel do kobiet w ciąży: badajcie się, nie lekceważcie żadnych niepokojących objawów, bądźcie czujne, nie dajcie się zbyć, rak to nie wyrok! Jestem tego najlepszym przykładem. A do lekarzy ginekologów, onkologów apeluję ... nie bójcie się *BOSKICH MATEK ich siła i determinacja w pokonywaniu raka jest niewyobrażalna, one bardzo potrzebują szybkiej, rzetelnej i kompetentnej informacji i wiedzy oraz objęcia ich najlepszą z możliwych opieką oraz właściwymi decyzjami!

Anna Osirńska

*BOSKIE MATKI - tak się nazywają, to kobiety, które los obdarzył jedną z najcudowniejszych dla kobiet rzeczy – ciążą, a tym samym nadzieją i miłością. Ale rzucić im też wyzwanie, postawić diagnozę: „Ma pani raka”.

Dzień Kobiet dla pacjentek Oddziału Ginekologii Onkologicznej

Bezpłatny makijaż wykonywany przez wizażystki, fachowe porady w tym zakresie, a do tego możliwość przymierzenia i wybrania najbardziej twarzowej peruki pod okiem fryzjerki oraz czekoladki i dużo dobrego humoru – tak przebiegał 8 marca br. dla pacjentek ośrodka chemioterapii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

– Na skutek choroby nowotworowej straciłyśmy włosy na głowie, rzęsy i brwi – mówiła Ewa Sakowicz, jedna z pacjentek biorących udział w przedsięwzięciu. – Dzięki dzisiejszej wizycie pań kosmetyczek czujemy się jak kobiety. To świetny pomysł na poprawę naszego samopoczucia.

Wpadła na niego Joanna Roszak, psycholog zajmujący się pacjentkami przechodzącymi chemioterapię. – Akcję przeprowadziliśmy wspólnie z Małgosią Drężek-Skrzeszewską, położną oddziałową Oddziału Ginekologii Onkologicznej, dr Magdaleną Sikorską, kierującą ośrodkiem chemioterapii oraz Ewą Doroszkiewicz, pielęgniarką oddziałową Oddziału Chirurgicznego.

Pacjentkami w Dzień Kobiet zajęły się panie Ewelina Śliz z firmy Wizuel oraz Izabela Madej i Patrycja Dembek z Salonu Fryzur Salsa. – To dla nas żaden problem. Chętnie uczestniczymy w takich fajnych akcjach – powiedziała pani Izabela.

– Wszystkie panie kosmetyczki bez najmniejszego wahania przyjęły nasz zaproszenie, dostosowując do tego swoje

plany – podkreśliła dr Sikorska. – Jesteśmy im za to bardzo wdzięczne.

Ewa Sakowicz podkreśliła, że Oddział Ginekologii Onkologicznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym to najlepszy oddział, w którym się leczę do tej pory. – A kilka już widziałam, bo przechodziłam wiele zabiegów – stwierdziła.

Przemysław Prais





Naszą misją jest pomoc każdej kobiecie, która zmagają się z rakiem narządów rodnych, lub które mogą być zagrożone – mówi Maria Dzierżek, koordynator Kwiatu Kobiecości na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. – W grudniu ub. roku dzięki sponsorom Kwiatu Kobiecości i zaproszonym wolontariuszom przeprowadziliśmy na oddziale Akcję „Święty Mikołaj”.

Przemysław Prais: Proszę powiedzieć jakie są najważniejsze zadania „Kwiatu Kobiecości”.

Maria Dzierżek: Kwiat Kobiecości jest Ogólnopolską Organizacją na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy i Rakiem Jajnika. Misją naszą jest pomoc każdej kobiecie, która zmagają się z rakiem narządów rodnych, lub które mogą być zagrożone. Propagujemy i stawiamy na profilaktykę, dostęp do informacji, edukację i zmianę świadomości w podejściu do zdrowia. Dążymy do tego, aby jak najwięcej mówiono i pisano o zagrożeniach związanych z rakiem, aby zmotywować Polki do regularnych wizyt u ginekologa. Prowadzimy programy edukacyjne skierowane do młodzieży i dorosłych. Propagujemy profilaktykę badań cytologicznych i szczepień przeciw wirusowi HPV. Kwiat Kobiecości jest organizatorem wielu kampanii społecznych związanych z tematyką profilaktyki, gdzie angażują

Pomagamy paniom w walce z chorobą

się znane Polki, które są ambasadorkami kampanii. Te wszystkie akcje są nagłaśniane medialnie przynosząc zmianę świadomości naszego społeczeństwa w podejściu i dbałości o zdrowie swoje i swoich bliskich.

Jaka jest Pani rola w Stowarzyszeniu?

Kwiat Kobiecości ma swoje emisariuszki (wolontariuszki) w całej Polsce. Jestem koordynatorem organizacji na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. Moją rolą jest wspomaganie Kwiatu Kobiecości w działaniach (jak wyżej) na naszym terenie.

Dlaczego zdecydowała się Pani na współpracę ze Szpitalem Wojewódzkim?



Zdecydowałam się na współpracę ze Szpitalem Wojewódzkim, bo tu w 2011 roku miałam operację, podczas której wykryto u mnie raka złośliwego jajnika. Operacja była bardzo trudna. Dzięki dr. Markowi Stefanowiczowi, ówczesnemu ordynatorowi, lekarzom i pielęgniarkom dziś cieszę się życiem i zdrowiem. Raz w roku przeprowadzam badania kontrolne. Mam wielki szacunek za wiedzę i empatię do pacjentek dla całego zespołu pracującego na Oddziale Ginekologii Onkologicznej.

Na czym polega ta współpraca i jakie są jej efekty?

W październiku ubiegłego roku zaproszona przez panią psycholog Joannę Roszak na Oddział Ginekologii Onkologicznej opowiedziałam kobietom historię mojej choroby i dzielnego zmagania się z nią. Pacjentki z ciekawością wysłuchały mnie, zadając jednocześnie wiele nurtujących je pytań. To było wspaniałe spotkanie gdzie mogłam podzielić się moimi przeżyciami i odczuciami i to, jaką siłę dostałam realizując swoje marzenia i rozwijając się na wielu płaszczyznach. Kobiety stwierdziły, że takie wsparcie było im bardzo potrzebne. W grudniu 2017 r. dzięki sponsorom Kwiatu Kobiecości i zaproszonym wolontariuszom przeprowadziliśmy na oddziale Akcję „Święty Mikołaj”. Wzruszenie, radość i wdzięczność to najtrafniejsze słowa opisujące spotkanie na szpitalnym oddziale. Pacjentki dostały upominki i pokaz magii, który choć na chwilę przeniósł je do innego świata i pozwolił im zapomnieć o codziennych zmaganiach z chorobą.

Rozmawiał Przemysław Prais

Znalazłam tu pomoc i świetną atmosferę

Leczę się u pani dr Magdaleny Sikorskiej od początku mojej terapii, czyli od lutego 2012 r. Trafiałam wtedy do niej do Szpitala Wojewódzkiego, ale pani doktor ze względów organizacyjnych



przeniósł mnie do Polikliniki MSWiA, gdzie pracowała na stałe. Tam warunki lokalowe na oddziale chemioterapii jednodniowej były lepsze, ale atmosfera panowała przygnębiająca – ludzie czekający na wlewy leków byli smutni, dlatego źle się tam czułam. Kiedy więc dowiedziałam się, że dr Sikorska przechodzi do Szpitala Wojewódzkiego zaraz przeniostałam się tam, by dalej być pod jej opieką i jestem bardzo zadowolona z tej decyzji.

W Szpitalu Wojewódzkim znalazłam bowiem świetną atmosferę, która przede wszystkim wynika z troski o pacjentów. Dr Sikorska zapewniła mi możliwość szybkiej konsultacji specjalistycznej, co jest dla mnie bardzo ważne ze względu na przerzuty nowotworów. W ciągu kilku godzin byłam przyjmowana i w razie potrzeby badana przez gastroenterologów, ortopedów, czy chirurgów. Miałam też wykonywane badania diagnostyczne, np. tomografię. Dzięki dr Sikorskiej

otrzymałam też pompę do żywienia pozajelitowego, dzięki której czuję się bardzo dobrze.

Mogę powiedzieć, że żyję dzięki pani doktor, która „ciągnie mnie za uszy” i pomaga na wszelkie sposoby, także rozmawiając ze mną na różne tematy i doradzając w rozmaitych sprawach. Mogę do niej zadzwonić w każdej chwili i spytać o to, co mnie interesuje. A dzięki temu, że jest szczerą w sprawach mojej choroby, wiem na czym stoję i mogę dalej walczyć. Miałam wielkie szczęście, że trafiłam na tak świetnego lekarza i człowieka. Dlatego odmówiłam, kiedy pytano mnie, czy chcę się leczyć w gdańskim ośrodku. Uważam, że nikt mnie lepiej nie będzie leczył, niż dr Sikorska.

Mogę też oczywiście liczyć na wsparcie dr Magdaleny Martynowskiej, za co jestem jej ogromnie wdzięczna.

Jolanta Drzewiecka

Psychologiczne wsparcie dla pacjentek

Moją pracę nazwałabym „pomocą pacjentkom w zaadaptowaniu się do sytuacji choroby”. Służę też wsparciem rodzinie pacjentki w razie potrzeby – mówi Joanna Roszak, psycholog kliniczny.

Przemysław Prais: Proszę na początek powiedzieć jak długo pracuje Pani w Szpitalu Wojewódzkim.

Joanna Roszak: W WSS jestem zatrudniona od stycznia 2017 r., wcześniej pracowałam tu w ramach stażów na różnych oddziałach. Pracę w Oddziale Ginekologii Onkologicznej zaproponowała mi dr Sikorska, z którą współpracowaliśmy w moim poprzednim miejscu pracy, Olsztyńskim Ośrodku Onkologicznym Kopernik. Pracowałam również w Hospicjum Domowym Caritasu w Olsztynie.

Na czym polega Pani praca w ośrodku chemioterapii Oddziału Ginekologii Onkologicznej?

Moją pracę nazwałabym „pomocą pacjentkom w zaadaptowaniu się do sytuacji choroby”. Zachowanie musi być adekwatne do sytuacji i skuteczne, a choroba nowotworowa jest doświadczeniem traumatycznym (zagrożenie życia i zdrowia) i chociażby z tego powodu pacjentki mają kłopoty z przystosowaniem się do tej sytuacji. Chodzi o trudności emocjonalne, takie jak zaburzenia depresyjne, lękowe i adaptacyjne związane ze stresem. Ale występują też przekonania dotyczące choroby nowotworowej – są one takie, że jest to choroba związana z cierpieniem, nieuleczalna i szybko kończy się śmiercią. Jednym z najczęstszych

jest przeświadczenia, że podawane podczas chemioterapii leki są trucizną. Ja próbuję zmieniać te przekonania, by umożliwić włączenie się w proces powrotu do zdrowia, stosowanie się do zaleceń lekarskich.

Oprócz trudności adaptacyjnych zarówno sama choroba, jak i jej leczenie wywołuje inne trudności, m.in. zjawisko „chemobrain”, czyli wpływ chemioterapii na osłabienie funkcji pamięci i innych zdolności poznawczych. W związku z tym zajmuję się rehabilitacją deficytów poznawczych. Służę też wsparciem rodzinie pacjentki w razie potrzeby.

Bardzo chciałabym też współpracować z lekarzami, żeby przekazywać im wiedzę dotyczącą psychologicznych aspektów sposobu radzenia sobie z chorobą przez pacjentki, tak by lepiej rozumieli sytuację chorej i poznali przyczyny niepowodzenia leczenia.

Rozumiem więc, że Pani praca polega przede wszystkim na rozmowach z pacjentkami?

To jest główne narzędzie pracy psychologa.

Jak taka rozmowa z reguły przebiega?

Każda nowa pacjentka ma ze mną krótką konsultację, w przypadku osób leczących się od lat

potrzebę takie rozmowy wskazuje lekarz lub pożądana. Podstawą jest nawiązanie relacji, a więc pacjentka powinna mi zaufać i poczuć się bezpiecznie. Rozmowa zaczyna się więc od tematów neutralnych, takich jak rodzina, miejsce pochodzenia pacjentki, pytam czy jest pierwszy raz na oddziale, czy samodzielnie zdecydowała się na rozmowę z psychologiem. Potem staram się uzyskać informację jak pacjentka postrzega swoją sytuację, co myśli o chorobie, czy wierzy w skuteczność leczenia, jakie emocje jej towarzyszą. Staram się analizować słowa pacjentki pod kątem adaptacyjności – czy to co myśli i czuje służy włączeniu się w proces leczenia. Czasem niektóre przekonania wymagają zmiany, poszukujemy też różnych sposobów na radzenie sobie ze stresem choroby – najczęściej bazujemy na wcześniejszych sposobach relaksowania się czy odprężania. To nigdy nie jest jednorazowe spotkanie. Często podczas drugiej rozmowy uczę je technik relaksacyjnych. Taka rozmowa umożliwia odreagowanie negatywnych emocji, które na początku często towarzyszą pacjentkom.

