



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 62

styczeń-marzec 2019

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162

Nowatorski zabieg ginekologów i radiologów w sali hybrydowej - s. 4



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

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 Wciąż modernizujemy nasz Szpital, dbając o jakość naszych usług
- 4 Nowatorski zabieg ginekologów i radiologów w sali hybrydowej
- 7 Udane połączenie chemioterapii i zabiegu chirurgicznego pozwoliło zachować płodność pacjentki
- 8 Neurolog na czele gremium nadzorującego wzajemne oddziaływanie leków
- 9 Sprawniejszy system przyjęć pacjentów
- 10 „Strzał w 10” w Szpitalu Wojewódzkim
- 12 Atrakcje na Dzień Kobiet dla pacjentek Oddziału Ginekologii Onkologicznej
- 13 Rak piersi podczas ciąży to nie wyrok
- 14 Szpitalna apteka była moim drugim domem
- 17 Sprawnie załatwiamy wnioski pracowników Szpitala
- 18 Myślę, że to Pan Bóg dał mi ten dar empatii, dzięki czemu mogę pomagać chorym
- 19 Pielęgniarka w przedszkolu
- 20 Cała prawda o tętniakach aorty brzusznej
- 22 Wdrożenie e-usług
- 23 Blok operacyjny – 10 lat jak jeden dzień
- 24 Szkolenie kadry kierowniczej Szpitala
- 25 Pamięć i jej zagadki (część 31)
- 27 Jolka Szpitalna

Sylwetki lekarzy zasłużonych w walce o niepodległość Polski

Pięć sztalug z planszami przedstawiającymi wybitnych lekarzy, którzy wyróżnili się w walce o niepodległą Polskę w 1918 r. i służyli jej także późniejszych latach stało 18 marca br. w holu głównym Szpitala. Prace udostępniła Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska.

Z Olsztynem i regionem najbardziej związany był dr Jan Janowicz, jeden z najlepszych chirurgów międzywojennego Wilna, a po 1945 r. tworzył polską medycynę na Warmii i Mazurach. Doktora Jana Janowicza określa się mianem ojca olsztyńskiej chirurgii. Przygodę z medycyną rozpoczął od studiów w Dorpacie (obecnie Tartu, drugie co do wielkości miasto Estonii), dyplom nostryfikował na Uniwersytecie Warszawskim. Jako lekarz pułkowy brał udział w wojnie polsko-ukraińskiej i polsko-bolszewickiej w różnych formacjach wojska polskiego.

W czasie walk wyróżnił się męstwem i odwagą, za co dwukrotnie otrzymał Krzyż Walecznych. W 1922 r. dr Janowicz zakończył czynną służbę wojskową i rozpoczął służbę chirurgiczną.

Drugą postacią, z której dokonaniem można było się zapoznać przy okazji wystawy był dr Felicjan Stawoj-Składkowski, znany polityki w czasach II Rzeczypospolitej. Studia Lekarskie ukończył na Uniwersytecie Jagiellońskim. W 1926 r. został mianowany ministrem spraw wewnętrznych w rządzie marszałka Józefa Piłsudskiego, a w 1936 został Prezesem Rady Ministrów. W latach 1933-1939 był posłem na Sejm.

Z kolei dr Stanisław Rouppert studia lekarskie ukończył na Uniwersytecie Jagiellońskim. W 1914 r. został Lekarzem Naczelnym I Brygady Legionów. Był członkiem Międzynarodowego

Komitetu Olimpijskiego. W ostatnich miesiącach choroby Józefa Piłsudskiego został mianowany Kierownikiem Komisji Lekarskiej nadzorującej jego leczenie.

Bliskim współpracownikiem Józefa Piłsudskiego był również dr Marcin Woyczyński, absolwent Wojskowej Akademii Lekarskiej w Piotrogrodzie, który od 1914 r. był lekarzem III Pułku Piechoty w II Brygadzie Legionów. Uczestniczył w wojnie polsko-ukraińskiej oraz wojny polsko-bolszewickiej. W 1928 r. został osobistym lekarzem Generalnego Inspektora Sił Zbrojnych – Józefa Piłsudskiego.

Zaufaniem Piłsudskiego cieszył się także dr Bolesław Wieniawa-Długoszowski, który po ukończeniu studiów lekarskich na uniwersytecie we Lwowie był dobrze zapowiadającym się okulistą. W 1914 r. wyruszył z I Kompanią Kadrową z krakowskich Oleandrów, walczył w 1. Pułku Ułanów Legionów Beliniaków, został osobistym adiutantem Józefa Piłsudskiego.

Wystawa z sylwetkami wybitnych lekarzy Polaków była prezentowana podczas III Spotkań Medyków z Historią w czasie Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Udział lekarzy w walce o Niepodległość”, która odbyła się w dniach 9-10 listopada 2018 r. w Muzeum Warmii i Mazur oraz siedzibie Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej.





Wciąż modernizujemy Szpital, dbając o jakość naszych usług

O trwających i planowanych pracach modernizacyjnych, a także uzyskaniem certyfikacji ISO i przygotowaniach do spełnienia wymogów Centrum Monitorowania Jakości rozmawiam z Ireną Kierzkowską, dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Przemysław Prais: Trwają modernizacje szpitalnych oddziałów: Okulistyki i Kardiologii. Czy możemy spodziewać się w tym roku kolejnych inwestycji?

Irena Kierzkowska: W kwietniu powinny zakończyć się prace na Oddziale Okulistycznym. Życzę całemu zespołowi, żeby w nowych warunkach podjął się wyzwania i jeszcze w tym roku przeszczepił pierwszą rogówkę w naszym Szpitalu. Latem zaś powinny zakończyć się prace na Oddziale Kardiologicznym. Ale to nie będzie koniec remontów. Ponieważ mamy już dokumentację na unowocześnienie Neurologii, to jeszcze w tym roku powinny zacząć się roboty w tym ostatnim już oddziale, który oczekuje na generalny remont. To duża jednostka, pracująca w trybie ostrym, więc należy się spodziewać wystąpienia problemów organizacyjnych. Myślę jednak, że podobnie jak przy modernizacji wspomnianych wcześniej oddziałów, okres remontu nie przeszkodzi w sprawnej pracy i dobrej opiece nad pacjentami. Jak bowiem widać, mimo bardzo trudnych warunków, wynikających m.in. z konieczności umieszczenia pacjentów kardiologicznych i okulistycznych na innych oddziałach, byliśmy w stanie się tak zorganizować, by ich bezpieczeństwo pozostało niezagrożone. Bardzo dobrze, że pacjenci z zagrożeniem życia przebywają już w zmodernizowanych Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej. Sprawdziła się zatem w praktyce decyzja o etapowaniu prac, co miało zminimalizować ryzyka związane z remontem.

W tym roku rozpoczniemy też remont obiektu mieszczącego Poradnię specjalistyczne, który bezwzględnie wymaga modernizacji oraz zwiększenia powierzchni. Kontraktujemy obecnie poradnię leczenia bólu. Z kolei Ministerstwo Zdrowia podniosło kwalifikację gabinetu stopy cukrzycowej z podstawowej na referencyjną, co wiąże się z koniecznością przewidzenia miejsca na gabinet zabiegowy. Nie jesteśmy w stanie wyłączyć z pracy tego gabinetu, dlatego będziemy etapować prace remontowe.

Rozważamy też zwiększenie z 15 do 20 liczby łóżek w Oddziale Intensywnej Terapii, ponieważ często mamy do czynienia z nadmiarem pacjentów. W efekcie ograniczony jest dostęp do OIT nie tylko w naszym Szpitalu, ale również w całym Olsztynie i okolicach. Jest to więc

problem i zarazem wyzwanie, tym bardziej, że nadwykonania przy leczeniu pacjentów OIT mają negatywny skutek finansowy przy ryczałtowym sposobie rozliczania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ważne jest oczywiście także bezpieczeństwo pacjentów, które zwiększy się wraz ze wzrostem liczby stanowisk intensywnej opieki.

Czego jeszcze możemy spodziewać się w tym roku, jeśli chodzi o dalszą modernizację naszego Szpitala?

Wspólnie z paniami Ewą Pietrusińską i Katarzyną Grabowską z Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz kierującą Zakładem Bakteriologii Beatą Muraszko uczestniczyłam w ogólnopolskiej konferencji I Forum Zakażeń „Wyzwania w profilaktyce i leczeniu zakażeń”, które odbyło się na początku kwietnia. To było bardzo pozytywne spotkanie, które pozwoliło nam na wyrażenie wniosków zmierzających do zmian w naszej bakteriologii. Powinniśmy przyspieszyć i usprawnić diagnostykę patogenów, dlatego poczynimy pewne inwestycje w Zakład Bakteriologii. Nowoczesna sterylizatornia i metody dezynfekcji, którymi dysponuje nasz Szpital okazują się niewystarczające w walce z bakteriami, które są „inteligentne” i bardzo szybko wytwarzają enzymy przeciwko stosowanym antybiotykami. W efekcie mamy problem z rozprzestrzenianiem się bakterii i ich lekoopornością. Absolutnie więc priorytetowo musimy traktować wszystkie działania zapobiegające zakażeniem bakteryjnym, bo to jest ochrona pacjenta, ale również pracownika. Zaniechanie może być bardzo bolesne w skutkach nie tylko zdrowotnych, ale także finansowych.

Planów mamy zatem sporo i niestety modernizacyjnych, czyli bardzo kosztownych. Dlatego

cieszę się, że Neurologia jest już ostatnim oddziałem, który przejdzie generalny remont. Gdyby udało się powiększyć bazę łóżek OIT, zostanie nam do wykonania adaptacja pomieszczeń w budynku głównym Szpitala na potrzeby chemioterapii jednego dnia. Potem pozostanie już tylko odświeżanie już wcześniej przebudowanych oddziałów, co już nie będzie tak dużym obciążeniem finansowym i organizacyjnym, jak przy obecnie prowadzonych pracach o szerokim zakresie.

Jakie jeszcze zadania stają w tym roku przed naszym Szpitalem?

Ciągłą troską dyirekcji i mam nadzieję, wszystkich pracowników jest podnoszenie jakości naszych usług. Uzyskaliśmy pozytywną ocenę w audycie przed uzyskaniem certyfikatu normy ISO, który odbył się w dniach 26-27 marca tego roku. Chciałabym pogratulować i podziękować pracownikom, którzy bardzo dobrze wypadli przy okazji tego sprawdzianu. Słowa szczególnego uznania należą się Zakładowi Patomorfologii, Działowi Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia oraz Zespołowi Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Organizacja pracy tych komórek jest bardzo dobra, rzadko spotykana w innych szpitalach, za co usłyszeliśmy od audytorów wiele komplementów. Oczywiście zdarzyły się pewne usterki, ale to normalne w tak dużej firmie, jak nasz Szpital, który funkcjonuje 24 godziny na dobę. Ale po to także poddajemy się audytowi, żeby odpowiednio przeszkolone osoby z zewnątrz pomogły nam dostrzec nieprawidłowości, których sami z powodu nawału pracy nie zauważamy.

Pierwszy etap podnoszenia jakości naszej pracy mamy za sobą, ale oczywiście największym wyzwaniem będzie uzyskanie certyfikatu Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Mamy ambicje, żeby uzyskać 90 proc. spełnienia standardów i dzięki temu otrzymać dodatkowe środki finansowe. W związku z tym dobrze byłoby, żebyśmy i w tym przypadku stanęli na wysokości zadania, będąc dobrze przygotowanymi do tego procesu.

Rozmawiał Przemysław Prais

*Wszystkim pracownikom
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Olsztynie i naszym pacjentom
życzę przede wszystkim, aby Święta Wielkanocne
upłynęły w spokojnej i pogodnej atmosferze,
która w otoczeniu najbliższych
pozwoli odpocząć od codziennych trosk.*

*Niech te Święta podniosą Państwa na duchu oraz dodadzą sił
w pokonywaniu powszednich trudów, a wiosenny nastrój napętni
Wasze serca radością i wzajemną życzliwością.*

Irena Kierzkowska
Dyrektor Szpitala



Nowatorski zabieg ginekologów i radiologów w sali hybrydowej



Trwa zabieg

Dzięki możliwościom stwarzanym przez salę operacyjną umożliwiającą jednoczesną pracę lekarzy wielu specjalności pacjentka z bardzo poważnym powikłaniem ciąży bezpiecznie urodziła dziewczynkę i zachowała możliwość ponownego urodzenia dziecka.

Pacjentka z łożyskiem przodującym, bardzo poważnym powikłaniem ciąży – centralnie przodujące łożysko, które pokrywa całe ujście wewnętrzne, uniemożliwiając poród drogami natury i będąca przyczyną wielu powikłań w przebiegu ciąży, a zwłaszcza okresu okotoporodowego w postaci krwawień z dróg rodnych, a w trakcie cięć cesarskich krwotoków z dróg rodnych.

Łožysko centralnie przodujące występuje o ok. pół procenta ciąż. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym zdarza się średnio raz w miesiącu. Sytuacja, która do tej pory w większości wypadków kończyła się bardzo dramatycznymi krwotokami okołoperacyjnymi. Ratując pacjentkę lekarze często muszą usuwać całą macicę, jako źródło krwotoku.

W związku z tym kobieta już nigdy nie urodzi dziecka.

O tym jak udało się tego uniknąć rozmawiam z dr Tomaszem Waśniewskim, ordynatorem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz dr Grzegorzem Wasilewskim, kierownikiem Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, którzy wspólnie przeprowadzili zabieg 28 stycznia tego roku.

▮ Rozmowa z Tomaszem Waśniewskim

Przemysław Prais: Proszę na początek opisać nieprawidłowości w przebiegu ciąży, z którymi należało się zmierzyć.