Bywa, że takich spotkań jest więcej. Odbywają się przez cały cykl leczenia, czyli przez kilka miesięcy, kiedy jest pod moją opieką.

Czy takie rozmowy są dla pani obciążeniem?

Nie mogę tak tego określić. Na pewno wymagają jednak ciągłej wyćwionej uwagi, aby pomóc pacjentce. Praca każdego psychoterapeuty podlega regularnej superwizji przez osobę o podobnym wykształceniu. To zabezpiecza nas przed utożsamianiem się z emocjami i przeżyciami pacjenta. Bywa też tak, że niektóre pacjentki szczególnie zapadają mi w pamięć. W efekcie, kiedy następuje progresja choroby albo śmierć pacjentki jest mi smutno.

Rozmawiał Przemysław Prais

Słynni olsztyńscy fryzjerzy z podarunkiem dla neurochirurgów

Andrzej i Paweł Matracki podarowali specjalny taboret, dzięki któremu neurochirurgom

będzie łatwiej przeprowadzać skomplikowane operacje.



Andrzej Matracki, Waldemar Och i Paweł Matracki

– O tym, że taki sprzęt jest bardzo potrzebny powiedział mi dr Waldemar Och, ordynator Oddziału Klinicznego Neurochirurgicznego podczas jednej z wizyt w naszym salonie – mówi Andrzej Matracki. – Sam korzystam z takiego taboretu podczas pracy, która trwa nieraz 10 godzin dziennie. A do tego jest potrzebna odpowiednia pozycja. Ponieważ taboret ma specjalny kształt siedzenia i regulowaną wysokość można na nim i siedzieć, i stać podpierając się tylko na nim, a dzięki kółkom wygodnie

się przemieszczać. Wspólnie z panem doktorem doszliśmy do wniosku, że i jemu bardzo by się przydał taki, najwyższej klasy sprzęt.

Znani olsztyńscy fryzjerzy, laureaci międzynarodowych zawodów postanowili więc przekazać w styczniu tego roku taboret Szpitalowi Wojewódzkiemu. – Wiele osób nam pomagało w życiu, więc i my chcemy nieść pomoc innym – wyjaśnia Andrzej Matracki.

Taboret stoi w jednej z dwóch sal neurochirurgicznych Bloku Operacyjnego. – Operacje trwają czasem kilkanaście godzin, więc możliwość zajęcia wygodnej pozycji jest bardzo ważna – mówi dr Waldemar Och. – Taboret, którym dysponowaliśmy dotychczas nie daje takich możliwości. Czasem trzeba podczas ich trwania nachylać się nad pacjentem, czasem spojrzeć w mikroskop. Dzięki nowemu taboretowi znacznie łatwiej wytrzymać wielogodzinny wysiłek. Jestem bardzo wdzięczny Andrzejowi i Pawłowi Matrackim.

Przemysław Prais



Fundusze Europejskie
Infrastruktura i Środowisko

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Aparat RTG najnowszej generacji służy pacjentom

Dział Diagnostyki Obrazowej wzbogacił swoje wyposażenie o wysokiej jakości cyfrowe urządzenie rentgenowskie, które pracuje w zmodernizowanej pracowni. Zastąpiło ponad 20-letni aparat, który był już awaryjny i nie spełniał swoich zadań.

Najpierw pomieszczenie wyremontowano, a na początku marca rozpoczął się montaż nowego urządzenia. Próby trwały do końca miesiąca, zaś od kwietnia pacjenci są już diagnozowani.

Natalia Tananis, kierownik techników DDO i Wiesława Korejwo inspektor ochrony radiologicznej w Szpitalu wyjaśniają, że nowy aparat znacznie poprawił możliwości diagnostyczne Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Do marca 2018 roku w Pracowni nr III Działu Diagnostyki Obrazowej zainstalowany był aparat RTG dwustanowiskowy typu Sireskop BD/CX wyprodukowany w 1996 roku przez firmę Siemens, a zainstalowany w Szpitalu w 1997. Pierwotnie aparat służył do wykonywania większości zdjęć RTG oraz procedur dynamicznych potocznie zwanych prześwietleniami. W związku wieloletnią eksploatacją aparatu oraz

obciążeniem aparatu wieloma procedurami radiologicznymi w 2016 roku, w trakcie testów specjalistycznych mających potwierdzić poprawne funkcjonowanie aparatury wykryto niezgodności z przepisami dotyczącymi bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego do celów medycznych. W związku z powyższym Dział Diagnostyki Obrazowej musiał wycofać część badań wykonywanych na wspomnianym aparacie obciążając tym samym pozostałe aparaty, bądź całkowicie wstrzymując ich wykonywanie. Ponadto aparat był starej konstrukcji i uniemożliwiał ruch stołu w kierunku góra-dół oraz uniemożliwiał ruch lampy w kierunku przód-tył, co znacząco ograniczało jego funkcjonalność i nie pozwalało na wykonanie wszystkich oferowanych przez oddział procedur.

Dodatkowym problemem okazało się serwisowanie aparatu. Serwis wycofał się z produkcji części zamiennych do aparatów tego typu, nie posiada również na stanie wyprodukowanych wcześniej części zamiennych, w związku z czym każda poważna awaria aparatu wiązałaby się z natychmiastowym zamknięciem pracowni. Teraz w pracowni zamontowano dwustanowiskowy aparat

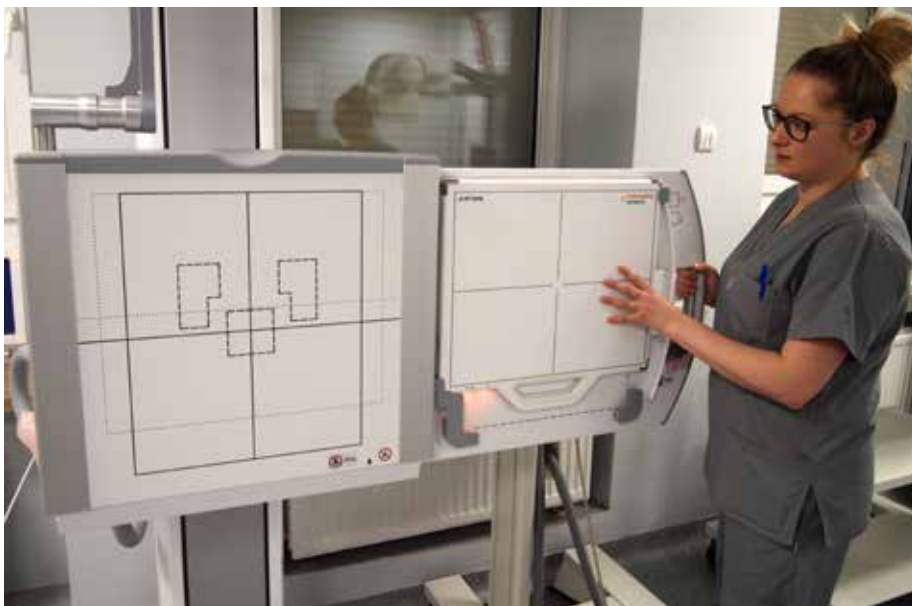
RTG typu Luminos dRF Max. Jest to aparat nowej generacji, w pełni cyfrowy, wyprodukowany przez firmę Siemens. Jedno stanowisko stanowić będzie aparat typu Telekomando – czyli „trzy w jednym”: stół do zdjęć kostnych, statyw do zdjęć odległościowych oraz ścianka do prześwietleń wyposażone w ruchomy stół umożliwiający wykonywanie projekcji zarówno w pozycji leżącej jak i stojącej. Możliwość pochylania stołu pozwala również na wygodniejsze wykonywanie zdjęć RTG stóp, szczególnie w przypadku pacjentów poruszających się na wózkach. Drugie stanowisko stanowi lampa RTG z montowaniem sufitowym poruszająca się po w trzech kierunkach, po całej pracowni RTG (podobnie jak to było do tej pory w Pracowni nr II). Umożliwia to przede wszystkim wykonywanie zdjęć pacjentom na łóżkach transportowych, których ze względów medycznych nie można przenieść na stół rentgenowski. Do tej pory takie zdjęcia można było wykonywać jedynie w Pracowni nr II. Ponadto w pracowni znajduje się statyw do zdjęć odległościowych, z funkcją śledzenia wysokości detektora przez lampę, pozwalający na szybkie wykonanie zdjęć klatki piersiowej i eliminację błędów związanych z pozycjonowaniem pacjenta. Zamontowano również specjalny statyw, który dzięki zastosowaniu zdalnego sterowania oraz detektora cyfrowego pozwalają na wykonanie zdjęcia kości długich, których do tej pory w Szpitalu nie wykonywano.

To funkcja przydatna dla lekarzy ortopedów. – Na tym sprzęcie można wykonywać tzw. zdjęcia sylwetkowe, wykorzystywane do oceny głównie stanu kręgosłupa oraz dużych stawów kończyn dolnych (bioder, kolan, stawów skokowych) – mówi dr n. med. Tomasz Niedźwiecki, koordynator Oddziału Klinicznego Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa. – Przy użyciu tego nowoczesnego urządzenia można wykonywać także zdjęcia czynnościowe i stresowe, czyli w obciążeniu, np. zdjęcia pochyłowe kręgosłupa. Daje nam to możliwość dokładniejszej oceny biomechaniki i patologii wad i deformacji narządu ruchu.

– Dużym walorem zakupionego aparatu jest również solidny i wytrzymały stół, który wytrzyma obciążenia do 300 kg, dzięki czemu nawet



Montaż urządzenia



w przypadku ciężkich pacjentów stół obciążony może być również dodatkowym oprzyrządowaniem towarzyszącym pacjentowi, jak również może być prowadzona na nim resuscytacja bez obaw o zniszczenie stołu – podkreślają Natalia Tananis i Wiesława Korejwo. Zamontowany w aparacie miernik dawki pozwala dodatkowo na kontrolę dawki otrzymywanej przez pacjentów zarówno w trakcie badań dynamicznych z wykorzystaniem fluoroskopii jak również w trakcie pojedynczego zdjęcia RTG. Dzięki temu możliwe stało się kontrolowanie zgodności wykonywanych procedur z określonymi w przepisach poziomami referencyjnymi, a co za tym idzie zwiększyła się ochrona pacjentów, a otrzymywane przez nich dawki będą mogły ulec zmniejszeniu.

Możliwość oddalenia pulpitu służącego lekarzowi do obsługi aparatu w trakcie badań dynamicznych od lampy pozwala na zmniejszenie narażenia na promieniowanie rentgenowskie lekarzy radiologów zatrudnionych w Dziale

Diagnostyki Obrazowej. Nowy aparat jest zatem bardziej przyjazny zarówno dla pacjenta jak i personelu. Pozwala na zwiększenie liczby wykonywanych procedur oraz znacząco usprawnia pracę Działu.

Dr n. med. Grzegorz Wasilewski, kierownik Działu Diagnostyki Obrazowej zaznacza, że oprócz inwestycji w aparat, nowy wygląd zyskała także pracownia. – Wykonano w niej generalny remont, doprowadzając m.in. nowe instalacje i montując szersze drzwi, aby umożliwić lepszy dostęp dla pacjentów na łózkach szpitalnych – mówi. – Dzięki temu przy kolejnej zmianie aparatu nie trzeba już będzie ponownie go robić. Chciałbym przy okazji podziękować dyrekcji Szpitala za sfinansowanie modernizacji. Podobnie postąpiono w przypadku pracowni rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej. Szef szpitalnych diagnostów podkreśla też, że nowoczesny aparat rentgenowski to kolejny etap modernizacji bazy sprzętowej. Przypomnijmy, że od września 2017 r. działają nowy tomograf i rezonans. – Kolejnym zakupem, do którego się przymierzamy jest mammograf – mówi dr Wasilewski.

Przemysław Prais

Projekt pn. „Doposażenie Działu Diagnostyki Obrazowej w sprzęt specjalistyczny w ramach funkcjonującego Centrum Urazowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie”, współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020; Priorytet: IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia; Działanie: 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego.

Całkowita wartość projektu 2 000 000,00 zł

Koszty kwalifikowalne 2 000 000,00 zł

Kwota dofinansowania (85% wydatków kwalifikowanych) 1 700 000,00 zł

Wkład własny (15% wydatków kwalifikowanych) 300 000,00 zł

Szybka i skuteczna pomoc dla osób z udarem w Szpitalu Wojewódzkim

Szpital jest w krajowej czołówce ośrodków leczących pacjentów z udarem niedokrwionym. Wyrzucił o prawie dwa lata zalecenia Ministerstwa Zdrowia w sprawie postępowania z takimi chorymi.

Ministerstwo opublikowało w lutym tego roku na swojej stronie internetowej dwa dokumenty: „Dobre praktyki postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu” oraz „Algorytm postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu”. Zawarto w nich instrukcje, które przyspieszają udzielenie pomocy takim osobom. „W celu skrócenia czasu, w jakim pacjent z podejrzeniem udaru mózgu otrzyma niezbędną diagnostykę i leczenie w oddziale udarowym, niezwłocznie powiadom oddział udarowy,

na numer telefonu lekarza dyżurnego Oddziału Udarowego, o transporcie pacjenta przez zespół ratownictwa medycznego” – brzmi jedno z zaleceń dla dyspozytora medycznego zawarte w Dobrych praktykach. Czytamy tam również, że „Najlepsze efekty terapeutyczne daje zastosowanie specjalistycznego leczenia w ciągu pierwszych 90 min od wystąpienia objawów”.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie już od 2016 r. stosuje model helsiński przy leczeniu udaru mózgu (pisaliśmy o tym w Pulsie Szpitala nr 54). W modelu tym koordynacja działań przedszpitalnych i wewnątrzszpitalnych spowodowała skrócenie czasu DTN (door to needle time – drzwi do igły) z około 80 minut do 20 minut. Polega to na przygotowaniu się SOR-u, pracowni tomografii komputerowej i neurologa do przyjęcia pacjenta z udarem zanim dotrze on do szpitala. Dzięki temu w momencie

pojawienia się pacjenta w szpitalu potrzebne jest właściwie tylko wykonanie tomografii głowy, aby zastosować leczenie – jeszcze w pracowni tomografii komputerowej (TK).

Przygotowując się do wdrożenia „szybkiej ścieżki” leczenia ostrego udaru niedokrwionego przeprowadzone zostały intensywne szkolenia z ratownikami medycznymi, personelem medycznym Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego (SKOR) oraz pracowni tomografii komputerowej.

Uruchomiony został „telefon udarowy” umożliwiający natychmiastowy kontakt ekipie Pogotowia Ratunkowego z lekarzem Oddziału Udarowego w przypadku podejrzenia udaru mózgu. Jest to osobny telefon znajdujący się u lekarza dyżurnego Oddziału Udarowego do wyłącznych kontaktów w sprawie pacjenta z udarem.

Ekipa Pogotowia Ratunkowego jest zobowiązana przedstawić w krótkich słowach stan chorego, czas, kiedy widziano go ostatnio bez objawów, potwierdzić, że nie przyjmuje leków przeciwkrzepliwych i podać telefon do świadków/rodziny, aby można było ewentualnie uzupełnić wywiad w razie niejasności. Na podstawie tych informacji lub po uzupełniającej rozmowie telefonicznej lekarza z rodziną (potwierdzenie czasu zachorowania i informacji o przyjmowanych lekach) dyżurny neurolog podejmuje decyzję o kwalifikacji chorego do dożylnego leczenia trombolitycznego w tzw. „krótkiej ścieżce”. Polegającego na dożylnym podaniu leku rozpuszczającego skrzeplinę blokującą naczynia krwionośne.

W trybie „krótkiej ścieżki” po przybyciu pacjenta do SKOR ratownicy pobierają mu krew, podłączają do kardiomonitora, neurolog wykonuje skrócone badanie fizykalne i weryfikuje wywiad, sekretarka SKOR wprowadza dane pacjenta do systemu, a następnie pacjent przewożony

Dzięki skróconej ścieżce 25 proc. pacjentów z udarem niedokrwiennym jest leczonych przez podanie leków trombolitycznych. Podczas gdy średnia w Polsce to 5 proc

Dożylnie leczenie trombolityczne w ostrym udarze niedokrwiennym stosowane jest w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie już 10 lat i stało się rutynowym zabiegiem od zarejestrowania leku w Polsce. Postępowanie to ma na celu rozpuszczenie skrzepliny znajdującej się w tętnicy mózgowej odpowiedzialnej za udar. Leczenie to można zastosować do 4,5 godziny od momentu wystąpienia objawów udaru.

Przy braku poprawy po dożylnym leczeniu trombolitycznym, lub gdy czas od wystąpienia objawów neurologicznych przekroczył 4,5 godziny pacjenci są kwalifikowani do trombektomii mechanicznej. Jest to jedyna dostępna aktualnie metoda leczenia rokująca wyleczenie lub znaczną poprawę stanu neurologicznego w przypadku skutecznego leczenia i usunięcia

jest wykonywana kontrolna arteriografia celem potwierdzenia usunięcia całej skrzepliny, powrót prawidłowego przepływu przez naczynia mózgowe, ich udrożnienie. Po zabiegu miejsce nakłucia jest zaopatrywane – jego hemostaza. Pacjent wraca na oddział udarowy. Po udrożnieniu tętnicy w zależności od czasu wystąpienia objawów (długość niedokrwienia) objawy neurologiczne zwykle ustępują od razu lub po kilku-kilkunastu godzinach, w stopniu częściowym lub całkowicie. Zabieg trombektomii mechanicznej jest skuteczną metodą leczenia rozległych udarów mózgu.

– Wyniki trombektomii są niesamowite – mówi dr n. med. Jacek Zwiernik, zastępca ordynatora Oddziału Udarowego. – Pacjent, który wjeżdża na stół leżący, z tego stołu próbuje zejść sam, ponieważ wraca mu władza w rękach i nogach.

– Rocznie wykonujemy trombektomię kilkunastu pacjentom, ale ta liczba będzie rosła, bo przybywa pacjentów z takimi schorzeniami – dodaje dr Wasilewski.



Pracownia Badań Naczyniowych i Radiologii Zabiegowej, gdzie są wykonywane trombektomie

jest do pracowni TK. Po wykluczeniu krwawienia śródczaszkowego, przy braku przeciwwskazań, rozpoczyna się podawanie leku już w pracowni tomografii komputerowej. Następnie chory przewożony jest do Oddziału Udarowego i przebywa na sali intensywnego nadzoru, gdzie jest dalej leczony i usprawniany.

Dr n. med. Grzegorz Wasilewski, kierownik Działu Diagnostyki Obrazowej podkreśla, że jak najkrótszy czas podania leków jest odgrywa kluczową rolę. – W momencie zamknięcia tętnicy doprowadzającej krew do mózgu mamy do czynienia z obumieraniem komórek nerwowych w mózgu, które się potem nie regenerują. Im szybciej więc wykonamy zabieg udrożnienia naczyń, tym szybciej przywrócimy krążenie mózgowe i ograniczymy ilość obumierających komórek – wyjaśnia.

skrzepliny z tętnicy i odzyskanie jej drożności. W przypadku tego typu udarów zwykle przy braku leczenia następstwem udaru będzie trwałe, nasilone kalectwo. Zabiegi są wykonywane w Pracowni Naczyniowej Działu Diagnostyki Obrazowej w trybie pilnym. Zabieg jest wykonywany w znieczuleniu miejscowym ewentualnie w ogólnym (w zależności od stanu świadomości pacjenta). Po nakłuciu tętnicy udowej przez 3-5 mm nacięcie wprowadzany jest zestaw cewników, mikrocewników do tętnic domózgowych, w arteriografii (podanie kontrastu przez cewnik bezpośrednio do naczynia) uwidaczniane są naczynia mózgowe, i skrzeplina w ich obrębie. Następnie wprowadzony jest w okolice skrzepliny cewnik celem jej aspiracji, w przypadku braku efektu wprowadzany jest system stentu/cewnika w obręb skrzepliny i za pomocą stentu skrzeplina jest usuwana z światła naczynia. Potem

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie jako pierwszy w województwie warmińsko-mazurskim wykonał trombektomię i nadal jest jedynym szpitalem wykonującym tę procedurę. Zabieg trombektomii planujemy w sytuacji, gdy nie można zastosować innych sposobów leczenia. Jest on próbą walki o to, by uszkodzenia mózgu powstałe w wyniku udaru były jak najmniejsze. Wyniki przeprowadzonych ostatnio badań wskazują, że zastosowanie trombektomii, daje duże szanse na to, że po upływie trzech miesięcy, pacjent będzie w stanie poprawnie funkcjonować bez pomocy opiekuna. Redukuje ona również śmiertelność poudarową, co jest niezwykle cenną zaletą w porównaniu z innymi formami leczenia. Aby wdrożyć tę metodę, potrzebny jest sprzęt specjalistyczny oraz zespół doświadczonych lekarzy specjalistów, tj. neurolog, radiolog interwencyjny, chirurg naczyniowy, anesteziolog, a także internista. Warte podkreślenia jest to, że trombektomia jest niezwykle obiecującą metodą i wydaje się, że w tę stronę zmierza strategia leczenia ostrej fazy udaru mózgu. Jest to metoda bardzo innowacyjna. Samo wejście wewnątrz-naczyniowe, czyli dostanie się do miejsca, które zatyka tętnice, jest elementem wyróżniającym tę metodę od innych, dotychczas stosowanych. Trombektomię stosować można do ok. sześciu godzin od wystąpienia udaru. Udar mózgu jest jedną z najczęstszych chorób powodujących inwalidztwo. Dlatego jest to niezwykle poważna kwestia społeczna. Zastosowanie takich metod jak trombektomia stwarza szansę na redukcję niekorzystnych skutków tej choroby.

Irena Kierzkowska, dyrektor WSS w Olsztynie podkreśla, że najistotniejsze jest uniknięcie poudarowej niepełnosprawności. – Pacjent, który jest przywożony z niedowładem jednej strony ciała, a wychodzi ze szpitala na własnych nogach jest największym sukcesem.

Przemysław Prais

Nowy Pełnomocnik ds. praw pacjenta w Szpitalu

Tę funkcję objęła od 1 marca Joanna Myszkowska, zastępując dr Barbarę Dąbrowską. Poniżej rozmowa prezentująca sylwetkę nowego pełnomocnika.

I Rozmowa z Joanną Myszkowską

Przemysław Prais: Proszę na początek powiedzieć kilka zdań o sobie.

Joanna Myszkowska: Pracę zawodową rozpoczęłam w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu. Następnie pracowałam w Szpitalu Powiatowym w Bartoszycach, a potem w tamtejszym Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej jako kierownik Środowiskowego Domu Samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Kolejne pół roku byłam zatrudniona w Hospicjum Pomocy Maltańskiej w Olsztynie, a ostatnie 15 lat pracowałam w Warmińsko-Mazurskim Oddziale Wojewódzkim NFZ w Olsztynie – przez pierwsze przez 5 lat, jako inspektor kontroli w dziale kontroli, a następnie, – jako starszy specjalista w dziale kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego. Posiadam wykształcenie wyższe pielęgniarskie. Jestem absolwentką Wydziału Pielęgniarskiego Akademii Medycznej w Lublinie. Ukończyłam także studia podyplomowe z zarządzania i organizacji (organizator pomocy społecznej) i specjalizację z zarządzania i organizacji dla pielęgniarek i położnych.

Proszę powiedzieć, na jakim stanowisku pracuje Pani w Szpitalu?

Od 1 lutego 2018 r. zatrudniona jestem na stanowisku specjalisty w Sekcji Jakości oraz pełnię obowiązki Pełnomocnika ds. praw pacjenta.

Jakie zadania stoją przed pełnomocnikiem?

Do najważniejszych należy zaliczyć rozwiązywanie bieżących problemów zgłaszanych przez pacjentów oraz ich rodzin lub przedstawicieli prawnych oraz przyjmowanie wniosków, uwag, skarg i pochwał od pacjentów. Monitoruję także poziom satysfakcji pacjentów poprzez ich analizę.

Czy poprzednia praca w NFZ pomaga Pani w obowiązkach pełnomocnika?

Znajomość uregulowań prawnych dotyczących opieki zdrowotnej, umiejętność poruszania się w systemie ochrony zdrowia, czy umiejętność formułowania pism urzędowych to ważne atuty w obecnej pracy. Pomaga mi także wykształcenie medyczne. W swojej poprzedniej pracy w NFZ miałam możliwość sprawdzenia jak funkcjonują podmioty lecznicze, w tym szpitale w województwie warmińsko-mazurskim. Także moja obecna praca w Sekcji Jakości wiąże się z realizacją zadań Pełnomocnika ds. praw pacjenta.

Z jakimi sprawami zgłaszano się do Pani?



Pacjenci i ich rodziny przychodzą z prośbą o pomoc, poskarżyć się, pytają też gdzie mogą się zgłosić, aby uzyskać pomoc, także poza szpitalem.

Czego można Pani życzyć na nowym stanowisku?

Przed wszystkim powodzenia, abym mogła skutecznie pomagać pacjentom. Życzyłabym sobie również, aby działania zatrudnionych w Szpitalu skutkowały jak najmniejszą liczbą skarg na jakość opieki i sprzyjały pochwałom i podziękowaniom ze strony pacjentów. Wszyscy realizujemy misję Szpitala „Pacjent przede wszystkim” i myślę, że powinniśmy starać się, aby w naszym codziennych obowiązkach stale o tym pamiętać.