Tomasz Waśniewski: Łožysko powinno rozwijać się w zakresie trzonu macicy i tam się implantować, w miejscu właściwym dla jego rozwoju. Natomiast w przypadku łożyska przodującego zaczyna ono pokrywać ujście wewnętrzne, gdzie ściana macicy jest znacznie cieńsza i znacznie jej bliżej do dużych naczyń krwionośnych. W efekcie łożysko wżera się w ścianę

macicy (może nawet dojść do sytuacji, że przechodzi poza macicę), co doprowadza do dramatycznych krwotoków w trakcie cięcia cesarskiego. Pacjentki wymagają w wtedy przetoczeń litrów krwi w ciągu kilku minut zabiegu, a część z nich musi być przewieziona do oddziału intensywnej terapii, wymaga znieczulenia ogólnego. Łožysko przodujące to w dalszym ciągu jedna z głównych obok ciąży pozamacicznej przyczyn umieralności okotoporodowej pacjentek.

W jaki sposób uniknięto krwotoku?

Do macicy dochodzą naczynia krwionośne – lewa i prawa tętnica maciczna, odchodząca od aorty, przez tętnicę biodrową wspólną, dzielącą się na tętnicę biodrową zewnętrzną (jest grubsza i prowadzi do nogi) i wewnętrzną, od której odchodzi tętnica maciczna. Nasi radiolodzy, dzięki możliwościom stwarzanym przez salę hybrydową zaopatrzyli tętnicę biodrową wewnętrzną specjalnymi balonikami jeszcze przed zabiegiem operacyjnym. Tego nie można zrobić w innym pomieszczeniu i następnie przewieźć pacjentkę do sali operacyjnej. Nie zamykają jednak jeszcze naczynia krwionośnego, by nie odcinać dopływu krwi dziecku. Wykonujemy cięcie cesarskie, wyjmujemy dziecko, zaś w momencie zaciśnięcia pepowiny i oddania dziecka neonatologom prosimy radiologów o wypełnienie tych baloników. To doprowadza do sytuacji całkowitego zamknięcia dopływu krwi do macicy, co z kolei daje nam komfort pracy. Możemy spokojnie sprawdzić co się dzieje, w którym miejscu znajdowała się łoża [miejsce po usuniętym łożysku red.]. Normalnie następuje zalanie krwią całego pola operacyjnego, i zakładanie ratunkowych szwów, żeby tylko zmniejszyć krwawienie. Występuje wtedy również ryzyko utraty macicy, bo jeżeli krwotok zagraża życiu i nie mamy możliwości zaopatrzenia łoża łatwiej nam czasami wyciąć macicę, bo to jest bezpieczniejsze dla pacjentki. Zamknięcie dopływu krwi do macicy powoduje, że krwawienie jest śladowe. Zaopatrujemy podstawowe naczynia i brzegi rany i prosimy radiologów o otwarcie dopływu krwi. Sprawdzamy po obu stronach, czy ustąpiło krwawienie. Po częściowym otwarciu widzimy, gdzie występuje krwawienie i prosimy o ponowne zamknięcie, po kolei zaopatrując miejsca wpyływu krwi.



Podczas zabiegu po raz pierwszy założyliśmy także specjalny balon, który wprowadza się od strony pochwy, wypełnia wodą i powietrzem, a następnie zakłada w miejsce łoży po to, żeby doprowadzić do ucisku w łoży operacyjnej. Po założeniu balonu dr Wasilewski po raz trzeci umożliwił doływ krwi i po stwierdzeniu braku krwawienia zamknęliśmy naczynia. W rezultacie utrata krwi nie jest większa, niż przy zwykłym cięciu cesarskim, a pacjentka w trakcie zabiegu dostała dwie jednostki krwi. Zwykle w takich przypadkach jest to kilkanaście jednostek. Dla bezpieczeństwa pacjentki kołnierzyki w tętnicy udowej, przez który radiolodzy wprowadzili cewnik zostają przez następną dobę. Wówczas usuwamy balon, żeby zobaczyć jakie będzie krwawienie. Nie było go jednak.

Czy można nazwać ten sposób przeprowadzeniu zabiegu nowatorskim?

To unikalna metoda, z tego co mi wiadomo jesteśmy drugim ośrodkiem w Polsce, który się jej podjął. Do tego trzeba mieć bezwzględnie salę hybrydową. Dzięki tej metodzie utrata krwi jest mała, a zwiększa się bezpieczeństwo pacjentki, która przez cały czas zabiegu jest w stanie dobrym. Pacjentka była przytomna, do cięcia nie potrzebujemy znieczulenia ogólnego, tylko podpajęczynówkowe przez kręgosłup. Nie wykonujemy cięcia przy znieczuleniach ogólnych, bo jego skutki byłyby odczuwalne przez dziecko – mogą wtedy wystąpić kłopoty z oddychaniem. Ciążą została zakończona wcześniej, bo w 37 tygodniu właśnie ze względu na łożysko przodujące – jego największą wadą jest potożenie w niefizjologicznym miejscu. W momencie rozpoczęcia akcji skurczowej macicy dochodzi do skurczania trzonu i rozciągania szyjki. Jeżeli łożysko znajduje się w prawidłowym miejscu, to będzie kurczyło się razem z macicą, natomiast w tym przypadku łożysko nie ma możliwości rozciągania się. I w tych momentach najczęściej dochodzi do przedwczesnego oddzielenia łożyska, czego skutkiem są krwawienia w przebiegu ciąży i krwotok najczęściej około 34 tygodnia ciąży.

Gdyby więc nie ta procedura mielibyśmy ryzyko krwotoku, złego stanu ogólnego, wycięcia macicy i powikłań pooperacyjnych. Nasza pacjentka przeszła przy niewielkiej ilości przetoczzonej krwi zabieg i jest w dobrej formie z zachowanym narządem rodnym – będzie zatem mogła mieć kolejne dzieci.

■ Rozmowa z Grzegorzem Wasilewskim

Przemysław Prais: Jaka była rola radiologów zabiegowych w tym pionierskim zabiegu?

Grzegorz Wasilewski: Istotą choroby pacjentki było to przesunięcie łożyska, przez które odżywia się płód. Po porodzie łożysko się oddziela i jest wydalone. Jeżeli jednak jest źle wrosnięta w ścianę macicy, to przy jego usuwaniu może



dojść do krwotoku zagrażającego życiu. Ideą zabiegu było czasowe zamknięcie tętnic zaopatrujących macicę, a więc i łożysko, na okres wydobywania tego łożyska. W tym celu zamykamy tętnice biodrowe wewnętrzne, dzięki czemu ginekolodzy mają dużo więcej czasu na swoje działania, bo krew nie wypływa i nie utrudnia im pracy. Potem można przywrócić tętnicom funkcje.

Przy takich zabiegach wykorzystujemy aparat rentgenowski, emitujący promieniowanie jonizujące szkodliwe w pewnym stopniu dla dziecka. A część zabiegu musieliśmy wykonać jeszcze z płodem w tonie matki. Nowa sala hybrydowa sprzyja takim zabiegom multidyscyplinarnym, a jednocześnie nowy aparat potrzebuje do uzyskania obrazów znacznie mniejszej dawki promieniowania, niż starsze typy. Wszystko udało się bardzo dobrze – dzięki wyborowi odpowiedniego oprogramowania uzyskaliśmy minimalną dawkę promieniowania zmniejszając ryzyko dla dziecka i matki także w ich dalszym życiu. Także utrata krwi była bardzo mała, porównywalna ze zwykłym cięciem cesarskim.

Zagrożeniem przerośniętych łożysk jest również utrata macicy w razie nie ustania krwawienia, czego udało się uniknąć. Mogliśmy także zembolizować, czyli zamknąć na stałe krwawiące naczynia, również zachowując macicę.

Jak przebiegał zabieg?

Po znieczuleniu przez anestezjologów zespół radiologów nakłutł obostronnie tętnice udowe i z dościa przeciwnostronnie wprowadziliśmy do tętnic biodrowych cewniki zakończone balonikiem. Po sprawdzeniu, że są w dobrym miejscu nie pompowaliśmy ich, czekając na efekty pracy ginekologów. Po wykonaniu przez nich cięcia cesarskiego i wyjęciu dziecka oraz odcięciu pępowiny, co umożliwiło

Sala hybrydowa

Sala hybrydowa w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie to pierwsza taka sala w województwie warmińsko-mazurskim, która jest bazą do realizacji wspólnych, jednoczasowych zabiegów (zabiegów hybrydowych) z zakresu kardiologii, kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej oraz radiologii. Pierwszy zabieg przeprowadzono w kwietniu 2018 r.

Możliwość przeprowadzania operacji w nowych zakresach zapewnia najwyższą jakość leczenia oraz bezpieczeństwo pacjentów. Dzięki harmonijnej i profesjonalnej współpracy między zespołami lekarzy wielu specjalności opieka nad pacjentem ma interdyscyplinarny charakter i eliminuje konieczność wykonywania wielu zabiegów, które zostają zastąpione jednym zabiegiem hybrydowym.

Sala hybrydowa to krótsza hospitalizacja, szybszy powrót do zdrowia oraz ograniczenie bólu i cierpienia pacjentów.

Modernizacja sali operacyjnej na potrzeby Sali Hybrydowej została sfinansowana z budżetu Województwa Warmińsko-Mazurskiego.

Sprzęt do Sali Hybrydowej został zakupiony w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020 realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia.

samodzielne oddychanie noworodka, napomowaliśmy baloniki zamykając tętnice. Dzięki temu ginekolodzy mogli spokojnie kontynuować swój zabieg. Nie mogliśmy wcześniej wypełnić baloników, bo dziecko musiało mieć dostęp do krwi, by oddychać. Potem sprawdziliśmy, czy dochodzi do krwawienia częściowo opróżniając baloniki. Kiedy okazało się, że z jednej strony krew wciąż wychodziła, ponownie go napompowaliśmy, by ginekolodzy mogli ją odpowiednio zaopatrzyć. Po sprawdzeniu, że nie ma krwawienia, usunęliśmy nasze baloniki, po ich uprzednim opróżnieniu. Byliśmy także przygotowani, by następnego dnia dokonać embolizacji w razie potrzeby, której na szczęście nie było.

Zarówno dr Tomasz Waśniewski, jak ja jeździmy na konferencje naukowe w kraju i zagranicą. Już wcześniej mówiłem mu że są takie możliwości, ale trzeba do tego mieć salę hybrydową. Teraz mogło do tego dojść. Idziemy więc za trendami światowymi, wykonujemy zabiegi i podobnym stopniu skomplikowania, jak lekarze w innych krajach europejskich. Z tego co nam wiadomo, to tylko ośrodek we Wrocławiu wykonał podobny zabieg.

Atutem naszego Szpitala jest dysponowanie szerokim zakresem specjalności, dzięki czemu jesteśmy w stanie zaproponować pacjentom leczenie multidyscyplinarne, wielospecjalistyczne. Są bowiem szpitale ginekologiczne, które nie mają radiologii zabiegowej albo placówki radiologii zabiegowej bez oddziału ginekologiczno-położniczego. Dzięki więc temu, że mamy chirurgów naczyniowych, ginekologów i pozostałych specjalistów oraz radiologię zabiegową możemy nadążać za trendami z pożytkiem dla naszych pacjentów.

Rozmawiał Przemysław Prais

Szczęśliwi rodzice Marianny

Z Moniką Łachacz, mamą Marianny rozmawiałem w sali Oddziału Ginekologiczno-Położniczego osiem dni po porodzie. – Czuję się teraz bardzo dobrze – mówiła pani Monika, która dodała, że nie mogła doczekać się porodu. – W szpitalu jestem od 2 stycznia, więc trochę mi się już dłużyło. Na szczęście dzięki profesjonalnej i miłej obsłudze czas minął dość szybko – stwierdziła z uśmiechem.

Obok w łóżeczku spała jej córeczka, a mąż czekał, by mógł w czymś pomóc. – W domu już wszystko gotowe na przyjęcie Marianny – powiedział pan Piotr. – Niespełna dwuletni braciszek także na nią czeka.



Udane połączenie chemioterapii i zabiegu chirurgicznego pozwoliło zachować płodność pacjentki

Rak szyjki macicy w większości przypadków oznacza długie leczenie, zakończone operacją lub radioterapią. To wyklucza możliwość posiadania dzieci. Ginekolodzy ze Szpitala Wojewódzkiego zastosowali pionierską terapię u 28-letniej kobiety, która nie chciała rezygnować z macierzyństwa. Jako pierwsi w kraju wyleczyli nowotwór, zachowując możliwość zajścia w ciążę.

Zespół pod kierunkiem dr Tomasza Waśniewskiego, ordynatora Oddziału Ginekologii Onkologicznej zabieg trachelektomii wykonał 18 lutego br. Wcześniej pani Kinga przeszła chemioterapię pod opieką dr Magdaleny Sikorskiej.

Rozmowa z Magdaleną Sikorską i Tomaszem Waśniewskim

Przemysław Prais: Czym różni się dotychczasowa metoda leczenia raka szyjki macicy od zastosowanej w naszym Szpitalu?

Magdalena Sikorska: Rak szyjki macicy z reguły jest leczony operacyjnie. Jednak w sytuacji, kiedy chcemy zachować płodność pacjentki, zabieg musi być minimalny. Żeby przeprowadzić tego typu operację trzeba zmniejszyć masę guza przez chemioterapię indukcyjną. Nowatorska jest więc cała procedura, a nie chemioterapia sama w sobie.