Rozmawiał Przemysław Prais

Podziękowania od pacjentów i ich rodzin

Lekarzy, pielęgniarki i położne zatrudnionych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym najbardziej cieszy wdzięczność pacjentów i ich rodzin wyrażana w bardzo nieraz wzruszających słowach.

Takie listy trafiają do pełnomocnika ds. praw pacjenta. Poniżej zamieszczamy niektóre z nich otrzymane w tym roku.

Szanowni Państwo,

Piszę w nawiązaniu do wczorajszego pobytu mojej Mamy, Janiny Jocek, na Państwa SO-Rze w konsekwencji problemu natury kardiologicznej. Chciałabym serdecznie podziękować za fachową obsługę i profesjonalizm, z jakim do naszego problemu podszedł zespół pod kierownictwem Doktora Grzegorza Poskrobko. Jesteśmy niezmiernie zbudowani Państwa postawą. Życzymy, aby Państwa wysitek i zaangażowanie były doceniane i aby przekładały się na Państwa satysfakcję.

Bardzo proszę o przekazanie mojego podziękowania Dyrekcji Szpitala oraz Kierownictwu i Pracownikom SOR-u.

*Z poważaniem,
Dobiesław Jocek*

Chcę serdecznie podziękować za profesjonalną opiekę podczas mojego porodu, który odbył się w dniu 17 grudnia 2017 r. w Waszej Placówce. Do szpitala przyjęła mnie, a następnie uczestniczyła w porodzie Pani dr Alicja Mankiewicz. Poród prowadziła położna – Pani Elżbieta Wójtowicz.

Profesjonalne podejście, spokój oraz szacunek, jaki otrzymałam od Pań, poskutkowało spełnieniem jednego z większych życiowych marzeń – porodu naturalnego (po uprzednich dwóch cesarskich cięciach).

Podczas pobytu w Waszej Placówce spotkałam się wyłącznie z profesjonalnym, ciepłym podejściem – począwszy od lekarzy, poprzez Panie położne i Panie pielęgniarki, skończywszy na Paniach salowych.

Dziękuję raz jeszcze i złączam gorące pozdrowienia dla Pani dr A. Mankiewicz i Pani położnej E. Wójtowicz.

*Z poważaniem,
Julia Pawtowska-Wotoszko.*

Od 2011 r. mam wykrytą chorobę genetyczną. Jest to bardzo rzadka choroba, której leczenia nikt w Polsce nie chce się podjąć. Chorobę tę zdiagnozował, podjął się leczenia i bardzo mi pomaga lekarz z Oddziału Okulistycznego Pan dr Janusz Pieczyński. Kiedy rozmawiam z innymi lekarzami specjalistami w Polsce, są pełni podziwu dla dr J. Pieczyńskiego, który zdiagnozował u mnie tak rzadką chorobę.

*Z poważaniem
Aleksandra Zyskowska*

Pragnę złożyć najserdeczniejsze podziękowania całemu personelowi Oddziału Neurologicznego, a w szczególności Panu Ordynatorowi dr. Andrzejowi Tutajowi oraz moim lekarzom prowadzącym Pani Ewie Rotkiewicz, Panom

Krzysztofowi Noskowi i Grzegorzowi Datkowi za troskę i opiekę, jaką otrzymuję od 7 lat.

Wiele lat temu mieszkałem w Wielkiej Brytanii. Planowałem tak złożyć rodzinę i zostać na stałe. Jednak bezustannie dręczyły mnie różne dolegliwości. Podczas wizyt u wielu specjalistów nikt nie był w stanie rozpoznać przyczyny złego stanu zdrowia. Przepisywano mi lek przeciwbólowy, a także sugerowano depresję. Zdecydowałem się na powrót do kraju, by tam zaczerpnąć opinii specjalistów.

Po wizycie w gabinecie u pana doktora Tutaja, padła szybka i bezbłędna diagnoza: stwardnienie rozsiane. Często słyszałem, że to choroba gorsza od śmierci, w krótkim czasie kończy się na wózku inwalidzkim. Mówiono mi: „zabiorą ci prawo jazdy, nie będziesz mógł mieć dzieci”. W wieku zaledwie 22 lat wszystkie plany

i marzenia życiowe legły w gruzach. Na Oddziale Neurologicznym WSS w Olsztynie zostałem otoczony pełną opieką, należywym wsparciem i profesjonalnym leczeniem. Podczas każdej z wizyt otrzymywałem pomoc najwyższej jakości.

Po pewnym czasie choroba jednak coraz częściej dawała o sobie znać i już z daleka widoczna była moja niepełnosprawność. Zaproponowano mi udział w badaniu najnowszego leku na SM, który wydawał się być bardzo skuteczny i bezpieczny. Najważniejszym celem było powstrzymanie dalszego rozwoju choroby bez gwarancji jakiegokolwiek poprawy. Ja natomiast już po 3 miesiącach od otrzymania pierwszego wlewu odzyskałem wszystko, co choroba zabrała. Zaczęłem ponownie biegać i tańczyć oraz żyć pełnym życiem, ukończyłem studia drugiego stopnia i podjąłem własną działalność gospodarczą,

co dodatkowo motywuje mnie do dalszego działania.

Słyszałem, że nie będę chodził, a chodzę na lekcje tańca towarzyskiego. Miałem jeździć wózkami inwalidzkimi, a zdałem wszystkie kategorie prawa jazdy wraz z kwalifikacjami zawodowego kierowcy samochodów ciężarowych oraz autobusów.

Moje wartości i dobra moralne obróciły się o 180 stopni. Jestem bardzo szczęśliwy z daru życia.

Nie do opisania jest wdzięczność, jaką czuję i pragnę wyrazić wszystkim tym, którzy przyczynili się do tego, iż jestem w tak dobrej sprawności psychicznej i fizycznej. Dziękuję za bezcenne poczucie bezpieczeństwa.

Moi lekarze udowodnili mi, że SM to nie wyrok.

Z wyrazami szacunku

Marcin Stuchocki

Świąteczna pomoc dla mieszkańców Donbasu

Prawie pół tony żywności i środków czystości przywieźli na wschód Ukrainy przedstawiciele zborów ewangelickich. Akcję wsparli lekarze i pielęgniarki Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

– Zawieźliśmy prawie pół tony jedzenia – makaronu, kaszy, konserw i sody oraz środki czystości – opowiada Anna Dzierzbicka, rehabilitantka z Oddziału Neonatologii, należąca do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Nidzicy. Razem z nią w wyprawie, która wyruszyła 22 grudnia 2017 r. uczestniczyły jeszcze cztery osoby – mieszkańcy Lubawy, Olsztynka i Żyrardowa, w tym przedstawiciele Kościoła Zielonoświątkowego.



Ekspedycja złożona z dwóch samochodów osobowych ciągnących wyładowane przyczepki wyruszyła 22 grudnia, by po trzech dniach 1800-kilometrowej podróży, głównie słabymi drogami na Ukrainie, dotrzeć do Donbasu. Tam pastory kościołów w Lisiczańsku i Siewierodoniecku rozdzielili dary wśród najbardziej potrzebujących, bez względu na ich wyznanie. – Właściwie wszyscy potrzebują tam wsparcia – podkreśla Anna Dzierzbicka. – Dużo domów jest zniszczonych i opuszczonych, widać posterunki wojskowe. Ludzie



jednak starają się żyć normalnie. A choć są ubodzy, możemy im pozazdrościć serdeczności i otwartości.

Po trzech świątecznych dniach spędzonych na Ukrainie wyprawa wróciła do Olsztyna. – Do sukcesu przyczynili się znacznie lekarze i pielęgniarki Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, którzy wsparli nas finansowo – dodaje Anna Dzierzbicka.

Przemysław Prais



Prawosławny kapelan w Szpitalu Wojewódzkim

Ks. Jarostaw Jaszczuk, proboszcz Parafii p.w. Opieki Matki Bożej przy al. Wojska Polskiego w Olsztynie, od marca sprawuje posługę duszpasterską w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

– Zachęcam wszystkie osoby do kontaktu ze mną pod nr. tel. 500 595 738 – mówi kapelan.

– Proboszczem w Olsztynie zostałem 16 października 2017 r., wcześniej 8 lat pełniłem posługę w Lidzbarku Warmińskim i Górowie

Łławeckim. Ukończyłem studia teologiczne na Uniwersytecie Alexandru Ioan Cuza w Jassach w Rumunii. Jestem dziekanem Okręgu Olsztyńskiego – przedstawia się ks. Jaszczuk.

Prawosławny duchowny urodził się 13 sierpnia 1982 r. w Mrągowie. – Świecenie diakańskie otrzymałem w listopadzie 2009 r. i po krótkiej praktyce diakonatu miesiąc później otrzymałem święcenia kapłańskie – dodaje.

Przemysław Prais

Szkolenie

kadry kierowniczej Szpitala

Dyrekcja, ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe, kierownicy działów technicznych i administracyjnych oraz pozostałe osoby funkcyjne wzięły udział w dwudniowym spotkaniu szkoleniowym, które w dniach 8-9 lutego odbyło się w Sile k. Gietrzwałdu.

Pierwszy dzień wypełniły cztery wydarzenia: pierwszym był przegląd systemu zarządzania jakością w WSS w Olsztynie w 2017 r.. Prezentację przygotowaną przez Hannę Taraszkiewicz, Pełnomocnika Dyrektora ds., jakości przedstawiła i omówiła dyrektor Irena Kierzkowska. Zwróciła w niej uwagę m.in. na poprawę jakości leczenia krwią w Szpitalu, przypomniała także ważne wydarzenia, którymi były włączenie w szpitalne struktury i zmodernizowanie pracowni Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego oraz Stacji Dializ. Wszystkie te jednostki powróciły po 10 latach outsourcingu, zwiększając kompleksowość oferty WSS w Olsztynie.

Pani dyrektor w swoim wystąpieniu zwróciła też uwagę na elementy pracy Szpitala, które należy jeszcze poprawić. Zaznaczyła też, że wysokie miejsce w najnowszej edycji rankingu Bezpieczny Szpital Przyszłości Ranking Szpitali przygotowywanego przez Idea Trade i Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia [w Rankingu szpitali zabiegowych, wielospecjalistycznych i onkologicznych – Top 100, Szpital zajął 16 miejsce w skali kraju, co oznacza awans o 23 miejsca w porównaniu z poprzednim rokiem. Szpital okazał się też najlepszy w województwie warmińsko-mazurskim. Doceniono

go m.in. za jakość opieki medycznej – red.] to efekt świetnej pracy wszystkich zatrudnionych w Szpitalu. – Zależy mi, abyśmy dostali się do pierwszej dziesiątki zestawienia i, co równie ważne, byśmy w kolejnych latach utrzymali tę pozycję, będącą dowodem na wysoki poziom leczenia – stwierdziła pani dyrektor.

Następnie Stanisława Mastowska, kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia przedstawiła praktyczne zastosowanie przepisów Ustawy Prawo zamówień publicznych.

Z kolei przyszedł czas na podziękowanie za wieloletnią pracę w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Marii Dowgird, do końca 2017 r. ordynatorowi Oddziału Okulistycznego oraz Barbary Dąbrowskiej, która 28 lutego br. kończyła pracę jako Pełnomocnik ds. praw pacjenta. Szerzej o tej uroczystości, a także o samej dr Dowgird piszemy w osobnym artykule.

Wieczorem odbyła się uroczysta kolacja, w której oprócz uczestników szkolenia wzięły udział obie uhonorowane panie.

Piątek był dniem zarezerwowanym na kolejne szkolenia. Pierwsze dotyczyło ochrony danych



osobowych. Zajęcia „RODO jako nowy aspekt ochrony danych osobowych. Wdrażanie nowych obowiązków wynikających z RODO w jednostce medycznej” poprowadził Przemysław Krzemiński z Konsorcjum Prawno-Konsultingowe Lex. Następnie Ewa Sokół z Mentor SA przeprowadziła szkolenie w zakresie odpowiedzialności cywilnej w ochronie zdrowia.

Końcowym akcentem dwudniowego szkolenia była relacja Michała Żurka, kierownika Sekcji Sprzedaży z uczestnictwa w programie wymiany menedżerów HOPE. Michał Żurek wiosną 2017 r. przez miesiąc przebywał w Holandii, gdzie zapoznawał się z tamtejszym systemem ochrony zdrowia.

Przemysław Prais



Położna na medal pracuje w Szpitalu Wojewódzkim

Elżbieta Wójtowicz, położna z 33 letnim stażem, pracująca na Trakcie porodowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie zdobyła srebrny medal w konkursie na najlepszą położną w Polsce.

Pani Elżbieta zdobyła drugie miejsce w czwartej edycji konkursu. Zwyciężyła także w klasyfikacji na najlepszą położną w województwie warmińsko-mazurskim. Wyniki organizatorzy (Akademia Malucha Alantan, Fundacja Rodzic po Ludzku, Polskie Towarzystwo Położnych oraz Stowarzyszenie Dobrze Urodzeni) ogłosili 3 stycznia 2018 r.

Zasady konkursu były bardzo wymagające – w trakcie jego trwania 1 pacjent lub osoba z rodziny mogła oddać tylko 1 głos. Elżbieta Wójtowicz otrzymała 1250 głosów.

– Prowadzona od 2014 roku kampania ma na celu podnoszenie w społeczeństwie świadomości roli, jaką położne odgrywają dzisiaj w opiece okołoporodowej. Chcemy pokazywać, że położna to nie tylko troskliwość i opiekuńczość, ale także coraz wyższe kompetencje medyczne i związana z nimi odpowiedzialność – informują organizatorzy na swojej stronie internetowej. – Częścią kampanii „Polożna na medal” jest ogólnopolski plebiscyt, w którym wspólnie wybieramy 3 najlepsze położne w kraju, a także najlepsze położne w poszczególnych województwach. Nominowanie i oddanie głosu to dobry sposób, żeby powiedzieć swojej położnej „dziękuję”.

I Rozmowa z Elżbietą Wójtowicz

Przemysław Prais: Kto zgłosił Panią do konkursu?

Elżbieta Wójtowicz: Moją kandydaturę zaproponowały pacjentki, którym pomagałam urodzić. Głosowanie odbywało się elektronicznie według schematu wymaganego w konkursie. Przedtem musiałam się zgodzić na udział w tym głosowaniu.

Jak przyjęła Pani wybór głosujących?

Przyjęłam go z ogromną radością, bo świadczy o tym, że pacjentki mnie doceniły. Odezwały się panie po ponad 20 latach od pobytu w Szpitalu. To efekt udziału w programach telewizyjnych w TVP i TVN, do których mnie zaproszono po ogłoszeniu wyników konkursu. Moje rozmówczynie informowały mnie, że brały udział w głosowaniu i bardzo mi gratulują sukcesu.

Otrzymuję więc przemilę sygnały akceptacji, aprobaty i ogromnej sympatii.

Proszę teraz opowiedzieć o swojej karierze zawodowej.

Jestem absolwentką Szkoły Policealnej przy ul. Mariąńskiej w Olsztynie z 1984 r. Zaraz po jej ukończeniu zaczęłam pracować w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, gdzie jestem do dziś. Przez te wszystkie lata związałam się emocjonalnie ze Szpitalem. Patrząc zaś zawodowo, mogę powiedzieć, że przechodziłam rewolucję w położnictwie – zaczynałam w zupełnie innych warunkach, niż obecne. Z biegiem lat

dochodziło do ogromnych zmian – poprawiły się warunki lokalowe, powstał nowoczesny trakt porodowy, w którym pacjentka może poczuć intymność i prywatność [obecnie kończy się jego modernizacja, po której bezpieczeństwo pacjentek i warunki ich pobytu jeszcze się poprawią. Piszemy o tym w osobnym artykule – red.]. Kiedy zaczynałam pracę, to nie miałyśmy urządzeń do monitorowania dobrostanu płodu, chodziliśmy ze słuchawkami w kieszeniach i ostuchiwalismy stetoskopem tętno płodu układając go do brzucha pacjentki. Teraz aparaty KTG zapewniają ciągły monitoring, co w znacznym stopniu pomaga nadzorować i prowadzić bezpiecznie poród.

Nasza praca jest szczególna i bardzo odpowiedzialna, wymagająca ogromnego nakładu pracy, wytrwałości, empatii oraz przewidywania. Wysiłek zespołowy jest najważniejszy. Na trakcie porodowym zespół jest sprawdzony, cechujący się dużym profesjonalizmem, polegającym na wzajemnym wspieraniu się i pomaganiu sobie. Pomagają również pogłębianie wiedzy dzięki udziałowi w kursach, konferencjach i szkoleniach.

Atmosfera w pracy wpływa na empatię wobec pacjentek, bo czując się dobrze w zespole, współpracując z lekarzami i pielęgniarkami, możemy przekazywać im pozytywne uczucia.

Jedną z cech pracy położnych jest konieczność ciągłej gotowości – nie można przewidzieć, co się wydarzy, więc jesteśmy na najwyższym stopniu pogotowia. Mamy pacjentki z ogromnymi patologiami i musimy temu sprostać. Pracujemy w systemie pracy dyżurowej: od godz. 19 do 7 lub od 7 rano do 19.

Nie mogę nie wspomnieć przy tej okazji o ludziach, którzy byli moimi mistrzami w zawodzie położnej. To nieżyjąca już Jadzia Lichtenstein, a także Teresa Janicka, mgr Ania Wasielewska ze Szkoły Policealnej, czy Hania Skibińska, która nauczyła mnie dużo w początkach pracy. Zaś dr Marek Stefanowicz i dr Krzysztof Węgrzyn, byli moimi nauczycielami zawodu w szkole, a potem pracowaliśmy razem w Szpitalu.

Ile dzieci przyjęła już Pani na świat?

Trudno mi je wszystkie zliczyć. Mogę powiedzieć, że to liczba rządu mieszkańców małego miasteczka, a więc niemała. A to powoduje, że spotykam swoje pacjentki nie tylko w Olsztynie, czy innych polskich miastach, ale nawet zagranicą zdarzały się osoby, które mnie poznały, tak byto np. we Francji i Portugalii.



List od pacjentki

Mama dwóch córek, która „swoimi dzieciaczkami” nazywa również mnóstwo innych dzieci – tych, którym pomogła przyjść na świat.

Położna nie tylko z zawodu, ale przede wszystkim z pasji. Przez 34 lata pracy w szpitalu wojewódzkim w Olsztynie przeprowadziła przez poród tysiące rodzin.

Kobieta o ogromnej wiedzy i doświadczeniu, która zawsze umie znaleźć równowagę między naturą a medycyną – dla dobra matki i dziecka, przy której nikt nie jest „pacjentem”, a każdy jest człowiekiem, jedynym, indywidualnym.

Oaza spokoju, jak o niej mówią, pomagająca odnaleźć w narodzinach dziecka, nawet w sytuacjach trudnych to, co najważniejsze – radość z daru.

Odbieram też porody od kobiet, które wcześniej przyjął na świat. Kilka razy mi się to zdarzyło – towarzyszyłam narodzinom dzieci, które zostały matkami – zostałam więc „babcią”. Z niektórymi utrzymuję kontakt telefoniczny, bądź mailowy. Otrzymuję bardzo miłe wiadomości i pozdrowienia.

W pracy nie brakuje także humorystycznych sytuacji. Pewnego razu przyjechała do porodu kobieta w białej sukni z welonem. Na pytanie, czemu zjawiła się tak późno, odpowiedziała, że czekała na ocepiny. Po kilku chwilach urodził się dzieciak. Ojciec czekał po drzwiach, bo wtedy

nie było jeszcze możliwości tzw. porodów rodzinnych. Z kolei w zeszłym roku odbierałam poród dziecka, którego ojciec napisał kolorową kredą na parkingu „Kocham się Marysiu”.

Jaka jest więc Pani recepta na sukces?

Wspaniałe są owoce dobrych wysiłków – to jest moje motto zawodowe, o którym często myślę.

Spokój, rozważa, indywidualne traktowanie pacjentki, przeprowadzanie przez poród z rzetelną informacją o tym, co się dzieje. Czują profesjonalizm opieki.

Oczywiście pomagają szkolenia i kursy doskonalące, o którym mówiłam wcześniej, ale w pracy położnej potrzebna jest też siła charakteru, wytrwałość, uwaga, sprawność i dyspozycyjność. Trzeba sprostać kobietom, które we współczesnym świecie mają coraz więcej oczekiwań.

Na koniec spytam o Pani życie pozazawodowe.

Jeżdżę na rowerze, pływam, uprawiam turystykę – jeżdżę w góry, nad morze. Mam dwie córki.

Rozmawiał Przemysław Prais



Rzeczpospolita
Polska



Zdrowe życie, czysty zysk

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Kardiologia – ciągłość i kompleksowość opieki

To prawie zaklęcia, to lata ciężkiej pracy i walki o pieniądze na długo oczekiwany projekt „Przebudowa i modernizacja Oddziału Kardiologicznego oraz Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego wraz z zakupem sprzętu”.

Jest on realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego Oś priorytetowa 9 – Dostęp do wysokiej jakości usług publicznych, Działanie 9.1 – Infrastruktura ochrony zdrowia, Poddziałanie 9.1.1 – Rozwój specjalistycznych usług medycznych.

Projekt, w okresie 2 najbliższych lat zakłada realizację 3 głównych etapów inwestycyjnych tj.: przebudowę i modernizację Oddziału Kardiologicznego oraz Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie wraz z pomieszczeniami diagnostycznymi w zakresie realizacji robót budowlanych i instalacji. To między innymi roboty budowlane, wymiana i uzupełnienie instalacji elektrycznych, słaboprądowo-teletechnicznych, gazów medycznych, wentylacji mechanicznej, wodno-kanalizacyjnej, oddymiania, CO, CT oraz wymiana i zakup niezbędnego sprzętu montowanego na stałe: panele nadłóżkowe, mosty sufitowe, kolumna anestezjologiczna, lampa zabiegowa sufitowa oraz łóżka szpitalne specjalistyczne, stół zabiegowy, respiratory, pompy infuzyjne, zestawy reanimacyjne, kardiomonitoring wraz

z centralą monitorującą. Planujemy również zakup: aparatu USG kardiologicznego z sondą przepływową, zestawu do testów wysiłkowych EKG ergospirometrycznych, pompy infuzyjnej do MR dwutorowej, aparatu do znie-



Irena Kierzkowska, dyrektor WSS w Olsztynie i Gustaw Marek Brzezina, marszałek województwa

czuleń (do pracowni RM), cewki do badań MR oraz oprogramowania do opisu badań MR. Celem głównym projektu jest zwiększenie dostępności oraz kompleksowości usług specjalistycznych w zakresie chorób serca i naczyń świadczonych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

Celem głównym projektu jest zwiększenie dostępności oraz kompleksowości usług specjalistycznych w zakresie chorób serca i naczyń świadczonych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

Przedsięwzięcie będzie zrealizowane poprzez przebudowę i modernizację funkcjonującego Oddziału Kardiologicznego, przebudowę i modernizację powierzchni po byłym Oddziale Nefrologicznym na potrzeby Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego wraz z pomieszczeniami diagnostycznymi. Ponadto zostanie wymieniony wyeksploatowany sprzęt i aparatura medyczna, przez co zostanie rozszerzony zakres diagnostyki kardiologicznej. Istotnym elementem projektu będzie usprawnienie procesu obsługi pacjentów, ułatwienie dostępu do usług kardiologicznych oraz skrócenie czasu oczekiwania na badania.

Zadbaliśmy też o osoby niepełnosprawne, dostosowując modernizowane powierzchnie do ich potrzeb. Celami szczegółowymi projektu są: zwiększenie wykrywalności schorzeń kardiologicznych, co doprowadzi do stawiania diagnozy we wczesnym stadium choroby, zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego w regionie, spadek umieralności z powodu chorób serca i naczyń, chorób kardiologicznych, poprawa bezpieczeństwa i higieny pracy, zmniejszenie trwałych skutków chorób kardiologicznych, w tym kalectwa i niepełnosprawności, zmniejszenie kosztów ponoszonych przez społeczeństwo z tytułu kosztów leczenia, rent i zasiłków.

Całkowita wartość projektu –	10 790 839,93 zł
Wkład Funduszy Europejskich – dofinansowanie (85%) –	9 168 167,94 zł
Wkład własny szpitala wynosi	1 622 671,99 zł

dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokocka
Koordynator projektu

Praca pielęgniarki ważnym elementem rehabilitacji

Rozwój pielęgniarstwa rehabilitacyjnego w pełni uzasadnia pielęgnowanie rozumiane, jako pomaganie, towarzyszenie, troszczenie się, wspieranie człowieka w zdrowiu i w chorobie, także i w niesprawności

Rehabilitacja, czyli przywracanie człowieka społeczeństwu – tak brzmi w bardzo dużym skrócie definicja przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia. Proces rehabilitacji pacjenta w Oddziale Rehabilitacji to wyzwanie dla wielu specjalistów oddziału, a także dla samych pacjentów. Podstawowym celem rehabilitacji jest przywracanie możliwie pełnej sprawności funkcjonalnej w sytuacji jej utraty, a jeżeli nie jest to w pełni osiągalne, to wypracowanie takich mechanizmów kompensacji i adaptacji, które w sposób maksymalnie możliwy zminimalizują nieodwracalne skutki urazów lub chorób pozwalając przystosować się do zmienionych warunków życia.

Powyższe zadanie może zostać zrealizowane jedynie przez zespół terapeutyczny obejmujący: lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, masażystów, psychologów, terapeutów zajęciowych, logopedów i pracowników socjalnych. Pacjent przebywa w oddziale długo, często po zakończeniu rehabilitacji szpitalnej wciąż pozostaje niepełnosprawny, a jego proces rehabilitacji będzie trwał do końca życia.