Tomasz Waśniewski: O tej procedurze ustaliśmy w 2017 r. na jednym z kongresów, gdzie prof. Ignace Vergote [znakomity belgijski ginekolog onkolog z uniwersyteckiego szpitala UZ Leuven – red.], który zajmuje się zachowaniem płodności u pacjentek leczonych onkologicznie, pokazał dane 99 pań, którym zaproponował takie leczenie z bardzo obiecującymi wynikami w zakresie płodności, ale też z wynikami leczenia onkologicznego porównywalnymi z dotychczas stosowaną terapią. Nowatorstwo tego zabiegu polega na jego oszczędzającym charakterze i poprzedzeniu go chemioterapią. Do tej pory wykonywany zabieg zakładał usunięcie narządu rodowego, czyli wycięcie macicy i to najczęściej radykalne. Płodność po takich zabiegach oczywiście już nie istniała.

MS: Najważniejszym założeniem takiego leczenia zachowującego płodność jest to, aby nie zmniejszać szans pacjentki na wyleczenie raka. Zachowanie płodności jest więc naszym celem, ale pod warunkiem zachowania szans na wyleczenie nowotworu, który jest chorobą zasadniczą.

TW: Natomiast, jeżeli w dalszym etapie uda się stworzyć procedurę, która umożliwi zachowanie płodności przy takich samych wynikach leczenia onkologicznego, to można się podjąć

jej wykonania, tak jak zrobiliśmy to my. Wyniki badania prof. Vergote'a były takie same, jednocześnie umożliwiając zachodzenie w ciążę, co pokazał specjalista z Belgii.

MS: Tajemnicą sukcesu jest praca w zespole i leczenie wielodyscyplinarne.

TW: Sukces nie byłby możliwy bez udziału dr Sikorskiej i operatorów.

MS: Proces kwalifikacji zaczyna się u ginekologów, więc musi być najpierw pomysł, żeby była taka pacjentka leczona w sposób zachowujący płodność. Jeżeli bowiem taka możliwość umknie na początku, pacjentka jest operowana radykalnie i traci możliwość zajścia w ciążę.

Od kogo więc w tym przypadku wyszedł pomysł takiego połączenia sił?

TW: Pracujemy w zespole, więc jeśli ktoś wpadnie na określony pomysł, to przychodzi do drugiej osoby i dyskutujemy. To jest obecnie zasadniczy etap leczenia onkologicznego: zespołowość i wspólne podejmowanie decyzji na szczeblu chemioterapeuta-chirurg-radioterapeuta.

MS: Odbywa się to jeszcze przed rozpoczęciem leczenia. Wtedy wszyscy podejmujemy wspólnie decyzję.

TW: Ponieważ byliśmy razem na wykładzie prof. Vergote'a, więc decyzję podjęliśmy praktycznie w tym samym czasie. Pamiętajmy, że jest to wciąż metoda eksperymentalna, która wymaga zgody Komisji Bioetyki przy Okręgowej Radzie Lekarskiej. Szybką zgodę uzyskaliśmy dzięki życzliwości prof. Tomasza Stompóra [ordynator oddziału nefrologicznego w WSS w Olsztynie, prodziekan ds. nauki i współpracy Wydziału Lekarskiego UWM – red.], który przewodniczy temu gremium. Mieliliśmy tylko kilka dni na rozpoczęcie chemioterapii, a prof. Stompór zdążył w tym czasie zorganizować posiedzenie komisji, która zebrała się tylko w naszej sprawie i szybko podjęła decyzję.

MS: Było to dla nas bardzo ważne, bo w rozpoczęciu leczenia onkologicznego czas zawsze odgrywa istotną rolę.

Co działo się dalej?

MS: Pacjentka rozpoczęła chemioterapię, która była podawana 12 razy, co tydzień w ścisłym rytmie, co wymagało także zaangażowania samej pani Kingi, która musiała dojeżdżać z daleka. Wiemy, że nowotwory płaskonabłonkowe szyjki macicy to średnio chemio wrażliwe nowotwory, dlatego warunkiem prowadzenia leczenia było ścisłe monitorowanie. Co cykl pacjentkę badał dr Waśniewski, aby sprawdzić, czy choroba się nie rozwija. Wówczas zmienilibyśmy zasady leczenia i natychmiast skierowalibyśmy pacjentkę na operację. Ścisłe monitorowania jest w takim przypadku niezwykle istotne, by stwierdzić regresję ogniska nowotworowego. Chemioterapia przeszła jednak bez powikłań.

TW: W tym miejscu należy podkreślić, że to na jej zdecydowane żądanie podjęliśmy się eksperymentalnego leczenia z zachowaniem płodności. Pacjentka wcześniej poroniła i właśnie podczas badania przy tej okazji wykryto o niej raka szyjki macicy.

MS: To młoda, zdeterminowana osoba.

TW: Wspomniana regresja ogniska doprowadziła nas do sytuacji, w której zmniejszenie masy guza było na tyle silne, że umożliwiło wdrożenie oszczędzającego leczenia. Sama operacja też była w nowatorska, bo trachelektomię wykonaliśmy w naszym ośrodku po raz pierwszy. Zabieg polega na wycięciu samej szyjki macicy z pozostawieniem trzonu, który następnie przyszywa się do sklepień pochwy, aby umożliwić zajście w ciążę. Zabieg usunął nowotwór.

MS: W przypadkach nowotworów nie możemy nigdy mówić o całkowitym wyleczeniu. Obecnie u pacjentki nie ma choroby nowotworowej. Pozostaje w obserwacji onkologicznej i tak będzie do końca życia.

TW: Teraz czekamy na efekty naszych wysiłków, czyli na informację o zajściu pacjentki w ciążę.

Rozmawiał Przemysław Prais

Neurolog na czele gremium nadzorującego wzajemne oddziaływanie leków

Ryzyko istotnych interakcji wzrasta wraz z ilością stosowanych leków, szczególnie ma to znaczenie u pacjentów geriatrycznych oraz u pacjentów z niewydolnością nerek czy wątroby. Średnio pacjenci przyjmują 5-10 leków, niektórzy więcej. Przyjmowanie więcej niż 8-10 leków wiąże się z wystąpieniem w 100 proc. działań niepożądanych. Dlatego w naszym szpitalu została powołana komisja, która ma zająć się monitorowaniem leczenia, skutecznością terapii oraz wynikającymi z interakcji działaniami niepożądanymi leków – mówi Krzysztof Nosek, lekarz Oddziału Klinicznego Neurologii, przewodniczący Zespołu do spraw kontroli interakcji i działań ubocznych leków.

Zarządzenie o powołaniu takiego gremium wydała 22 stycznia 2019 r. Irena Kierzkowska, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. – Pan doktor Krzysztof Nosek ma wielką wiedzę na temat leków, ich wzajemnego oddziaływania i działań ubocznych. Dlatego był najlepszym kandydatem na szefa Zespołu – mówi.

W skład zespołu wchodzi jeszcze: Ewa Czech-Żbikowska, farmaceuta kliniczny i kierownik Apteki Szpitalnej, hematolog Radostaw Bogucki, kardiolog Ewa Sienkiewicz, Magdalena Sikorska, onkolog chemioterapeuta, Joanna Rutkowska, diabetolog endokrynolog i neurolog Anna Pawlos.

Rozmowa z lek. Krzysztofem Noskiem

Przemysław Prais: Został Pan przewodniczącym powołanego przez Irenę Kierzkowską, dyrektora WSS w Olsztynie Zespołu do spraw kontroli interakcji i działań ubocznych leków. Proszę o opisanie zadań tego Zespołu i Pańskiej w nim roli oraz podać jakich efektów działania tego zespołu się Pan spodziewa?

Krzysztof Nosek: Niekorzystne interakcje lekowe są obecnie, w dobie tak szybko rozwijającej się medycyny, jednymi z najważniejszych problemów współczesnej farmakoterapii. Według danych z literatury ponad 10-15 proc. hospitalizacji wynika albo z działań niepożądanych pojedynczych leków, albo z niekorzystnych interakcji w czasie politerapii. Jak widać jest to więc niezwykle istotny problem, pociągający również za sobą skutki ekonomiczne.

Pomiędzy lekami powstaje sieć złożonych zależności. Leki mogą modyfikować swoje działanie zarówno na poziomie receptora-działając poprzez ten sam receptor, na poziomie enzymów, a także wpływać na każdy etap farmakokinetyki: dystrybucję, metabolizm i wydalanie

leku. Metabolizm leków składa się z II etapów – reakcji fazy I przebiegającej w mechanizmie utleniania, redukcji lub hydrolizy oraz fazy II polegającej na koniugacji leku lub metabolitu z hydrofilną grupą polarną np. z kwasem glukuronowym.



Krzysztof Nosek podczas wykonywania badania USG

Bardzo ważną rolę odgrywają procesy zachodzące przy udziale cytochromu P450. Obecnie znanych jest ponad 40 izoenzymów, z których najważniejsze i najbardziej znane są: CYP1A2, który bierze udział w metabolizmie fluorochinolonów, niektórych leków przeciwdepresyjnych czy neuroleptyków; izoenzym CYP3A4 - metabolizm prawie 20-30 proc. wszystkich leków; CYP2C9- około 20 proc. aktywności- niektóre NLPZ, leki hipoglikemizujące; CYP2C19 - inhibitory pompy protonowej; CYP2D6- m.in. leki opioidowe II szczebla drabiny analgetycznej, morfina; czy też słynny CYP2E1, który bierze udział w metabolizmie paracetamolu. Jest to tylko szczyt wielkiej piramidy lekowej i wzajemnych interakcji. Przypomnę tylko, że aktywność tych enzymów jest uwarunkowana genetycznie, dlatego u każdego z nas występują różnice w szybkości metabolizmu poszczególnych leków.

Osobnym zagadnieniem jest wpływ leków na aktywność poszczególnych izoenzymów. Znane substancje, które pełnią funkcję inhibitorów, inne zaś są induktorami cytochromu. Chciałem tylko w tym miejscu przypomnieć, że inhibitory cytochromu nasilają i wydłużają np. czas analgezji i zwiększają natężenie działań niepożądanych, natomiast induktory cytochromu skracają czas działania leków.

Ryzyko istotnych interakcji wzrasta wraz z ilością stosowanych leków, szczególnie ma to znaczenie u pacjentów geriatrycznych oraz u pacjentów z niewydolnością nerek czy wątroby. Średnio pacjenci przyjmują 5-10 leków, niektórzy więcej. Przyjmowanie więcej niż 8-10 leków

wiąże się z wystąpieniem w 100 proc. działań niepożądanych.

Dlatego w naszym szpitalu została powołana komisja, która ma zająć się monitorowaniem leczenia, skutecznością terapii oraz wynikającymi z interakcji działaniami niepożądanymi leków.

Do zadań Zespołu Kontroli Interakcji Lekowej należeć będzie: kreowanie bezpiecznej farmakoterapii, ocena zasadności stosowania połączeń lekowych, ograniczenie polipragmazji, ocena występowania działań niepożądanych leków i próba ich ograniczenia, a wreszcie szkolenie personelu medycznego w zakresie interakcji i działań niepożądanych stosowanych leków.

Proszę opowiedzieć o sobie: jak długo pracuje Pan w Szpitalu Wojewódzkim, na czym polega Pańska praca w Oddziale Neurologicznym i poradni? Skąd się wzięło Pańskie zainteresowanie problematyką interakcji i działań ubocznych leków, jakie odbył Pan szkolenia w tym kierunku, jak to wpływa na Pana pracę i jej wyniki?

W Oddziale Neurologii jak również w Poradni Neurologicznej przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym pracuję od 2009 r. Wcześniej pracowałem w Tarnowie (moim mieście

rodzinnym), a następnie w Oddziale Neurologicznym w Biskupcu, gdzie przez kilka lat miałem przyjemność być koordynatorem. Praca w Oddziale Neurologii jest na pewno dużym wyzwaniem dla każdego lekarza, bez względu na staż pracy i doświadczenie. Neurologia, jako niezależna specjalizacja oraz semiologia neurologiczna zaczęła rozwijać się dopiero pod koniec XIX wieku. Jak wiemy wyodrębniła się ona z interny. Przez wiele lat poznawano funkcję i budowę mózgu, a początki tej wiedzy sięgają starożytnego Egiptu.

Neurolog nie tylko powinien znać doskonale budowę i fizjologię centralnego układu nerwowego, ale mieć także szeroką wiedzę dotyczącą chorób internistycznych. Przecież tak naprawdę np. udar mózgu w wielu przypadkach jest konsekwencją schorzeń ogólnoustrojowych i to właśnie ich leczenie stanowi podstawę profilaktyki wtórnej. Pacjenci hospitalizowani w Oddziale Neurologii to w wielu przypadkach pacjenci geriatryczni z bagażem licznych schorzeń, z garścią tabletek przyjmowanych codziennie.

Liczne działania niepożądane leków, z którymi spotkałem się w swojej praktyce, szczególnie w hospicjum, brak efektów leczenia wynikający z przeciwnego działania stosowanych leków spowodowały, że moje zainteresowanie skierowało się ku farmakologii i interakcjom lekowym.

Ale neurologia, która zawsze pozostanie najbliższa memu sercu, to także wielka grupa schorzeń nerwowo-mięśniowych, demielinizacyjnych, zaburzeń napadowych i zwyrodnieniowych CUN. Każda z tych dziedzin jest olbrzymią i wymaga wnikliwej wiedzy i codziennego dokształcania się.