Ograniczona sprawność i funkcja motoryczna człowieka powoduje, że potrzebuje on pomocy, pielęgniarstwa diagnoza i ocena stopnia naruszenia sprawności ruchowej, wybór metod rehabilitacji przytóżkowej i usprawniania kompensacyjnego oraz codzienna ocena skuteczności tych działań podejmowanych wobec pacjenta stanowią podstawę procesu pielęgnowania pacjentów hospitalizowanych w oddziale.

Zadania rehabilitacyjne realizowane przez pielęgniarki wobec pacjenta są ustalane wspólnie

z innymi członkami zespołu terapeutycznego z uwzględnieniem specyfiki zastosowanego leczenia. Podmiotem kompleksowej rehabilitacji z udziałem pielęgniarek jest człowiek, który z powodu wady wrodzonej narządu ruchu, urazu, wypadku lub choroby zwyrodnieniowej narządu ruchu czy choroby układu nerwowego musi utrzymać sprawność i niezależność lub odzyskać to, co utracił z funkcji motorycznych i lokomocyjnych.

Proces pielęgnowania pacjenta w oddziale rehabilitacji staje się procesem interakcji między osobą niepełnosprawną a całym zespołem terapeutycznym. Podstawą prawidłowej współpracy pacjenta z zespołem jest akceptacja przez niego aktualnego stanu psychofizycznego. Pacjent w ten sposób wspomaga przebieg programu kompleksowej rehabilitacji, uczestnicząc w nim czynnie. Brak akceptacji dysfunkcji przez pacjenta często sprzyja stanom depresyjnym, wywołuje niechęć do współpracy z zespołem rehabilitacyjnym, zaniedbywanie ćwiczeń, bierność w czynnościach samoobsługowych i lokomocji, co może sprzyjać powstawaniu powikłań i zaniedbań pielęgnacyjnych.

Humanistyczna postawa w rehabilitacji i pielęgnowaniu pacjentów niepełnosprawnych to indywidualne traktowanie pacjentów uznając ich prawo do poczucia niezależności i odrębności osobistej, postępowania i zachowania często odbiegającego od ogólnie przyjętych wzorców i standardów życia, reagowania w swoisty dla siebie sposób na zachowania innych ludzi oraz bodźce płynące z wnętrza organizmu lub też ze środowiska. Ta specyfika pracy pielęgniarki w złożonym procesie rehabilitacji wymaga



szczególnej wiedzy, umiejętności zawodowych pielęgniarki, ale przede wszystkim ogromnego doświadczenia zawodowego.

Ważne zadania pielęgnacyjne w oddziale to: profilaktyka przeciwoleżynowa i przeciw zakrzepowa, zapobieganie przykurczom i zniekształceniom przez wczesne uruchamianie pacjentów, sadzanie i pionizację. Udzielanie nieodzownej pomocy w wykonywaniu przez chorego podstawowych czynności dnia codziennego związanych z samoobsługą (jedzeniem, ubieraniem się, przemieszczaniem), higieną osobistą. Edukacja i przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki i samo pielęgnacji.

Praca w tym oddziale wymaga zintegrowanego podejścia personelu pielęgniarsko-fizjoterapeutycznego, w wielu płaszczyznach zająć się a wyniki terapii pacjenta zawsze zależą od właściwej wzajemnej współpracy tego personelu. Personel pielęgniarski musi być także zorientowany w obsłudze pomocniczego sprzętu rehabilitacyjnego: wózki, kule, stabilizatory chodu. Pielęgniarki pracujące w oddziale mają za zadanie utrwać właściwe wzorce ruchowe oraz wykorzystywać w pracy z pacjentem wiedzę i umiejętności z zakresu zasad kinestetyki celem asekuracji pacjentów podczas wykonywania różnych czynności ruchowych związanych z przemieszczaniem się z pozycji leżącej do siedzącej zapewniając chorym i sobie bezpieczeństwo.

Olga Bielan
Pielęgniarka oddziałowa
Oddziału Rehabilitacyjnego



Bożena Holiczko na emeryturze

Pani Bożena przepracowała w Dziale Fizjoterapii WSS w Olsztynie 40 lat. Uroczyste pożegnanie, w którym uczestniczyli obecni i byli pracownicy Oddziału Rehabilitacyjnego, odbyło się 23 marca. Ordynator dr Agnieszka Osowska przekazała w imieniu dyrektorki Ireny Kierzkowskiej pamiątkową statuetkę i list gratulacyjny z podziękowaniami za wiele lat pracy. – „Wierzę, że wdzięczność i szacunek wszystkich pacjentów, którym pomogła Pani uśmierzyć ból i cierpienie oraz powrócić do sprawności fizycznej, dały Pani wiele satysfakcji” – napisała pani dyrektorka. Życzyła też pani Bożenie jak najlepszego zdrowia, dużo okazji do przeżywania szczęśliwych chwil oraz satysfakcji z życia wśród przyjaciół. – Wszyscy dołączamy się do tych życzeń – mówi Olga Bielan.

Prawie pół wieku pracy pani Janiny

– Coraz mniej mamy pracowników, którzy na całe zawodowe życie związali się z naszym Szpitalem – powiedziała dyrektor Irena Kierzkowska podczas pożegnania Janiny Stańczak z Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej.

Pani Janina przepracowała w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie 45 lat, także jako sekretarka medyczna i rejestratorka. Uroczystość zorganizowana przez panią Janinę wspólnie z koleżankami z działu odbyła się 22 marca. W sali konferencyjnej nr 7 zebrały się także rejestratorki i pracownicy Działu Kontraktowania i Rozliczeń.

Pamiątkową statuetkę i list gratulacyjny wręczyła bohaterce uroczystości dyrektor Irena Kierzkowska. – Patrząc na panią i przychodzi mi na myśl, że jesteśmy na uroczystości rozpoczęcia pracy, a nie jej zakończenia – mówiła z uśmiechem. – Dziękuję za wiele lat pracy dla Szpitala. Coraz mniej mamy pracowników, którzy związali się z nim na całe zawodowe życie. Życzę pani spełnienia wszystkich planów. Pożegnał ją także dr Jerzy Górny, zastępca ds. lecznictwa dyrektora WSS w Olsztynie.

Upominek swojej byłej już podwładnej wręczyła też Beata Jastrzębowska, kierownik działu statystyki. – Dziękuję Ci za 10 lat wspólnej pracy – powiedziała nie kryjąc wzruszenia. Także pani Janinie poptynęły tzy. Emocji nie zabrakło także podczas rozmów przy kawie, sokach i cieście domowego wypieku. – Jestem wdzięczna

wszystkim, którzy przyszli mnie pożegnać – powiedziała Janina Stańczak.

I Rozmowa z Janiną Stańczak

Przemysław Prais: Proszę opowiedzieć na początek, jak przebiegała Pani droga zawodowa.

Janina Stańczak: Zaczynałam w 1973 r. w sterylizatorni bloku operacyjnego. Po kilku latach wspólnie z pielęgniarką i lekarzem tworzyłam szpitalną przychodnię przy ul. Dąbrowszczaków, gdzie mieściły się poradnie reumatologiczna i geriatryczna. Na początku lat 90. po likwidacji przychodni przeszłam do Rejestracji szpitala, gdzie spędziłam dwa lata. Potem przeniosłam się do Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej, w którym pracuję od 24 lat. Z końcem marca kończę pracę i przechodzę na emeryturę.

Szpital jest więc Pani jedynym miejscem pracy?

To prawda – jest moim pierwszym i ostatnim zakładem pracy. Wiele osób dziwi się, że to możliwe. Spędziłam tu większość swojego życia. Dlatego jestem tak mocno emocjonalnie związana ze Szpitalem i żal mi odchodzić.

Jakie wspomnienia ma Pani z pracy w Szpitalu?

Kiedy przyszłam do pracy Szpital działał dopiero od trzech lat, wiele osób, wśród nich ja, musiało się uczyć jak funkcjonować. Pomagały



mi również koleżanki, kierownicy. Od początku jednak pracowałam mi się bardzo dobrze i mile wspominam wszystkie lata. Statystka dała mi więcej satysfakcji z pracy, uzyskałam tu więcej wiedzy, mogłam wykazać swoje możliwości. Widziałam też przez te wszystkie lata, jak Szpital się zmieniał, rozbudowywał, unowocześniał.

Czy ma już pani plany na emeryturę?

Nie planuję i nie chcę planować tego, co nastąpi po przejściu na emeryturę. Będę po prostu korzystała z tego, co życie przyniesie. Moim największym hobby są kwiaty, które uprawiam na działce. Uwielbiam kupować nasiona i sadzonki, które potem pielęgnuję. Będę miała na to więcej czasu, podobnie jak na czytanie książek. Lubię zwłaszcza biografie i autobiografie, bo są pisane przez samo życie.

Rozmawiał Przemysław Prais

Szpitalny bufet w nowej siedzibie

Większy, bardziej funkcjonalny, z nowymi meblami i wyposażeniem. Tak od stycznia wygląda Bistro Patio, w którym można zjeść śniadanie, obiad lub tylko napić się kawy. Bufet zajmuje część szpitalnego patio, gdzie w ub. roku wzniesiono budynek. Wchodzi się do niego z korytarza prowadzącego do Medycznego Laboratorium Diagnostycznego.

Rozmowa z Katarzyną Jończyk, współwłaścicielką baru

Przemysław Prais: Proszę powiedzieć na początek, od kiedy bufet działa w nowym miejscu?

Katarzyna Jończyk: Bistro Patio otworzyliśmy na początku stycznia tego roku. Kuchnia jest w miejscu dawnej rejestracji Szpitala, a część jadalniana została dobudowana. Prace trwały pół roku. Jesteśmy otwarci w dni powszednie w godz. 8-17, a w weekendy od 10 do 16.

Co można zjeść w Bistro Patio?

Oferujemy duży wybór posiłków: śniadania, obiady, a także przekąski. Posiłki są przygotowywane

w naszej kuchni przy ul. Szarych Szeregów, gdzie na pełny etat pracuje sześciu kucharzy. Stamtąd przywozimy je do Szpitala. Staramy się, żeby nasze jedzenie było zdrowe i pożywne, a jednocześnie urozmaicone. Oprócz typowych dań kuchni polskiej, czy międzynarodowej goście mogą u nas zjeść owsiankę, czy dania wegetariańskie na bazie warzyw i kaszy jaglanej. Przyrządzamy potraw bez żadnych sztucznych wzmacniaczy smaku, a wszystkie ciasta pieczemy na maśle, bez dodatku margaryny.

Jedną z naszych specjalności jest kawa z ekspresu. Do jej przyrządzania używamy kawy z niedawno otwartej palarni w Morągu. Kawa jest tam palona, a następnego dnia serwujemy ją naszym klientom.

Lokal w nowym miejscu prezentuje się też znacznie lepiej, niż wtedy, kiedy działaliśmy na wysokim parterze. Wyposażenie jest nowe, a miejsca jest znacznie więcej. Myślę, że takiego bufetu nie powstydziliby się żaden europejski szpital.

Jest godz. 12, czyli do pory obiadowej zostało jeszcze trochę czasu, a klientów nie brakuje.



Jedzą u nas zarówno pacjenci, ich rodziny, a dużą część stanowią pracownicy Szpitala. Nie narzekamy na brak klientów. Moją dewizą zawsze był to, by goście, którzy nas odwiedzili, jeszcze do nas wrócili, więc gotujemy smacznie. Sama bardzo dużo czasu spędzam w kuchni, to moja pasja i bardzo lubię to, co robię. Jako młoda dziewczyna pracowałam zagranicą w barach i restauracjach. To nie przypadek, że działam w gastronomii – śledzę nowości w branży, zaglądam do blogów kulinarnych, oglądam programy telewizyjne o tej tematyce. Cały czas szukam też pomysłów na nowe dania, przywożę je np. z zagranicznych wyjazdów.

Rozmawiał Przemysław Prais



Jakie sprawy rozstrzyga GIODO?

Z przeglądu decyzji wydawanych przez Generalnego Inspektora Danych Osobowych wynika, że zwiększa się liczba skarg zgłaszanych przez pacjentów i to właśnie problem ochrony danych w jednostkach służby zdrowia, a nie leczenie, bywa przyczyną niezadowolenia.

Świadomość prawna obywateli stale rośnie, również w dziedzinie ochrony danych osobowych. Coraz częściej zwracamy uwagę na to, jakich danych żądają od nas firmy, w jakim celu, jak z nimi postępują. Do niedawna roszczenia kierowane do szpitali miały głównie jeden charakter, związane były z jakością świadczonych usług czy dostępnością do świadczeń.