W 2001 roku za namową mojego kolegi, kardiologa, wziętem po raz pierwszy do ręki głowicę ultrasonograficzną i zapatałem młotem do USG. Jest to metoda bardzo tania, szybka i szeroko dostępna. Od wielu lat wykonuję badania USG Doppler tętnic domózgowych oraz badania TCCD i TCD. Badania przezczaszkowe stanowią znaczący postęp w diagnostyce neurologicznej. Są one niezbędne w diagnostyce przyczyn udarów mózgu, monitorowaniu skurczu naczyniowego, umożliwiają ocenę przebiegu naczyń na podstawie mózgu, ocenę struktur miąższowych - szczególnie pnia mózgu-m.in. predyspozycja do wystąpienia choroby Parkinsona. Ich dużą zaletą jest nieinwazyjność, niski koszt, powtarzalność- można je wykonywać kilka razy dziennie. Obecnie nie ma na świecie Oddziału Udarowego bez badania USG naczyń domózgowych i wewnątrzczaszkowych.

Jakie są pańskie inne zainteresowania zawodowe?

Jedną z dziedzin, którą szczególnie zajmuję się jest leczenie bólu - dokładnie to farmakoterapia

bólu. Związane jest to poniekąd z moją drugą specjalizacją z medycyny paliatywnej. Ból przewlekły, czyli taki, który utrzymuje się powyżej 3 miesięcy występuje u około 20 proc. pacjentów na świecie, u 30-50 proc. chorych poddawanych terapii onkologicznej i u ok. 70-90 proc. pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową. Proszę zobaczyć, jaka duża jest skala tego problemu. W momencie, kiedy przekraczamy granicę 3 miesięcy, ból staje się schorzeniem samym w sobie, nie jest już tylko objawem. Dochodzi wówczas do zmian na poziomie centralnego układu nerwowego, do tzw. sensytyzacji obwodowej i ośrodkowej i wówczas stajemy przed bardzo trudnym zadaniem.

Od około 2 lat staram się dokształcać i wykonywać badania USG nerwów i struktur mięśniowo-powięziowych. Znaczenie ultrasonografii w diagnostyce chorób obwodowego układu nerwowego znacznie wzrosło na przestrzeni ostatnich lat. USG Doppler nerwów obwodowych pozwala na ocenę pola przekroju nerwu, prześledzenie zmienności anatomicznych, ocenę unaczynienia, echogeniczności oraz elastyczności danego nerwu. Są to informacje uzupełniające wyniki badania elektrofizjologicznego. Najczęstsze w praktyce klinicznej zastosowanie ultrasonografii w chorobach obwodowego układu nerwowego to zespół cieśni nadgarstka oraz zespół kanału nerwu tokiowego. Możliwe jest jednak również zastosowanie ultrasonografii, jako alternatywnego, bądź uzupełniającego narzędzia do oceny polineuropatii cukrzycowej. Osobne zagadnienie stanowi obraz USG nerwów obwodowych w neuropatiach zapalnych. Przy pomocy USG można wykonywać blokady w miejscach gdzie blokada „na ślepo” byłaby bardzo niebezpieczna.

Proszę na koniec opowiedzieć o swoich pasjach pozamedycznych.

Oczywiście medycyna to nie wszystko. W chwilach wolnych relaks odnajduję w muzyce, zarówno grając na instrumentach (ukończyłem szkołę muzyczną w klasie akordeonu) jak również słuchając jej. Jeszcze w szkole podstawowej powiedzmy „zawodowo” grałem w szachy w klubie szachowym. Do dzisiaj jest to chyba jedyny moment, podczas partii szachów, kiedy potrafię na chwilę usiedzieć na miejscu.....no może nie jedyny, gdyż od dzieciństwa interesuję się akwarystyką. Obecnie mam akwarium z rybami z jeziora Tanganika. Czasami naprawdę warto popatrzeć na ich harce, zaloty.

Na końcu chciałbym bardzo zachęcić do spojrzenia krytycznym wzrokiem w nasze zlecenia i oczywiście w razie jakichkolwiek wątpliwości czy niepowodzenia terapii zastanowić się czy nie wynikają one z polipragmatyzmu, a w przypadku pytań służę pomocą.

Rozmawiał Przemysław Prais

Sprawniejszy system przyjęć pacjentów

Od piątku 22 lutego br. w Planowej Izbie Przyjęć pacjenci ze skierowaniem do oddziałów Wojewódzkiego Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie skorzystają z systemu kolejkowego, który uporządkował i ułatwił ich przyjęcie do szpitala.

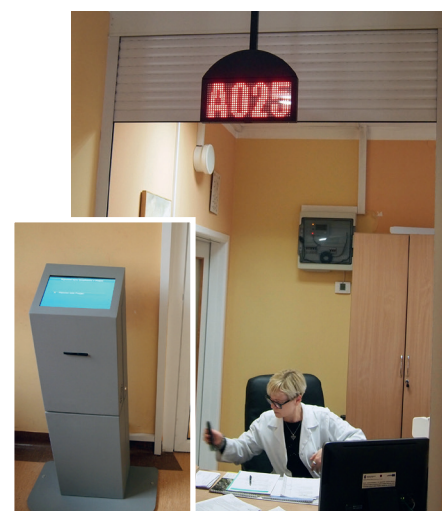
Zasada działania systemu jest prosta i znana m.in. pacjentom korzystających z usług Medycznego Laboratorium Diagnostycznego. Osoby przychodzące do izby przyjęć w automacie stojącym na prawo od wejścia korzystają z ekranu dotykowego. Po chwili wydaje on bilet z numerem.

Kiedy nadchodzi kolej na danego pacjenta numer wyświetla się nad właściwym stanowiskiem, gdzie czeka rejestratorka, która także prosi taką osobę do siebie. Kolejność przyjmowania nie poszczególnych pacjentów można śledzić na ekranie umieszczonym na bocznej ścianie pomieszczenia.

– System uporządkował sytuację w Izbie Przyjęć – mówi rejestratorka medyczna Monika Lawręc.
– Pacjenci spokojnie czekają na swoją kolej, nie tłocząc się przed naszymi stanowiskami, jak bywało przedtem. Dzięki zaś temu, że możemy sterować częstotliwością podchodzenia pacjentów, mamy możliwość wpisania pilnych informacji, z którymi dzwonią do nas ze szpitalnych oddziałów. Można więc powiedzieć, że po wprowadzeniu systemu kolejkowego pracuje nam się lepiej, a i pacjenci z większym spokojem oczekują na przyjęcie do Szpitala. Monika Lawręc dodaje, że dziennie przez Planową Izbę Przyjęć przewijają się średnio 70-80 pacjentów.

Podobny system od początku lutego w rejestracji do Poradni Specjalistycznych działających w Szpitalu Wojewódzkim.

Przemysław Prais



„Strzał w 10” w Szpitalu Wojewódzkim

Przypadający 21 marca Światowy Dzień Zespołu Downa był okazją do wizyty w Szpitalu przedstawicieli olsztyńskiego Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Osób z Zespołem Downa „Strzał w 10”.

Tego dnia Szpital odwiedziło prawie 30 gości - osoby z zespołem Downa wraz z opiekunami. W wiosennie udekorowanej przez pracowników Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia (Beatę Wachowicz, Dorotę Dejnak, Marlenę Wiśką, Beatę Delę i Łukasza Łucewicza z pomocą niżej podpisanego) sali konferencyjnej, przy stole zastawionym słodyczkami i sokami (o ich dostarczeniu zatroszczył się również dział zamówień) spotkała się z nimi Irena Kierzkowska, dyrektor WSS w Olsztynie oraz dr Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, który współpracuje ze „Strzałem w 10”. Na krótko, ze względu na obowiązki, przyszła także dr Janina Lipińska, zastępca ordynatora.

Spotkanie rozpoczęło się od powitania gości przez panią dyrektor. – Bardzo się cieszę, że mogę podejmować tak miłych gości – stwierdziła.

Szefująca stowarzyszeniu Ewa Kowczanow-Luto podarowała pani dyrektor kolorowe skarpetki, które symbolizują święto osób z zespołem Downa. Irena Kierzkowska zrewanżowała się anatomicznym modelem szkieletu człowieka, który wzbogaci wyposażenie szkoły prowadzonej przez „Strzał w 10”. Szkielet, który na wniosek dr Tomasza Waśniewskiego, ordynatora Oddziału

Ginekologiczno-Położniczego, współpracującego ze stowarzyszeniem otrzymał imię „Kostek”, wzbudził duże zainteresowanie gości. Przy współudziale ordynatora został złożony i zaprezentował się w pełnej krasie.

Ewa Kowczanow-Luto przeprowadziła internetową relację na żywo z udziałem dyrektor Kierzkowskiej i dr. Waśniewskiego. Spotkanie zakończyło wspólne zdjęcie wszystkich uczestników spotkania. – Bardzo dziękujemy za odwiedzin i zapraszamy za rok – powiedziała pani dyrektor. – Mam też nadzieję, że nasza współpraca będzie się rozwijać.

Na tę deklarację odpowiedziała Ewa Kowczanow-Luto. – Liczymy, że Szpital Wojewódzki stanie się jednym z zaprzyjaźnionych z nami ośrodków – stwierdziła.

Rozmowa z Ewą Kowczanow-Luto, prezesem Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Osób z Zespołem Downa w Olsztynie

Przemysław Prais: Kiedy powstało stowarzyszenie „Strzał w 10”, kto je stworzył i w jakim celu?

Ewa Kowczanow-Luto: Stowarzyszenie powstało w 2006 roku, zostało założone przez trzy mamy, które mają dzieci z zespołem Downa, w celu wspomaganie i rehabilitacji dzieci, oraz wzajemnego wspierania się rodziców.

Jakie są najważniejsze aspekty działalności Stowarzyszenia?

Stowarzyszenie przede wszystkim skupia się na pomocy i aktywizacji osób z zespołem Downa, wspieraniu rodziców. Pozyskuje środki na rehabilitację piszą projekty, z 1 proc. z podatku i darczyńców. Dajemy dzieciom rehabilitację w szerokim zakresie: logopedia, fizjoterapia, masaż, dogoterapia, hipoterapia, integracja sensoryczna, psycholog, terapia zgodna z zasadami metody krakowskiej, rehabilitacja na basenie.

Poza tym organizujemy imprezy uświadamiające społeczeństwo, wyjazdy usamodzielniające młodzież itp.

Kto działa w Stowarzyszeniu?

Stowarzyszenie zrzesza około 50 rodzin, działają w ramach wolontariatu rodzice dzieci z zespołem downa, przede wszystkim mamy, które





Ewą Kowerzanow-Luto

Dzień 21 marca został ustanowiony jako Światowy Dzień Zespołu Downa z inicjatywy Europejskiego Stowarzyszenia Zespołu Downa w 2005 r. Od 2012 r. organizowany jest pod patronatem Organizacji Narodów Zjednoczonych. To nie przypadek, że wybrano taką właśnie datę – liczba 21 oznacza, że w 21. chromosomie osoby z zespołem Downa zamiast dwóch, mają trzy chromosomy. Kolorowe skarpetki nie do pary to symbol niedopasowania społecznego i genotypowego, z jakimi borykają się osoby z zespołem Downa. Kolory tych skarpetek pokazują natomiast, że mimo różnic są radosnymi i pełnymi życia ludźmi.

– Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób z Zespołem Downa „Straż w 10” w Olsztynie co roku włącza się w obchody tego święta, organizując różne uroczystości, mające przybliżyć społeczeństwu świat dzieci i osób dorosłych z zespołem Downa. Stowarzyszenie chce również pokazać, z jakimi problemami borykają się na co dzień ich rodziny – mówi Ewa Kowerzanow-Luto.

są w Zarządzie Stowarzyszenia. Pozostali rodzice pomagają w miarę swoich możliwości.

Proszę opowiedzieć o działalności szkoły i przedszkola prowadzonego przez stowarzyszenie.

Przedszkole powstało w 2013 roku, jest to jednostka integracyjna, grupa różnowiekowa. Przedszkole położone wokół lasów, pól, zielenie, uczące dzieci zrozumienia drugie człowieka, zrozumienia jego potrzeb, otwartości oraz wzajemnej pomocy.

Szkoła powstała w 2015 roku jako wyraz włączania osoby z zespołem Downa do życia w społeczeństwie, nie dzielenia na dzieci lepsze i gorsze, na dzieci niepełnosprawne i pełnosprawne. Poprzez szkołę aktywizujemy nasze dzieciaki, uczymy ich życia w naszym społeczeństwie, wzajemnej symbiozy. Szkoła na chwilę obecną ma 4 klasy: I, II, III i IV. Realizuje podstawę programową, oprócz dzieci z zespołem Downa są też dzieci ze spektrum autyzmu i zespołu Aspergera. Dzieciaki mają zajęcia piłkarskie z szalonym trenerem Adamem, zajęcia z hip-hop oraz zajęcia z robotyki.

Placówki realizują podstawę programową oraz zalecenia wynikające z orzeczeń o kształceniu specjalnym. Jeżeli jest potrzeba wspomagania dziecka, które nie ma orzeczenia, placówka też pomaga dziecku. Naszą misją jest podmiotowość, nie przedmiotowość. Do każdego dziecka podchodzimy indywidualnie, gdyż zależy nam na wydobywaniu z dzieci ich mocnych stron.

Placówka ma przyjazny charakter z bardzo rodzinną atmosferą, zależało nam na tym, żeby dzieci czuły się jak u siebie w domu. Dlatego cieszy nas, gdy nie chcą wracać do domu, bo mówią, że tu jest tak ciepło i miło.

Proszę opowiedzieć o ostatnich działaniach i planach na najbliższą przyszłość.

Stowarzyszenie w przeciągu ostatnich 5 lat utworzyło przedszkole, szkołę. Od kilku lat z sukcesami realizuje zadania w ramach środków dotacyjnych udostępnionych przez PFRON. Prowadzimy też punkt konsultacyjny, w ramach którego rodzice nowo narodzonych dzieci otrzymują pomoc specjalistów od logopedii, integracji sensorycznej, fizjoterapii i psychologa.

Stowarzyszenie jest organem, który zrzesza rodziców dzieci z zespołem Downa, pokazuje co można wypracować z dzieckiem, wspiera rodziców w zakresie medycznym i informacyjnym. Dla najmłodszych prowadzi Klub malucha. Są to cykliczne spotkania rodziców dzieci do 5 roku życia. Rodzice wymieniają się tam doświadczeniami i spędzają wspólnie czas.

Plany... Utworzenie spółdzielni socjalnej, w której będą mogły pracować osoby niepełnosprawne, kierunek jest jeszcze bliżej nieokreślony. Stworzenie pracowni aktywizacyjnych, pośrednictwo pracy osoby niepełnosprawnej oraz mieszkania dla osób niepełnosprawnych. Planów jest dużo proszę trzymać kciuki za ich realizację.

Atrakcje na Dzień Kobiet dla pacjentek Oddziału Ginekologii Onkologicznej

To świetny pomysł i cieszymy się, że możemy w nim uczestniczyć – mówiły zgodnie pacjentki podczas zajęć zorganizowanych w piątek 8 marca w pomieszczeniach oddziału przez Joannę Roszak, psychologa zajmującego się pacjentkami przechodzącymi chemioterapię, Małgorzatą Drężek-Skrzeszewską, położną oddziałową, dr Magdaleną Sikorską, kierującą ośrodkiem chemioterapii oraz Ewą Doroszkiewicz, pielęgniarką oddziałową Oddziału Chirurgicznego.

A atrakcji nie brakowało i było ich znacznie więcej, niż przed rokiem, kiedy panie mogły

skorzystać z usług wizażystki Eweliny Sliz ze Studia Wizuel, specjalistki od makijażu zwykłego i permanentnego oraz jej dwóch koleżanek. Tym razem zaprosiła koleżanki zajmujące się innymi aspektami dbania o urodę. Jedną z nich była Marzena Kachniarz prowadząca Studium Hair Designe wyjaśniała tajniki doboru peruk i zasady ich użytkowania, a także doradzała jak dbać o włosy. – Do szpitala przyprowadziła nas Ewelina, a ja chętnie przystałam na jej propozycję – mówi właścicielka studium mieszczącego się przy ul. Wyzwolenia 9.10. – Lubię pomagać, a niektóre panie potrzebujące fachowej porady

z różnych względów obawiają się same przyjąć. A my doradzamy w doborze koloru i długości peruki, a także jak pielęgnować skórę głowy i włosy, także kiedy zaczynają odrastać. Swoje studio prowadzi od czterech lat, a z Ewelina współpracuję przy makijażu.

O tym, że dobór odpowiednich peruk stanowi dla wielu pacjentek duży problem doskonale wie Ewa Doroszkiewicz, która opiekuje się kobietami po mastektomii, również poddawany mi chemioterapii. – Wszystkie chcą zachować kobiecość, niezależnie od wieku – podkreśla



pielęgniarka oddziałowa Oddziału Chirurgicznego. – Z Marzeną współpracujemy od dawna, prowadzimy salon kosmetyczny przy ul. Piotrowskiego na Jarotach, gdzie oferujemy zabiegi upiększające i liftingujące – mówi Ewelina Sliz. – Lubię wspierać innych, a szczególnie kobiety przechodzące tak trudną drogę, jak pacjentki, które obstużujemy dzisiaj.

Pacjentki chętnie korzystały z masażu dłoni wykonywanego przez Annę Choińską, właścicielki „Naturalny skład”, działającego przy al. Warszawskiej 61. – Prowadzę sklep z naturalnymi kosmetykami dla kobiet, dla dzieci, dla mężczyzn do pielęgnacji brody oraz kosmetyki do makijażu – mówi pani Ania. – Oferujemy także masaż dłoni, który bardzo dobrze odpręża całe ciało.

Efekty takiego masażu potwierdza jedna z pacjentek, która poddała się takiemu zabiegowi w Dniu Kobiet. – To coś niesamowitego, czuję się tak zrelaksowana, że za chwilę zasnę – mówi Maria Żetobowska.

Z kolei na stoisku przygotowanym w pokoju socjalnym przez Kasię Ludwiszewską ze studia BRA przy ul. Mazurskiej 15, pacjentki mogły się dowiedzieć jak dobrać najlepszy dla nich biustonosz, a także obejrzeć je i przymierzyć. – Dobrze dobrany biustonosz zapobiega licznym dolegliwościom, np. bólowi w karku, czy kręgosłupie. Stanik w ogóle jest bardzo ważny, bo ma nosić ciężar biustu, a nie tylko go ekspozować. Przy dużym biuście zmienia się środek ciężkości, który nieprawidłowo zabezpieczony może być przyczyną także migreny – stwierdziła Kasia Ludwiszewska, która mówi o sobie, że jest brafitterką. – To osoba potrafiąca dobrać właściwy fason i rozmiar biustonosza. W przypadku Amazonek, czyli pań po amputacji piersi musimy to zrobić w ten sposób, aby można było w miseczce na tyle wygodnie włożyć protezę, by biustonosz nie uwierał blizn pooperacyjnych.

Oddział Ginekologii Onkologicznej 8 marca odwiedziła Irena Kierzkowska, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, która wraz z Sylwią Jaskulską z zarządu województwa warmińsko-mazurskiego wręczyły pacjentkom upominki od regionalnego samorządu. Obu paniom towarzyszył dr Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Ginekologii Onkologicznej. – To bardzo potrzebna inicjatywa, szczególnie w Dzień Kobiet, kiedy można wyjść naprzeciw potrzebom pań potrzebujących wsparcia w walce z chorobą – powiedziała pani dyrektor. – Chciałabym też serdecznie podziękować paniom z salonów kosmetycznych i sklepów, które znalazły czas, by przyjść do szpitala i pomóc naszym pacjentkom.

– To święto, kiedy mówimy o kobietach, które okazują sobie solidarność i wspierają się – dodała Sylwia Jaskulska. – Panie potrzebują też bezpieczeństwa, których oczekują również od swoich partnerów.

O tym, że takie wydarzenia są ważne dla pacjentek jest także przekonana Joanna Roszak, psycholog zajmujący się pacjentkami przechodzącymi chemioterapię, która przygotowała akcję wspólnie z Małgorzatą Dręzek-Skrzeszewską, położną oddziałową Oddziału Ginekologii Onkologicznej, dr Magdaleną Sikorską, kierującą ośrodkiem chemioterapii oraz Ewą Doroszkiewicz, pielęgniarką oddziałową Oddziału Chirurgicznego. – Choroba uderza w różne aspekty życia naszych pacjentek, a my chcemy zadbać, aby poczuły, że nasza opieka jest szeroka na tyle, na ile to tylko możliwe – podkreśliła Joanna Roszak. – Trzeba też przypominać, że choroba to jeszcze nie koniec życia i należy żyć dalej, a my staramy się, by przebiegało ono możliwie komfortowo. Bardzo chcemy, żeby takie

przedsięwzięcia jak dzisiejsze weszły na stałe w życie naszego oddziału.

Jak pisaliśmy w poprzednim numerze Pulsu Szpitala organizatorki Dnia Kobiet z Oddziału Ginekologii Onkologicznej starają się także przy innych okazjach uprzyjemnić pobyt swoich pacjentek – w ramach Akcji Święty Mikołaj przedstawiciele Ogólnopolskiej Organizacji Kwiat Kobiecości, pomagającej kobietom zmagającym się z rakiem narządów rodnych, odwiedzili je 6 grudnia 2018 r., by wręczyć upominki oraz życzyć szybkiej poprawy zdrowia. Pacjentki serdecznie dziękowały za podarunki i życzenia. Same także życzyły obdarowującym wszystkiego najlepszego.

Przemysław Prais

Rak piersi podczas ciąży to nie wyrok

Tak uważa Karolina Olejnik, która dowiedziała się, że zostanie mamą, a wkrótce potem zdiagnozowano u niej nowotwór piersi. – Robimy wszystko, by na świat przyszło zdrowe dziecko – mówi dr Magdalena Martynowska z ośrodka chemioterapii Oddziału Ginekologii Onkologicznej, gdzie leczy się pacjentka.

Lekarka dodaje, że wszystko zmierza w pożądanym kierunku, a pani Karolina dobrze znosi przyjmowanie leków.

▮ Rozmowa z Karoliną Olejnik

Przemysław Prais: Proszę powiedzieć jak trafiła pani do Szpitala Wojewódzkiego na leczenie.

Karolina Olejnik: Pierwszą dawkę leków przyjął 22 stycznia tego roku. Wszystko jednak zaczęło się wcześniej od diagnozy w olsztyńskim Szpitalu MSWiA, gdzie otrzymałam wynik badania, z którego wynikało, że mam nowotwór złośliwy lewej piersi. A już wcześniej badanie USG wykazało, że jestem w ciąży. Badam się regularnie, bo moja mama miała nowotwór.

Co się dzieje dalej?

Zostałam skierowana do Centrum Onkologii w Warszawie, gdzie w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej trafiłam do pan dr Agnieszki Jagiello-Gruszczyńskiej. Dowiedziałam się od niej, że 12 tygodnia ciąży jest możliwa chemioterapia, a pani doktor poleciła mi kontakt z dr Dorotą Bartoś-Zdrojewską, która pracuje w Szpitalu Wojewódzkim w Oddziale Ginekologii Onkologicznej i Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, świetnie znającą się z dr Magdaleną Sikorską, która kieruje ośrodkiem chemioterapii w tym oddziale. Dr Sikorska przyjęła mnie na leczenie, dzięki



czemu nie muszę jeździć do Warszawy. Takie podróże byłyby bardzo uciążliwe – ktoś musiałby mi towarzyszyć, a na dodatek byłabym zmuszona szukać opiekunki dla mojego 4-letniego synka Rysia. A wizyty w szpitalu są częste – program leczenia przewiduje cztery cykle co dwa tygodnie, a potem jeszcze 12 w odstępach tygodniowych.

Jak wygląda pani dzień podczas przyjmowania leków?

Przychodzę rano na pobranie krwi, by wykonać niezbędne badania. Później około godz. 14 otrzymuję kroplówkę. Jestem bardzo zadowolona z pobytu w Szpitalu Wojewódzkim. Lekarze powtarzają, że trzeba leczyć mój nowotwór, a ja im wierzę, bo to świetni specjaliści. Podobnie jak pielęgniarki i inni pracownicy są bardzo mili, a co równie ważne bardzo profesjonalni.

Rozmawiał Przemysław Prais

Szpitalna apteka była moim drugim domem

Dziękuję wszystkim współpracownikom za wspólne lata pracy. Dziś z perspektywy 42 lat spędzonych w Szpitalu mogę śmiało powiedzieć, że to był mój drugi dom – mówi Wanda Długi, wieloletnia kierowniczka Apteki Szpitalnej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

Po wielu latach wyętej pracy przyszedł wreszcie czas na emeryturę i zastąpiony wypoczynkiem.

Rozmowa z Wandą Długi

Przemysław Prais: Proszę powiedzieć jak długo pracowała Pani w Szpitalu Wojewódzkim i na jakich stanowiskach?

Wanda Długi: W Szpitalu Wojewódzkim pracuję właściwie od zawsze. Wiele osób dziwi się, że to możliwe. Jestem typowym „szpitalnikiem”, tak się o nas mówi w żargonie farmaceutycznym. Odbываяc staż w aptece otwartej nr 41 na ul. Dąbrowszczaków nabrałam przekonania, że niezbyt dobrze się w niej odnajduję.

Za namową koleżanek pracujących wówczas w naszej aptece, a tam dorabiających, zmieniłam miejsce pracy i tak już pozostało. Nigdy też nie żałowałam podjętej wówczas decyzji.

Do pracy w roku 1977 przyjmował mnie ówczesny dyrektor, pan prof. Stefan Bołoczko i kierownik apteki mgr farm. Zofia Stopa. Przeszłam przez wszystkie szczeble kariery zawodowej poczynając od stanowiska młodszego asystenta,

asystenta, gdy w 1983 r. zdobyłam specjalizację I stopnia z farmacji aptecznej.

W 1990 r. pani mgr farm. Teresa Benedyktowicz powołała mnie na stanowisko swojego zastępcy a po upływie 6 miesięcy, gdy zrezygnowała z pracy w szpitalu, zostałam wrzucona na „głęboką wodę”, obejmując stanowisko kierownika apteki decyzją dyrektora dr Jana Forfy z dnia 01.04.1991. Bynajmniej nie był to żart z okazji Prima Aprilis.

Ogółem przepracowałam w szpitalu 42 lata, z czego 25 lat na stanowisku kierowniczym. To tutaj uczyłam się nie tylko „mnóstwa mądrości” (jak pisał Tuwim), ale również nabywałam umiejętności, które umożliwiają funkcjonowanie w tak dużym zespole pracowników, jakim jest szpital.

Przez ostatnie 2,5 roku dzięki propozycji pani dyrektor Ireny Kierzkowskiej miałam możliwość kontynuacji pracy na zupełnie nowym stanowisku pracy stworzonym w aptece, a dotyczącym programów lekowych. To było kolejne wyzwanie i pionierska praca. W Olsztynie jesteśmy jedyną apteką, która świadczy tego rodzaju usługę farmaceutyczną. Mam nadzieję, że udało mi się uporządkować ten obszar bardzo kosztownych leków.