Do Biura Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych wpłynęła skarga pacjentki odnosząca się do udostępnienia przez szpital informacji dotyczących jej stanu zdrowia na rzecz pracodawcy pacjentki, niewypełnienia przez placówkę w stosunku do niej obowiązku informacyjnego określonego w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych oraz odnotowania w systemie informatycznym szpitala, jako osoby dokonującej operacji na danych osobowych pacjentki podczas jej przyjęcia do szpitala innej osoby niż ta, która w rzeczywistości dokonywała tych operacji. Pacjentka podniosła, iż w jej przypadku być może nie zadziałała odpowiednia procedura, być może zawiódł tzw. „czynnik ludzki”, bo doszło do przetworzenia jej danych osobowych z naruszeniem postanowień ustawy. Wskazała, iż możliwe, że administrator nie zastosował odpowiednich środków technicznych lub raczej organizacyjnych w celu zapewnienia dostatecznej ochrony przetwarzanych danych

osobowych. Pacjentka poinformowała, że otrzymała od pielęgniarki przełożonej izby przyjęć, po sprawdzeniu w systemie informatycznym, kto dokonywał jej przyjęcia, informację, że cyt. „wygląda na to, że to ja panią przyjmowałam”, podczas, gdy wszystkich czynności związanych z przyjęciem do szpitala dokonywała zupełnie inna osoba niż ta, którą wskazywał system. Pacjentka wskazała, iż pielęgniarka przełożona zareagowała stwierdzeniem, cyt. „no widocznie nie zmieniła loginu i pracowała na moim”.

Generalny Inspektor w części uznał skargę za zasadną i nakazał usunięcie nieprawidłowości.

Kolejnym przykładem jest skarga pacjenta na przetwarzanie jego danych osobowych o stanie zdrowia przez ośrodek zdrowia. Pacjent zakwestionował legalność udostępnienia przez ośrodek jego danych osobowych szczególnie chronionych radcy prawnemu, podnosząc: „Pani A.P. [dyrektor Ośrodka –przyp. GIODO], administrując moimi danymi osobowymi i będąc zobowiązana do ich ochrony, bezprawnie oraz bez mojej zgody i wiedzy przekazała moją



dokumentację medyczną do kancelarii radcy prawnego (...) Na skutek przekazania mojej dokumentacji radcy prawnemu weszła ona, jak i pracownicy jej kancelarii, w posiadanie informacji na temat moich danych osobowych, które nigdy nie powinny zostać udostępnione tym osobom”.

Po przeprowadzeniu w sprawie postępowania wyjaśniającego Generalny Inspektor decyzją administracyjną odmówił uwzględnienia wniosku skarżącego. Pacjent złożył odwołanie od tej decyzji. Do Biura GIODO wpłynął wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy jego skargi rozstrzygniętej ww. decyzją, która wg niego jest „tendencyjna”.

Po powtórny rozpatrzeniu zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych uznał jednak, że rozstrzygnięcie zawarte w zaskarżonej decyzji jest prawidłowe.

Kolejny ciekawy przykład, to skarga dotycząca udostępnienia przez szpital danych osobowych osobie nieupoważnionej. W jej treści skarżąca wskazała, iż pracownik szpitala pani X pozyskała jej dane osobowe w zakresie imienia, nazwiska oraz adresu zamieszkania, ze zbiorów danych administrowanych przez szpital. Zdaniem skarżącej o powyższym fakcie świadczy pismo skierowane od pełnomocnika pani X skierowane na adres zamieszkania skarżącej, wzywające ją do usunięcia naruszenia dobra osobistego oraz zapłaty 3000 tysięcy zł na cel społeczny. W ocenie skarżącej jej dane osobowe w powyższym zakresie pani X pozyskała „(...) od pracowników Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi Szpitala, co (...) niewątpliwie świadczy o tym, że moje dane osobowe nie są w należyty sposób chronione przez administratora danych”.

Z wyjaśnień udzielonych przez dyrektora szpitala wynika, iż dyrektor przeprowadził rozmowę z panią X w trakcie, której zaprzeczyła ona, iż pozyskała dane osobowe skarżącej z jednostek organizacyjnych szpitala. Ponadto dyrektor szpitala wskazał, iż przeprowadził analogiczną rozmowę z osobą zarządzającą działem kadr, z której również wynikało, iż dane osobowe skarżącej nie zostały jej udostępnione przez szpital. Składając przedmiotowe wyjaśnienia dyrektor szpitala również wskazał, iż dostęp do danych skarżącej mają wyłącznie osoby upoważnione, a dział kadr nie podlegał pani X w ramach zarządzania szpitalem, a więc nie miała ona bezpośredniego dostępu do danych osobowych skarżącej przetwarzanych w jej aktach osobowych.

Generalny Inspektor stwierdził, że nie ma podstaw do uznania, iż doszło do udostępnienia danych osobowych skarżącej osobie nieupoważnionej. W szczególności, przeprowadzone postępowanie wyjaśniające nie dostarczyło dowodów na potwierdzenie zarzutu skarżącej, iż jej dane osobowe nie są należycie zabezpieczone przez szpital, a także, że szpital udostępnił na rzecz pani X jej dane osobowe, przez co naruszył ich ochronę.

Beata Jastrzębowska
Kierownik Działu Statystyki
i Dokumentacji Medycznej

Pamięć i jej zagadki

cz. 27



Po urazie mózgu może wystąpić przejściowy stan tzw. amnezji pourazowej. Jednym z objawów takiej amnezji są zaburzenia pamięci, orientacji i uwagi. Co wiadomo o tej formie amnezji?

Ostatnie odcinki naszej serii o zagadkach pamięci dotyczą złożonego zjawiska zwanego amnezją. Po zarysowaniu ogólnej wiedzy na ten temat (odcinek 24) zostały przedstawione zagadnienia związane z amnezją wsteczną (niepamięć sprzed epizodu mózgowego – odcinek 25) oraz amnezją następczą (niepamięć nowych informacji po epizodzie mózgowym, gdy osoba jest przytomna i zorientowana – odcinek 26).

AMNEZJA POURAZOWA

Ten odcinek dotyczy mało jeszcze poznanego zjawiska niepamięci bezpośrednio następującej po urazowym uszkodzeniu mózgu (*traumatic brain injury*, TBI), określanej jako amnezja pourazowa (*post-traumatic amnesia*, PTA). Warunkiem wystąpienia PTA jest określony uraz mózgu lub – co wprowadza dodatkowe komplikacje w opisie zjawiska – jakakolwiek poważna trauma w sensie psychologicznym (np. strzelanina na ulicy, napad z użyciem przemocy fizycznej, wybuch gazu). Ponadto część objawów PTA może wynikać z określonych interwencji medycznych (zabiegi w anestezji, przyjmowane leki), współwystępującego zespołu stresu pourazowego (PTSD) lub zatrucia dowolnymi środkami toksycznymi.

Amnezja pourazowa obejmuje okres nieprzytomności po urazie mózgu oraz – jeśli nie doszło do utraty przytomności – okres po urazie do momentu uzyskania względnie pełnej orientacji (zob. rysunek).

W sytuacji, gdy osoba jest nieprzytomna stan niepamięci wynika z braku świadomości. Natomiast w sytuacji zachowania stanu przytomności po urazie mózgu mogą pojawić się różnego typu zaburzenia poznawcze, określane łącznie jako amnezja pourazowa (PTA).

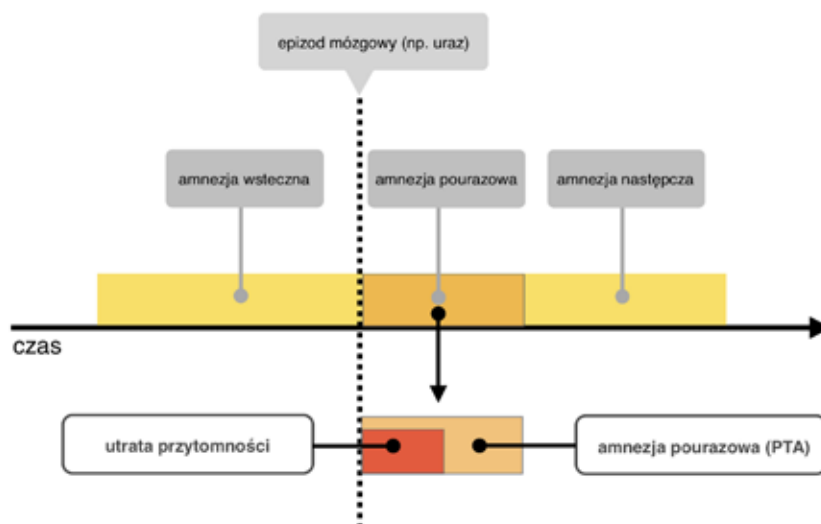
Pacjent z PTA jest typowo zdezorientowany (splątany), pobudzony behawioralnie i ujawnia znaczne trudności w odpowiedziach

wymagających użycia zasobów pamięci autobiograficznej (wiedza o sobie, wiedza o rodzinie, wiedza dotycząca miejsca zamieszkania) i epizodycznej (wiedza o zdarzeniach sprzed urazu) – co wskazuje na objawy amnezji wstecznej. Dodatkowo taki pacjent może nie tylko nie pamiętać okoliczności zdarzenia traumatycznego, ale także może nie zapamiętywać nowych informacji (amnezja następcza), np. może nie pamiętać po kilku sekundach, o co był przed chwilą pytany lub nieustannie zadawać te same pytania, pomimo udzielonych wcześniej odpowiedzi. Część opisanych trudności pacjenta może wynikać z zaburzeń rozumienia i realizowania komunikacji werbalnej.

MEDYCZNE ZNACZENIE PTA

Okazuje się, że objawy amnezji pourazowej (PTA) mają szerokie zastosowanie kliniczne. Przede wszystkim PTA pozwala ocenić, czy

pacjent może samodzielnie podejmować decyzje. Po drugie, nasilenie PTA jest wykorzystywane w podjęciu decyzji o dalszej rehabilitacji, terminie wypisu ze szpitala lub nawet w procesie planowania terapii medycznej. Pomiar PTA jest istotny klinicznie w kontekście oceny ciężkości pourazowego uszkodzenia mózgu (TBI). Objawy amnezji pourazowej obecne wyłącznie w pierwszej dobie po urazie wskazują na jego łagodną lub umiarkowaną postać (postać łagodna jest niekiedy rezerwowana dla zaburzeń ustępujących w ciągu godziny od urazu). Z kolei cechy amnezji utrzymujące się powyżej 4 tygodni sugerują obecność skrajnie ciężkiego urazu mózgu. W przypadku lekkich i umiarkowanych urazów czaszkowo-mózgowych amnezja pourazowa zwiększa ryzyko wystąpienia krwawienia śródczaszkowego i interwencji neurochirurgicznej. Poza tym czas trwania PTA jest także wykorzystywany jako prognostyk ryzyka wystąpienia wczesnej lub późnej epilepsji po urazie oraz jakości funkcji poznawczych w dłuższej perspektywie czasowej po wypisie ze szpitala



W trzech zdaniach

1. Amnezja pourazowa (PTA) jest efektem urazu mózgu (TBI) i objawia się typowo deficytami orientacji, pamięci i zachowania.
2. Amnezja pourazowa ma liczne zastosowania kliniczne.
3. Pomimo użyteczności klinicznej zjawisko PTA nie jest dobrze poznane i diagnozowane objawy amnestyczne mogą dotyczyć bardziej deficytów uwagi, niż pamięci.

SIEĆ MÓZGOWA W PTA

Kilka badań neuroobrazowych dostarczyło w ostatnich latach więcej wiedzy na temat PTA. Zespół Liptona z Albert Einstein College of Medicine (USA) wykazał w obrazowaniu tensora dyfuzji uszkodzenia aksonalne m. in. w obszarach kory przedczołowej grzbietowo-bocznej u pacjentów z łagodną postacią TBI. Takie zmiany korelowały z pogorszeniem funkcji wykonawczych (ciągłość uwagi i orientacja w labiryntach). Z kolei zespół Croalla z Institute of Cellular Medicine & Newcastle MR Centre (UK) w badaniu osób z łagodnymi i umiarkowanymi postaciami TBI ustalił związek pomiędzy obniżoną wydolnością płynności werbalnej (fluentna literowa) oraz wzrostem anizotropii dyfuzji wody w istocie białej, szczególnie w ciele móżdżkowym. Taka obserwacja prawdopodobnie wynika z astrogliozy i kompresji pęczków neurofilamentów.

Natomiast zespół De Simoni z Imperial College London wykazał, że pacjenci z PTA ujawniają deficyty w zadaniach angażujących pamięć skąpaniową, szybkość przetwarzania informacji i przestrzenną pamięć operacyjną. Takie trudności korelują z uszkodzonymi potężeniami pomiędzy zakrętem przyhipokampowym i obszarami tylnego zakrętu obręczy kory, prawdopodobnie w efekcie urazu aksonalnego po TBI.