Przez jedną kadencję od 2007 r. byłam konsultantem wojewódzkim w dziedzinie farmacji szpitalnej. Niestety musiałam zrezygnować z tej funkcji, ponieważ ogrom obowiązków związanych z przejmowanym wówczas przez aptekę magazynu wyrobów medycznych nie pozwolił

mi na rzetelne wypełnianie obowiązków konsultanta.

Objęcie stanowiska kierownika było dla mnie wyróżnieniem, ale i wyzwaniem, ponieważ wówczas w strukturze apteki funkcjonowała Pracownia płynów infuzyjnych będąca dla części personelu jedynym miejscem zatrudnienia. Były więc jakby dwa zakłady pracy w jednym. Biorąc pod uwagę fakt, że codziennie produkowaliśmy około 1000 flakonów płynów przy użyciu bardzo awaryjnej aparatury, kłopoty techniczne były codziennością.

Czym się różni praca w szpitalnej aptece od pracy w otwartej?

Na ogół praca farmaceuty jest kojarzona z apteką otwartą, z którą wszyscy się stykają w życiu codziennym. Apteki otwarte i zamknięte (szpitalne), to dwa odrębne światy, których nie sposób porównać.

Ponieważ moja wiedza na temat szczegółów pracy w aptece otwartej jest ograniczona, nie jestem w stanie pokusić się o porównanie. Apteka szpitalna natomiast jest powszechnie kojarzona z magazynem leków, a głównym zadaniem, jakie stoi przed farmaceutami jest zaopatrzenie szpitala w leki po możliwie najniższych cenach. Tymczasem rola apteki i pracujących w niej farmaceutów jest znacznie szersza. Niewiele osób zdaje sobie sprawę jak wiele się zmieniło na przestrzeni ostatnich lat. Jesteśmy nieliczną grupą zawodową w szpitalu a zadań do wykonania jest coraz więcej.



1978 r. Pierwsza z lewej Zofia Stopa, kierownik Apteki, którą przyjmowała Wandę Długi do pracy



Wanda Długi podczas produkcji płynów infuzyjnych, około 1980 r.



Przejęcie stanowiska kierownika Apteki 1 kwietnia 1991 r. przez Wandę Długi (w środku), od mgr Teresa Benedyktowych (po jej lewej stronie)



Styczeń 2002 r. z Lidią Nowicką, fasowaczką (dzieli na mniejsze porcje specyfików)



Pomieszczenie galenowe (miejsce, gdzie przygotowywano leki pod różną postacią)



Pracownia żywienia pozajelitowego przed modernizacją

Zmienia się rola farmaceuty, w której tradycyjne przygotowanie leków i ich dyspensowanie zastępowane jest stopniowo usługami o charakterze klinicznym.

Coraz wyższe wymagania stawiane postaci leku recepturowego wymagają zastosowania nowych urządzeń, które poprawiają jego jakość, przedłużają trwałość dając w efekcie wymierną korzyść finansową.

Dzięki wsparciu dyrekcji Szpitala apteka została wyposażona w nowoczesny sprzęt. Powstały też dwie pracownie, w których sporządza się mieszaniny do żywienia pozajelitowego i leki cytostatyczne w indywidualnych dawkach dla pacjenta.

Żyjemy w czasach, w których wszystko coraz dokładniej zamyka się w cyfrach, przelicza na wymierne korzyści ekonomiczne. Codziennie wybieramy między tym, co tańsze, droższe, opłacalne i przynoszące straty. Apteka pełni funkcję koordynatora czuwającego z jednej strony nad zapewnieniem niezbędnych leków i wyrobów medycznych, a z drugiej stoi na straży finansów szpitalnych, tak, aby każda wydana złotówka była dobrze zagospodarowana.

Poza tym, kto dopilnuje, aby pacjent nie otrzymał leków wstrzymanych w obrocie, wycofanych, przeterminowanych? Kto będzie monitorował działania niepożądane, weźmie odpowiedzialność materialną za zakupione leki? Kto wreszcie przygotuje SIWZ?

Tym wszystkim i wieloma innymi czynnościami zajmują się farmaceuci świadcząc swoje usługi. Żeby tym i innym zadaniom sprostać, apteka musi dysponować fachowym personelem zaangażowanym w swój zawód, ciągle podnoszącym swoje kwalifikacje.

W naszym przypadku tak się dzieje. Wszyscy kształcą się ustawicznie, zdobywają specjalizacje np. z farmacji szpitalnej, farmacji klinicznej.

Ze zmian, które są wprowadzane do ustawy Prawo Farmaceutyczne wynika, że fachowy personel do aptek szpitalnych będzie pilnie poszukiwany. Teraz jak nigdy wcześniej, Ministerstwo Zdrowia zrozumiało jak ważną rolę może pełnić farmaceuta w szpitalu, ile może dobrego zrobić. Dlatego czekamy na ustawę o zawodzie farmaceuty, która jest w trakcie pisania.

Jakie będą Pani wspomnienia z tak wielu lat pracy?

Przez dziesiątki lat, które spędziłam w szpitalu, zmieniło się wszystko wokół, podobnie zresztą jak ja sama. W aptece chyba największe zmiany nastąpiły w asortymencie i sposobie wytwarzania leków recepturowych. W zapomnienie odeszły hektolitry płynów dezynfekujących codziennie opuszczających tzw. mokrą łożę, tysiące proszków poczwórnych (przeciwbólowych),

bez których, jak to wówczas mówiliśmy, szpital nie mógłby istnieć.

Mikstury przeciwkaszlowe, uspokajające, poprawiające apetyt podobnie jak ręcznie wytaczane globulki, czopki, pręciki dla noworodków i pigułki zostały zastąpione lekami produkowanymi na skalę przemysłową.

Wspomnę jeszcze o płynach infuzyjnych, które sami produkowaliśmy na potrzeby naszego szpitala i niemal wszystkich innych z terenu województwa.

W 2001 r. apteka została przeniesiona z budynku głównego do obecnych pomieszczeń, co umożliwiło powstanie specjalistycznych pracowni leków.

Działo się bardzo dużo, odbywały się między innymi egzaminy specjalizacyjne na I stopień z farmacji aptecznej. Apteka była pierwszą komórką, od której rozpoczęła się komputeryzacja. To było ciężkie doświadczenie, ponieważ miałyśmy do dyspozycji tylko jedno stanowisko, w co dzisiaj trudno uwierzyć. Często więc kończyłam pracę przed północą budząc portiera z prośbą o otwarcie drzwi, żeby móc się wydostać z budynku.

Generalnie jednak towarzyszą mi bardzo dobre wspomnienia. Miałam wokół życzliwych ludzi, wspierającą dyrekcję, stały, wspaniały personel w aptece. Wszyscy z determinacją podejmowali wyzwania, za co jestem im ogromnie wdzięczna.

Z większością personelu pracowałam jako kierownik „od zawsze”. Jeśli ktoś odchodził to na emeryturę. Do dziś pracują trzy osoby. Dlatego tak trudnym momentem dla całego zespołu było pożegnanie koleżanki – Marysi, która odeszła po ciężkiej chorobie.

Moja praca dawała mi naprawdę dużą satysfakcję. Jestem wdzięczna, że dyrekcja i grono ordynatorskie wykazało dla mnie dużą życzliwość i zrozumienie podobnie zresztą jak wszystkie panie oddziałowe.

Niezwykle miło wspominam wszystkie szkoleniowo-integracyjne spotkania pracowników. W 2003 r. zostałam odznaczona Srebrnym Krzyżem Zasługi, a w 2010 r. honorową odznaką Za zasługi dla ochrony zdrowia.

Dziękuję wszystkim współpracownikom za wspólne lata pracy.

Dzisiaj z perspektywy 42 lat spędzonych w szpitalu mogę śmiało powiedzieć, że to był mój drugi dom.

Czego życzy Pani obecnym pracownikom naszej apteki?

Przed wszystkim życzę mojej następczyni pani mgr farm. Ewie Czech-Żbikowskiej, żeby udało



Pożegnanie jednej z koleżanek odchodzącej na emeryturę, ok. roku 2005



Wanda Długi w nowych pomieszczeniach apteki, ok. roku 2003

się stworzyć stały zaangażowany zespół pracowników fachowych, który będzie Ją wspierał.

Wszystkim pracownikom apteki życzę, żeby czuli się potrzebni niezależnie od stanowiska, żeby widzieli sens tego, co robią i z chęcią przychodzili do pracy.

Na koniec zapytam o Pani plany na emeryturę.

Jestem osobą, która nie potrafi się nudzić, więc z pewnością zagospodaruję wolny czas, którego dotychczas nie miałam w nadmiarze. Sporo czasu pewnie będę spędzać na Półwyspie

Helskim, gdzie mamy swoje rodzinne „miejsce na ziemi”.

Mam też dwoje kochanych wnucząt mieszkających w Gdyni, więc teraz będę mogła je częściej widywać.

Byleby tylko zdrowie dopisywało, żeby móc aktywnie spędzać czas.

Rozmawiał Przemysław Prais

Ewa Czech-Żbikowska, kierownik Apteki Szpitalnej o współpracy z Wandą Długi

Pracę w Szpitalu rozpoczęłam w październiku 2008 r. na stanowisku młodszego asystenta w Aptece Szpitalnej. To był czas, kiedy zespół Apteki miał za zadanie przejąć od Działu Zapotrzenia magazyn wyrobów medycznych i asortyment Zakładu Bakteriologii, Patomorfologii, Laboratorium Diagnostycznego i Pracowni Immunologii. Kolejnym dużym wyzwaniem była w 2015 r. organizacja Pracowni Leku Cytostaticznego w strukturach Apteki Szpitalnej.

Wspominam o tym dlatego, że w obu tych sytuacjach moja Szefowa, Pani mgr Wanda Długi powierzyła mi odpowiedzialność za wykonanie zadań i organizację pracy zupełnie nowych obszarów działalności Apteki Szpitalnej. W realizacji nowych wyzwań nie zostałam bez pomocy i wsparcia Pani mgr Wandy Długi. Zawsze znalazła czas, słuchała uważnie i skupiała uwagę na moich propozycjach i pomysłach dotyczących usprawnienia pracy. Dyskutowaliśmy w partnerski sposób, wymienialiśmy poglądy, rozważaliśmy różne rozwiązania i naradzałyśmy się nawet do późnych godzin wieczornych. Taka relacja dawała mi pewność i poczucie, że moje zaangażowanie i wysiłek jest doceniany i to, co mam do przekazania nie jest umniejszane i bagatelizowane. Ważnym było zaufanie, z jakim traktowała mnie i wykonywane przeze mnie obowiązki i zadania. Osiem wspólnie przepracowanych lat z moją Szefową to czas, który dzięki Niej dawał mi motywację, samodzielność i pomógł podjąć decyzję o przyjęciu funkcji Kierownika Apteki szpitalnej.

W imieniu całego Zespołu Pracowników Apteki szpitalnej dziękuję za Pani wiedzę, pomoc i doświadczenie zawodowe, z którym dzieliła się Pani z nami. Wyrażam także nadzieję, że nie zapomni Pani o nas i podobnie jak my wszyscy, będzie Pani dobrze wspominać wspólnie przepracowane lata.

Życzę Pani Magister satysfakcji z tego, co udało się do tej pory osiągnąć i tego, co jeszcze jest do osiągnięcia, wypoczynku, relaksu, słońca każdego dnia i dobrych książek do przeczytania w swoim „miejscu na ziemi”, czasu na to, na co brakowało Pani w czasie pracy, zdrowia i dużo radości.

Ewa Czech-Żbikowska

Sprawnie załatwiamy wnioski pracowników Szpitala

Komisja Socjalna działa zgodnie z obowiązującym Regulaminem ZFŚS i nie dyskryminuje żadnego związku zawodowego, jak również żadnego pracownika. Działamy, co prawda w okrojonym składzie, ale wystarczającym, aby rozpatrywać złożone przez pracowników wnioski – mówi Arkadiusz Przewłocki, nowy przewodniczący Komisji Socjalnej w Szpitalu.

– Przykro nam, że w pracach komisji nie biorą udziału przedstawiciele OZZPiP. Zachęcam ich do wspólnej pracy na rzecz naszych pracowników.

Rozmowa z Arkadiuszem Przewłockim

Przemysław Prais: Proszę przedstawić się naszym czytelnikom.



Arkadiusz Przewłocki: Od sześciu lat pracuję w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie w Dziale Eksploatacyjno-Technicznym oraz Sekcji Inwestycji, jako inspektor nadzoru budowlanego. W obu wymienionych komórkach zajmuję się przygotowaniem, nadzorem nad realizowanymi zadaniami, jak również bieżącą eksploatacją urządzeń.

Od kiedy jest Pan przewodniczącym Komisji Socjalnej?

Tę funkcję pełnię od początku lutego 2019 r. W dniu 5 lutego br. spośród przedstawicieli związków zawodowych obecnych na spotkaniu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w wyniku głosowania jednogłośnie wybrano mnie na przewodniczącego Komisji Socjalnej. Natomiast zastępcą została również jednogłośnie wybrana Anna Nuzikowska. Po raz kolejny chciałbym w imieniu swoim oraz pani Anny podziękować wszystkim członkom komisji, którzy obdarzyli nas wielkim kredytem zaufaniem powierzając nam tę odpowiedzialną funkcję.

Jakie są główne zadania Komisji Socjalnej?

Do jej najważniejszych zadań należy:

- planowanie wydatków i proponowanie podziału środków Funduszu Socjalnego
- cykliczne comiesięczne posiedzenia
- weryfikowanie poprawności składanych przez pracowników wniosków pod względem formalnym.
- opiniowanie wniosków w oparciu o zapisy Regulaminu ZFŚS i zgłaszanie pracodawcy

propozycji odrzucenia lub przyznania świadczenia ze środków socjalnych.

- przygotowywanie protokołu ze spotkań Komisji Socjalnej.
- informowanie pracowników o decyzjach dotyczących złożonych przez nich wniosków.
- nadzór nad procesem wypłaty przyznanych środków.
- przechowywanie i archiwizowanie dokumentów.
- tworzenie i przekazywanie zestawień, dotyczących funduszu socjalnego.
- monitorowanie bieżących wydatków.

Pragnę poinformować, iż jako nowo powołana Komisja Socjalna, podjęliśmy już dyskusję nad jednolitym tekstem Regulaminu Świadczeń Socjalnych. Chcemy, aby wszystkie aneksy, które były tworzone w poprzednich latach znalazły się w jednym dokumencie. Rozważamy wniesienie kilku małych poprawek, które naszym zdaniem powinny się znaleźć w nowym Regulaminie, aby był czytelny i przejrzysty. Po zakończonej pracy nad Regulaminem zostanie on przedstawiony pani dyrektor Szpitala, jak również wszystkim związkom zawodowym w celu jego akceptacji, a następnie wdrożenia.

Proszę powiedzieć, kto zasiada w Komisji Socjalnej?

Zasiadają w niej przedstawiciele związków zawodowych działających w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. Każdy związek reprezentatywny delegował do pracy w komisji trzech przedstawicieli, a pozostałe po jednej osobie.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych reprezentują: Barbara Bonisławska, Krystyna Świdwa, Elżbieta Wikłacz.

Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność” reprezentują: Anna Nuzikowska, Joanna Bielawska, Anna Lasota.

Związek Zawodowy Pracowników Ochrony Zdrowia reprezentują: Beata Wojstów, Monika Zaborowska, Arkadiusz Przewłocki.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy reprezentuje Marcelina Major.

Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych „Konfederacja Pracy” złożyło oświadczenie informując, że nie wyznacza żadnej osoby do pracy w Komisji Socjalnej.

Przedstawicielem pracodawcy jest Ewa Wilińska z Działu Służby Pracowniczej.

W jakim trybie działa komisja, jak zapadają decyzje?

Komisja Socjalna, jak już wcześniej wspominałem, spotyka się raz w miesiącu. Wszyscy jej członkowie informowani są o posiedzeniu minimum dwa tygodnie przed spotkaniem, aby każdy mógł w nim uczestniczyć. Biorący udział w posiedzeniu zapoznają się ze złożonymi wnioskami pracowników, po czym przystępują do ich omówienia, a następnie do głosowania. Wspomniane wnioski sprawdzane są pod względem formalnym. Cieszę się z faktu, iż od początku działania nowego składu Komisji Socjalnej wszystkie podejmowane decyzje były przyjmowane jednogłośnie.

Czy w ostatnim wystąpiły jakieś problemy w działaniu Komisji Socjalnej?

Niestety problemy pojawiły się na początku roku, gdy na styczniowym posiedzeniu nie udało się, jak co roku, dokonać wyboru zarówno przewodniczącego i jego zastępcy. Skutkiem tego było nierozpatrzenie wniosków złożonych w styczniu i przesunięciu ich na kolejny miesiąc, co spowodowało opóźnienie w wypłacie świadczeń socjalnych pracownikom. Niejednokrotnie spotkałem się ze stwierdzeniami, że komisja działa nieformalnie, niezgodnie z Regulaminem i że OZZPiP jest dyskryminowany, dlatego jego przedstawiciele nie biorą udziału w jej posiedzeniach. Chciałbym podkreślić, iż komisja działa, co prawda w okrojonym składzie, ale wystarczającym, aby rozpatrywać złożone przez pracowników wnioski. Działamy zgodnie z obowiązującym Regulaminem ZFŚS i nie dyskryminujemy żadnego związku zawodowego, jak również żadnego pracownika. Przykro nam jest słyszeć takie zarzuty.

Przedstawiciele OZZPiP są zapraszani na każde posiedzenie komisji w celu wspólnego opiniowania złożonych wniosków. Niestety bezskutecznie. Pragnę przypomnieć, iż członkowie Komisji Socjalnej działają społecznie dla dobra wszystkich pracowników naszego Szpitala, niezależnie od przynależności do jakiegokolwiek związku oraz na rzecz osób, które nie należą do żadnego związku. Naszym celem jest, aby komisja działała prężnie i każdego miesiąca udzielała pomocy pracownikom naszego szpitala w postaci wypłacania świadczeń socjalnych. Dlatego zachęcam przedstawicieli OZZPiP do wspólnej pracy w Komisji Socjalnej na rzecz naszych pracowników.

Myślę, że to Pan Bóg dał mi ten dar empatii, dzięki czemu mogę pomagać chorym



Pani Grażyna podczas pracy...

Fizjoterapeutka Grażyna Olszewska-Morawiec od prawie 40 lat opiekuje się pacjentami Oddziału Neurochirurgicznego w Szpitalu Wojewódzkim. – Moim zadaniem jest sprawienie, by pacjenci opuścili łóżko po operacji i wrócili do zwykłego świata ludzi chodzących, stanęli na ziemi o własnych siłach – mówi. – Nie wyobrażam sobie, bym mogła robić w życiu coś innego.

I Rozmowa z Grażyną Olszewską-Morawiec

Przemysław Prais: Co sprawiło, że od tak długiego czasu zajmuje się Pani pacjentami neurochirurgii?

Grażyna Olszewska-Morawiec: Zaraz po ukończeniu szkoły fizjoterapii w Białymstoku przez rok byłam zatrudniona w otwockim szpitalu. W oddziale neurochirurgicznym Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie pracuję od 1981 r. do dziś, mija więc już 40 lat. Mogę zatem powiedzieć, że spędziłam tu swoje zawodowe życie cały czas rehabilitując pacjentów po operacjach neurochirurgicznych. Choć muszę przyznać, że na początku bardzo nie chciałam zajmować się takimi osobami ze względu na ich często ciężki stan – to bardzo trudni chorzy, skomplikowane przypadki medyczne, co dla personelu jest bardzo obciążające psychicznie. Na szczęście

trafiłam pod skrzydła dr Jana Kopcja, ordynatora neurochirurgii, który ukształtował mnie, a myślę, że także innych pracowników nie tylko zawodowo, ale także pod względem osobowości. Przez 20 lat kierowania oddziałem wprowadzałam nas w trudny świat neurochirurgii. Przede wszystkim przekazałam nam delikatność w postępowaniu z pacjentami, głównie przez sposób obcowania z ludźmi. Sprawił też, że praca na neurochirurgii była zaszczytem i wyróżnieniem. Do dziś pamiętam napis na pamiątkowej statuetce, którą od nas otrzymałam na koniec kierowania oddziałem: „Dziękujemy Ci nie tylko za to, że jesteś, ale także za to, jacy my jesteśmy dzięki Tobie”. Te słowa najlepiej chyba oddają naszą wdzięczność dla pana doktora. Co prawda czasy się trochę zmieniły i ludzie już inaczej się do siebie odnoszą, ale ta delikatność w nas została, a o dobrą atmosferę dba dr Waldemar Och, który zastąpił dr Kopcja na stanowisku ordynatora.

Proszę opowiedzieć na czym polegają Pani obowiązki.

Moim zadaniem jest sprawienie, by pacjenci opuścili łóżko po operacji i wrócili do zwykłego świata ludzi chodzących, stanęli na ziemi o własnych siłach. To osoby po operacjach głowy i kręgosłupa, a dzięki ćwiczeniom część wraca do normalnego życia. Są bowiem takie schorzenia, po których całkowity powrót do normalności jest niemożliwy. Zawsze sama prowadziłam swoich pacjentów, których po prostu uwielbiam. Choć bywa, że przez chorobę powodującą niekiedy uszkodzenie mózgu żyją w swoim świecie z nimi świetny kontakt bezpośredni, blisko z nimi współpracując. Czasem jestem jak matka, która uczy chodzić swoje maleństwo – rzadko kto dostaje taką szansę. Ważna jest wzajemność w budowaniu relacji, kamieni milowych, które pozwalają im opuścić łóżko. Dla wielu osób jestem powiernikiem najskrytszych sekretów. Chorzy potrzebują rozmowy, a ja przez to poznaję ich całe życie. A okazji nie brakuje, bo niektórzy wracają na kolejne operacje, po których przechodzą ponowną rehabilitację. Mówią mi o swoich obawach: jak bez nich poradzi sobie żona, mąż, czy dzieci. Także rodziny chorych dzielą się ze mną swoimi problemami. Pomagam i wspieram każdego, także pacjentów z nieuleczalnymi schorzeniami, którzy wiedzą, że to śmiertelne choroby. Tak jak u innych starają się, by „wstali z łóżka”. Myślę, że to Pan



... i prywatnie

Bóg dał mi ten dar empatii, dzięki czemu mogę pomagać chorym – wyprowadzam ich ze świata choroby, choć niestety nie z każdym się to udaje. Poświęcam się swojej pracy, która jest obciążeniem nie tylko psychicznym, ale też fizycznym. Często podnoszę chorych, podtrzymuję ich, co wymaga dużego wysiłku.

Czy ma Pani jakiś sposób na radzenie sobie ze stresem wynikającym z pracy?

Kiedy wychodzę ze Szpitala moim oddechem, „wyjściem w chmury” jest chodzenie w kapeluszu. Bardzo lubię je zakładać, choć mieszkam na uboczu. Znajomi pytali: „po co ci te kapelusze? Kto je będzie oglądał?” Ale ja zakładałam je nie dlatego, by się komuś w nich pokazać, ale dla własnej przyjemności. Kilkanaście lat temu sprzedaliśmy z mężem mieszkanie i kupiliśmy niewielki domek pod Tuławkami, można powiedzieć w środku lasu, gdzie moimi sąsiadami nie są inni ludzie, ale sarny, danielę i dzięcioły. Tam mieszkam z mężem i odpoczywam, a towarzyszą nam trzy koty i pies. Domek jest niewielki – kuchnia z salonem, mniejszy pokój i łazienka, ale na dużej działce wystarczyło przestrzeni dla obszernej stodoły, gdzie mieści się samochód, drewno do pieca, którym się ogrzewamy i inne przedmioty. Przed domem urządzamy ogniska, na których spotykamy się ze znajomymi i rodziną. Odkryłam tu uroki przyrody, która nas otacza. Lubię np. patrzeć jak wiosną drzewa budzą się do życia. Bardzo mnie to optymistycznie nastraja. Bardzo też lubię „przestawiać garnki” w kuchni i kiedy tylko mogę, gotuję coś dobrego.

Po latach dochodzę do wniosku, że w życiu najważniejsze są dwa składniki: rodzina i przyroda.

Proszę więc opowiedzieć o swoich bliskich.

Mimo skromnego uposażenia udało mi się wykształcić dwójkę dzieci. Musiałam jednak dorabiać, żeby sfinansować ich studia – obierałam dziennie po dwa worki cebuli dla pizzerii. Było warto i jestem dumna z osiągnięć syna i córki. Syn kończy właśnie studia z fizjoterapii w Katowicach, a córka jest w trakcie doktoratu z biotechnologii w języku angielskim. Syn obecnie pracuje we Francji, by zarobić na kupno mieszkania. Największą miłością jest jego roczna córeczka Kinga, którą odwiedzam, kiedy tylko

mogę. Dzięki temu odkryłam też, że świat jest piękny, ale ograniczone możliwości finansowe nie pozwalały mi tego stwierdzić.

Dwa lata ciężko pani zachorowała, ale potem wróciła do pracy.

Przeszłam wtedy nowotwór płuc, z których jedno mi usunięto, ale dzięki Bogu wyzdrowiałam. Jak już powiedziałam, moja praca z pacjentem wymaga także wysiłku fizycznego, więc możliwość powrotu do pracy to cud. Cały czas staram się śmiać, być wesołą, bo marsowa mina przeszkadza w życiu. Swoje siły mam też okazję sprawdzać zimą, kiedy wraz z mężem odśnieżamy drogę do domu. Z reguły to zadanie bierze na siebie małżonek, mocując z tyłu samochodu spięte cztery stare opony, którymi odgarnia śnieg. Czasem jednak nasypie go wcześniej, więc nie zostaje nic innego, jak wziąć topańkę i brać się za odgarnianie, tak by na godz. 7 być u swoich pacjentów. Wkrótce kończę 60 lat, ale nie myślę o odejściu z pracy, bo mam jeszcze dwie pożyczki do spłacenia. Zresztą tak żyję – od pożyczki do pożyczki, a to na kupno 15-letniego samochodu, a to na kształcenie dzieci. Najważniejsze jednak, że znalazłam

swoje miejsce na ziemi, czyli nasz mały domek w lesie, gdzie będę miała co robić nawet już po odejściu z pracy.

Rozmawiał Przemysław Prais

**Dr hab. n. med. Waldemar Och,
ordynator neurochirurgii
o Grażynie Olszewskiej-Morawiec**

Pani Grażyna jest wieloletnim pracownikiem naszego oddziału, pamiętam ją od początków swojej pracy, czyli od roku 1986. Jest osobą, która wnosi niepodważalny rehabilitacyjny wkład w terapię pacjenta neurochirurgicznego. Uzyskuje ciepły, przyjazny kontakt z każdym pacjentem, który może liczyć nie tylko na rehabilitację, ale także okazaną przyjaźń, życzliwość oraz możliwość rozmowy jak z bliską osobą. Pacjenci z różnych przyczyn wracający do oddziału wiedzą, że czeka na nich pani Grażyna.