POMIAR PTA

Diagnoza objawów amnezji pourazowej zależy od etapu hospitalizacji i wiedzy na temat powiązań deficytów funkcji poznawczych z konsekwencjami neurologicznymi. W warunkach SOR można stosować proste narzędzie typu MMSE (*Mini-Mental State Examination*) – głównie zadanie dotyczące oceny orientacji oraz zadanie przypomnienia trzech słów bezpośrednio po ich wypowiedzeniu i po odroczeniu. Bardziej zaawansowane narzędzia diagnostyczne obejmują specjalnie dedykowane PTA skale, np. *Galveston Orientation and Amnesia Test* (GOAT) lub *Westmead Post Traumatic Amnesia Scale* (WPTAS, wersja skrócona włączająca wyniki *Glasgow Coma Scale* – A-WPTAS). Metody te są dostępne w internecie po wpisaniu w wyszukiwarce ich tytułów.

Skala GOAT zawiera 14 pytań dotyczących pamięci autobiograficznej pacjenta (np. imię i nazwisko, miejsce urodzenia), pamięci epizodycznej (przypomnienie ostatnich zdarzeń sprzed urazu i po urazie) i orientacji (np. powód pobytu w szpitalu, określenia czasu i daty). Maksymalna liczba punktów w GOAT wynosi 100, deficyty diagnozuje się poniżej 66 pkt.

Skala WPTAS składa się z 12 zadań. 7 zadań dotyczy orientacji pacjenta, a pozostałe zadania

testują zdolności pamięciowe. Każdego dnia badający sprawdza rozpoznawanie swojej twarzy i swojego imienia przez pacjenta oraz sprawdza przypomnienie poprzednio pokazywanych obrazków. Wykluczenie PTA wymaga poprawnego wykonania wszystkich zadań.

Przedstawione przykłady narzędzi mierzących poziom amnezji pourazowej nie są optymalne. Są to metody przytóżkowe, mają walor głównie orientacyjny i są podatne na liczne zniekształcenia co do uzyskiwanych wyników i ich interpretacji (np. nieodpowiednie warunki badania, brak norm, niewielka i mało różnicująca funkcja pamięci liczba zadań). Bardziej optymalne rozwiązanie polega na zastosowaniu specjalistycznych testów neuropsychologicznych, ale jest to rozwiązanie czasochłonne i nieefektywne w przypadku konieczności podejmowania szybkich decyzji medycznych.

Warto też wskazać, że objawy podobne do PTA obserwuje się u pacjentów, którzy nie doznali urazu mózgu i którzy zostali poddani leczeniu środkami przeciwbólowymi. W jednym z badań tylko 20 procent pacjentów ortopedycznych przyjmujących opioidy spełniło kryteria 12/12 w skali WPTAS w okresie czterech kolejnych dni. W innym badaniu ustalono, że także lek przedoperacyjny i pooperacyjny może skutkować objawami podobnymi do amnezji pourazowej.

WĄTPLIWOŚCI

Są też inne trudności związane z PTA. Jako złożony konstrukt amnezja pourazowa obejmuje nie tylko zaburzenia pamięci, ale także stan dezorientacji (splątania) i stan pobudzenia behawioralnego. Te trzy czynniki pozostają ze sobą w specyficznych związkach, które nie zostały jak dotąd dobrze poznane. Niektórzy badacze stwierdzają korelację pomiędzy stopniem nasilenia splątania i pobudzenia oraz czasem trwania PTA.

Najważniejsze wątpliwości w przypadku PTA dotyczą jednak następujących kwestii:

1. Stan dezorientacji (splątania) – przypominający fazę ostrą delirium – jest słabo mierzony w typowych skalach PTA. W większości skal pomiar orientacji dotyczy wiedzy pacjenta na temat własnej osoby, miejsca pobytu i aktualnego czasu. Praktycznie nie ocenia się orientacji przestrzennej (np. efektywne poruszanie się w przestrzeni oddziały, orientacja lewo-prawostronna). Taka orientacja po urazie mózgu typowo normalizuje się znacznie później niż orientacja co do czasu, miejsca lub własnej osoby i to ona prawdopodobnie jest lepszym predyktorem czasu trwania PTA. W efekcie pacjent oceniony w skali WPTAS, jako zorientowany może być *de facto* splątany przy zastosowaniu oceny orientacji przestrzennej.

2. Stan pobudzenia behawioralnego w PTA przyjmuje wieloraką postać – od emocjonalnej labilności, przez zakłócenia rytmu okołodobowego, obniżony wgląd, impulsywność, zachowania automatyczne aż do agresji werbalnej i fizycznej. Część z tych stanów nie jest dokładnie oceniana i wynika z innej niż z urazowej etiologii (np. zatrucie alkoholem lub lekami, wcześniejsze zaburzenia zachowania lub osobowości, reakcja na traumę z czasu urazu), co oczywiście utrudnia proces diagnostyczny.
3. Deficyty orientacji i pamięci w PTA mogą wynikać z bardziej podstawowych zaburzeń funkcji uwagi. Procesy uwagi pacjenta nie są praktycznie kontrolowane w diagnostyce amnezji pourazowej. W efekcie używanie terminu *amnezja pourazowa* może być mylące i bardziej adekwatną jednostką diagnostyczną byłby termin *pourazowy stan splątania*.

WYSPIY PAMIĘCI

Niektórzy pacjenci z TBI retrospektywnie opisują swój pobyt w OIT jako okres całkowicie niepamięci, inni z kolei stwierdzają coś w rodzaju izolowanych „wysp pamięci”, np. pamiętają jakieś wydarzenia z okresu intensywnej terapii i niekiedy rodzina to potwierdza. Zjawisko „wysp pamięci” sugeruje, że pacjenci po urazie mózgu i z objawami amnezji pourazowej mogą do pewnego stopnia utrzymywać w pamięci pewne zdarzenia. Większość z tych zapamiętanych zdarzeń posiada emocjonalne znaczenie (np. obecność płaczącego kogoś bliskiego) lub wiąże się z okresem chwilowego i mimowolnego wzbudzenia uwagi. Izolowane ślady pamięciowe nie są charakterystyczne dla amnezji pourazowej po TBI i występują również po podaniu opioidów u pacjentów bez urazu mózgu.

dr Piotr Markiewicz

Chcesz wiedzieć więcej?

De Simoni S. i in. (2016). Disconnection between the default mode network and medial temporal lobes in post-traumatic amnesia. *Brain*, 139, 3137-3150.

Friedland D., Swash M. (2016). Post-traumatic amnesia and confusional state: hazards of retrospective assessment. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 87, 1068-1074.

Marshman L.A.G. i in. (2013). Post-traumatic amnesia. *Journal of Clinical Neuroscience*, 20, 1475-1481.

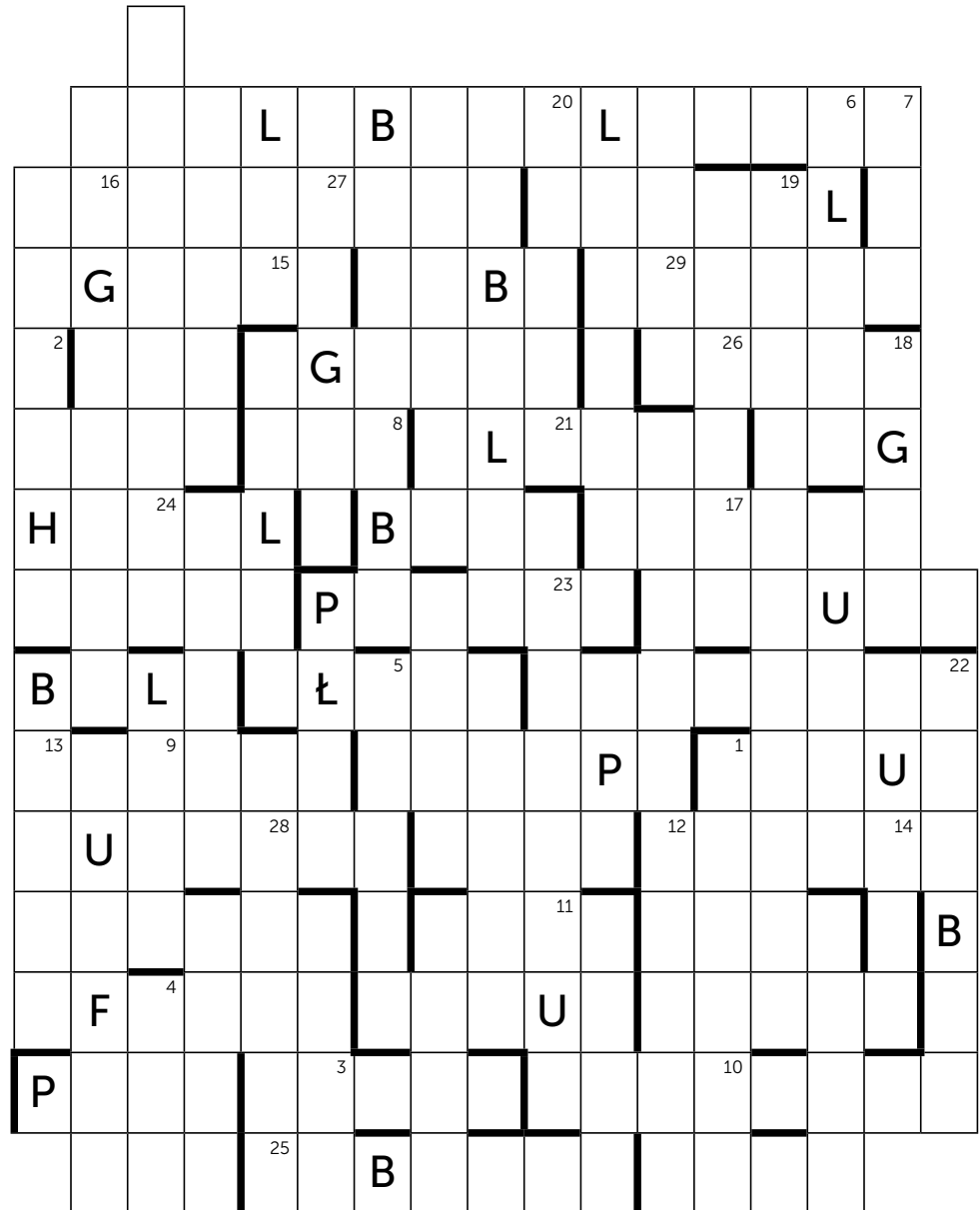
57 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 80 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, F, G, L, Ł, P i U. Na ponumerowanych polach ukryto 29 liter hasta, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Leonarda da Vinci.

Jerzy Badowski

- usługi lekarskie
- misa wulkanu
- port morsko-rzeczny nad Jenisejem
- najlichnieszca osada wioślarska
- ropucha lub salamandra
- wyznanie mojżeszowe
- kąpielisko Władystawowa
- matka Heleny i Polluksa
- sok trawienny jamy ustnej
- prastare państwo w Niniwą
- stan w Birmie ze stolicą Hakha
- założyciel imperialnej dynastii w Turcji
- często mylone z Warmią
- sumeryjski bóg z Eridu
- uchodzi w Lizbonie
- badacz kraju Persów
- organ doradczy
- zawodnik gry mieszanej
- ... Mare, gród w pn-zach. Rumunii
- kłusownicze pułapki
- podgatunek kułana
- premier Indii (1991-96)
- region z Funchal
- ring zapaśnika
- nocny motyl
- grecka nimfa górską
- dzielnica rekreacyjna Poznania
- przestępny
- lewatywa
- demeszka
- stolica Ghany
- bunt, powstanie
- amidy wewnątrzcząsteczkowe
- główna część telewizora
- port rzeczny nad Witimem
- właściwa, czyli gęstość
- nerwoból, ischias
- wyschnięta warstwa zaprawy budowlanej
- łąd zebr i żyraf
- krucha warstwa na żelazie
- ptasi, zwany suchą trawą
- potyczka, bijatyka
- kraj z Mosulem
- pływa na desce
- choroba Addisona
- pęk włosów
- Guadalaviar
- drewniany pal
- cysticerkoza
- chińska nazwa Wietnamu
- rzeka z doliną u Mitosza
- dośrodkowanie
- ptak drapieżny lub boisko dla młodzieży
- Karenina lub Boleyn
- miasto u ujścia Sambry do Mozy
- rakarz
- mały Starego Świata
- resztki świecy
- kraj z Górą Stotową
- dawna pani
- panchromia
- niemiecka gorzata
- Saudyjska
- Walijczyk w Realu Madryt
- uwypuklenie na powierzchni ciała lub narządu



- pieśń w operze
- Kipchoge, kenijski mistrz olimpijski
- metalowa część paleniska
- paprocie z Amazonii (tác.)
- więzanka wyzwisk
- Malawi
- litewska nimfa wodna
- pies gończy, który poszedł w las
- bestseller Homera
- drewniany pręgierz
- polski taniec lub mieszkaniec
- zakrzywiona powierzchnia cieczy
- poeta z Nagłowic
- miś lub kłocki
- pieśń dziękczynna lub twórca narzędzi chirurgicznych

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	

Rozwiązanie krzyżówki nr 56 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 57): „**Cudze błędy mamy przed oczami, własne za plecami**”. Nagrodę otrzymuje Anna Lasota z Zakładu Medycyny Nuklearnej. Gratulujemy. Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.