Można powiedzieć, że jest członkiem neurochirurgicznej rodziny, pamięta o urodzinach i imieninach wszystkich pracujących w oddziale. To osoba związana ze Szpitalem, w którym

pracuje od bardzo dawna nie tylko poprzez pracę, finansowo, ale też emocjonalnie. Pani Grażyna stwarza rodzinną atmosferę, stanowiąc trzon składu zespołu neurochirurgicznego, gdzie poza pracą lekarzy i pielęgniarek, również rehabilitacja jest niezbędnym czynnikiem szybkiego powrotu do zdrowia pacjentów naszych pacjentów.

not. Przemysław Prais

Rehabilitanci o Grażynie Olszewskiej-Morawiec

W naszym rehabilitacyjnym gronie postrzegamy Grażynę jako osobę zjednującą sobie ludzi. Jej poczucie humoru, życzliwość, pozytywne nastawienie, temperament wywołują ożywienie i uśmiech gdy tylko się gdzieś pojawi. Niewielu ma taki dar, tym bardziej gdy pracuje się w szpitalu, gdzie stres, cierpienie są wszechobecne, a Grażyna „rozbraja” te trudne emocje. Jej empatia, ogromne zaangażowanie w pracę z pacjentem są niezmiennie od niemal 40 lat.

*Fizjoterapeuci i lekarze
Oddziału Rehabilitacji*

Pielęgniarka w przedszkolu

Jolanta Stecyk, pielęgniarka z Zakładu Medycyny Nuklearnej 27 marca na zaproszenie dyrekcji odwiedziła grupę „Wesołe Żabki” z Przedszkola Miejskiego nr 32 przy ul. Murzynowskiego, by przekazać im wiadomości dotyczące jej pracy.

Przedszkole zaprasza rodziców i dziadków swoich podopiecznych, by opowiedzieli o wykonywanych przez siebie zawodach. Poniżej prezentujemy relację, którą napisała z odwiedzin pani Jolanta. Zamieszczamy również zdjęcia.

Jestem pielęgniarką z 35-letnim stażem w naszym Szpitalu, zostałam zaproszona do przedszkola na Nagórkach w celu promowania swojego zawodu. Nie ukrywam, że trochę się obawiałam spotkania z przedszkolakami, ponieważ dzieci w tym wieku są bardzo bezpośrednie i zadają dużo przedziwnych pytań. Nie wiedziałam, jaka to będzie grupa wiekowa i ile dzieci będzie na spotkaniu. Lubię wyzwania i kocham dzieci, uważam, że zaszczepianie wiedzy o zawodzie pielęgniarki już od najmłodszych lat jest dobrym pomysłem.

Zgodziłam się na spotkanie i wcale tego nie żałuję, wręcz przeciwnie – dzieciaczki były wspaniałe. Maluszki przywitały mnie głośnie i od razu po moim stroju wiedziały, kim jestem. Wiedziały również gdzie mieści się Szpital Wojewódzki dla dorosłych, jedna z dziewczynek powiedziała, że „to ten obok mniejszego – takiego dla dzieci”.

„Wesołe Żabki” – bo tak nazywa się ich grupa, mówiły, że odwiedzały w moim Szpitalu swoją

babcię czy dziadka. Jedna z dziewczynek dodała, że „to taki największy szpital, taki ładny i bardzo, bardzo czysty”.

Opowiadałam maluszkom, że już jako mała dziewczynka lubiłam pomagać ludziom. Należałam do zuchów, potem byłam harcerką, pomagałam też starszym i schorowanym osobom, jako „niewidzialna ręka”. Odkąd pamiętam zawsze chciałam być pielęgniarką, chciałam nieść pomoc wszystkim chorym i potrzebującym opieki ludziom.

Dzieci były bardzo zainteresowane moimi opowieściami, zadawały mnóstwo pytań, na które starałam się odpowiadać w sposób dla nich zrozumiały. Ciągłe jednak zerkaty na torbę, którą przyniosłam ze sobą na spotkanie, aż w końcu pewien chłopczyk nie wytrzymał i spytał, co ja tam mam ciekawego. A miałam tam parę strzykawek różnej wielkości, stynny „motylek”, którego tak boją się dzieci, słuchawki lekarskie (tu jedna z dziewczynek mnie poprawiła i powiedziała, że to jest fonendoskop), aparat do mierzenia ciśnienia, rękawiczki, a nawet bańki, które przyniosłam z domu.

Każde dziecko chciało mieć zrobiony opatrunek, naklejony plasterek czy przyczepioną bańkę. Dzięki słuchawkom usłyszały bicie swoich małych serduszek. Nawet nie myślałam, że tak małe dzieci będą z uwagą słuchały moich opowieści i że będą tak bardzo aktywne.

Na pożegnanie otrzymałam piękną laurkę z podziękowaniami wykonaną przez „Wesołe Żabki”



z przedszkola na Nagórkach. W środku laurki dzieci odcisnęły swoje małe paluszki wraz z imieniem. Wracając do domu długo myślałam, czy udało mi się zainteresować tak małe dzieci zawodem, który wykonuję już od 35 lat. Może któreś z nich w przyszłości zostanie pielęgniarką lub pielęgniarzem?

W każdym bądź razie na pożegnanie wszystkie dzieci zadeklarowały, że ten zawód bardzo im się podoba i zostaną już tą pielęgniarką (jedna z dziewczynek szepnęła mi do ucha: „tylko plosę pani, ja muszę spytać się mamy czy mogę”).

*Jolanta Stecyk
Pielęgniarka
Zakład Medycyny Nuklearnej*

Cała prawda o tętniakach aorty brzusznej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie bierze udział w Ogólnopolskim Programie Bezpłatnych Badań Profilaktycznych – Diagnostyka tętniaków aorty brzusznej. W grudniu 2018 roku przebadaliśmy pierwszych pacjentów.

Nie był to łatwy miesiąc, ponieważ aby do-
trzymać umowy musieliśmy przyjąć 150 osób.
Dzięki ogromnej pracy realizatorów projektu
i wsparciu całego Oddziału Klinicznego Chirur-
gii Naczyniowej udało się. Następne miesiące
nie były już takie szalone. Pierwszy kwartał 2019
roku zamknęliśmy liczbą 172 osób. Program re-
alizujemy wzorcowo zgodnie z umową współ-
pracy podpisaną z Samodzielnym Publicznym
Szpitalem Klinicznym nr 1 w Lublinie, który jest
koordynatorem programu.



Pacjent Jan Potoczny z Pienięzna

Zainteresowanie programem jest ogromne.
Do naszego szpitala przyjeżdżają pacjenci
z całego regionu. Pan Jan z Pienięzna uważa,
że takie programy są bardzo potrzebne. – Dzięki
takim programom łatwiej się dostać do lekarza
i są one bodźcem motywującym do badania się
– mówi. Mimo, iż niewielką przewagę uczest-
ników stanowią panowie, panie również dbają
o swoje zdrowie. A właśnie dzięki Pani Alicji
z Węgorzewa na badanie przyjechał również jej
mąż. – Trudno było męża zachęcić, ale udało
mi się. Mam swoje sposoby – śmieje się pani
Alicja. Także wielu mieszkańców Olsztyna gości
na Oddziale Chirurgii Naczyniowej. Pan Jerzy
na pytanie czy bał się zapisać do programu
pewnym głosem odpowiada. – Nie, od razu
podjąłem decyzję. Dowiedziałem się, że jest
to badanie nieinwazyjne. A warto się badać, żeby
wiedzieć na czym się siedzi.

**O tętniakach aorty brzusznej
rozmawiamy z dr. n. med. Piotrem
Malinowskim ordynatorem Oddziału
Klinicznego Chirurgii Naczyniowej oraz
Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej
i Onkologicznej**



dr n. med. Piotr Malinowski

**Redakcja: Czym jest tętniak i dlaczego jest
tak ważne, aby wykryć go w odpowiednim
momencie?**

Piotr Malinowski: Tętniak to choroba naczy-
nia polegająca na jego poszerzeniu. Gdy dochodzi
do nadmiernego poszerzenia naczynia ścia-
na takiego naczynia rozciąga się i staje cienka.
W konsekwencji naczynie może pęknąć lub
może dojść do innych powikłań takich jak ucisk
na okoliczne narządy, czy też zakrzep. Choro-
ba, jaką jest tętniak, rozwija się powoli, toczy
się całymi latami, jeżeli jednak zdiagnozujemy
ją wcześniej, to możemy też wcześniej i bez-
pieczniej leczyć, zanim dojdzie do rozwoju po-
wikłań.

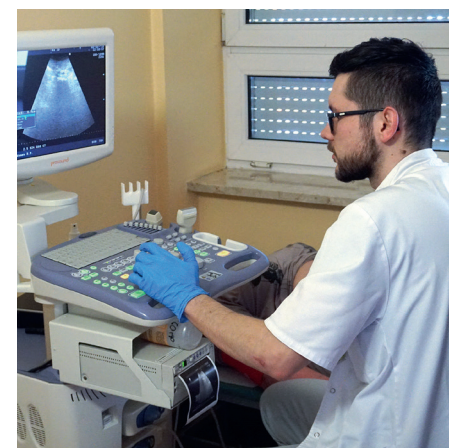
**Jakie badania wykonujemy przy diagnozowa-
niu tętniaków?**

Generalnie są to badania, które umożliwiają
obrazowanie naczyń. Najprostszym badaniem,
które uwidacznia naczynia, jest badanie ultra-
sonograficzne. Jednak w przypadku głębo-
ko położonych naczyń lub gdy potrzebujemy

bardzo dokładnego obrazu, może to być ba-
danie tomografii komputerowej, czy rezonansu
jądrowego.

**Co jest głównym powodem powstawania tę-
tniaków?**

Przyczyny, które prowadzą do powstawania
tętniaków nie są do końca znane. Składają się
na nie procesy, które doprowadzają do pew-
nego rodzaju zwyrodnienia, osłabienia ściany
naczynia związanego z jego zużyciem. Jednak
bardzo rzadko obserwujemy tego typu tętniaki
u młodych ludzi, czy u dzieci, natomiast u osób
w starszym wieku, począwszy od 60 roku ży-
cia, częstość występowania tętniaków wzrasta.
Do powstawania tętniaków przyczynia się także
palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, zabu-
rzenia lipidowe. U niektórych chorych istnieje
wrodzona podatność na rozwój tętniaków –
przekazywana na kolejne pokolenia.



lek. Wojciech Barczak przy badaniu usg

**Dlaczego tętniaki są takie niebezpieczne i ile
osób umiera z powodu ich pęknięcia?**

W miarę starzenia się społeczeństwa i w miarę
obserwacji grupy starszych ludzi możemy
stwierdzić, że liczba tętniaków wzrasta i staje
się coraz istotniejszą przyczyną zgonów. Nie
jest to jednak bardzo częsta choroba. W skali
naszego oddziału, pod którego opieką jest więk-
sza część województwa, operujemy około 20
pękniętych tętniaków aorty brzusznej rocznie.

Podmiot koordynujący:
Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
Samodzielnego Publicznego Szpitala
Klinicznego Nr 1 w Lublinie



Jednak tylko tyłu pacjentów trafia do oddziału, część pacjentów prawdopodobnie umiera nie dojeżdżając nawet do szpitala, więc ta liczba jest znacznie większa.

Czy można i jak można zapobiec powstawaniu tętniaków?

W pewnym stopniu możemy zapobiec powstawaniu tętniaków. Staramy się wyeliminować te wszystkie stany chorobowe, które prowadzą do uszkodzenia naczyń i zabezpieczyć w ten sposób pacjenta przed rozwojem i powstawaniem tętniaka. Czynniki, które sprzyjają rozwojowi tętniaków to palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej. Gdy pacjenci mają rozpoznane tego typu zaburzenia to szansa, że tętniak się nie rozwinie jest większa. Leczenie zmniejsza ryzyko rozwoju tętniaka ale nie redukuje do zera.

Czy tętniak to skutek innych chorób?

Inne choroby przyczyniają się do rozwoju tętniaka, ale nie można powiedzieć, żeby to był jedyny powód. Obserwujemy też pewną skłonność genetyczną związaną np. z osłabieniem włókien, które odpowiadają za mechaniczną budowę naczyń, czyli włókien kolagenowych i sprężystych. Obserwujemy, że u pacjentów, którzy mają zaburzenia związane z produkcją tych białek w organizmie, też częściej dochodzi do powstawania tętniaków. Są jeszcze pewne genetyczne uwarunkowania.

Czy to oznacza, że tętniaki są dziedziczne?

Choroba w pewnym stopniu jest dziedziczna. Nie jest to jednak proste dziedziczenie, czasem jednak bywa tak, że to prawdopodobieństwo dziedziczenia choroby jest duże. Zdarza nam się, że mamy dwóch braci, jeden brat jest leczony, czy operowany z powodu tętniaka, to często, jeżeli u drugiego zrobimy badania, wykryjemy tętniaka. Gdy u rodziców występuje tętniak, to dzieci również mogą na niego chorować. Ale dokładnie nie został odkryty jakiś pojedynczy gen, odpowiadający za tę chorobę. Prawdopodobnie jest to bardziej złożona sprawa, związana z czynnikami, które mogą wpływać na rozwój tętniaka.

Jakie objawy świadczą o chorobie, co powinno nas zaniepokoić?

Problem polega na tym, że ta choroba często przebiega przez długi czas bezobjawowo. Są pacjenci, u których pęknięcie tętniaka jest pierwszym objawem. Ale wielu pacjentów odczuwa pewnego rodzaju pobołowanie, bóle o niezbyt dużym nasileniu w brzuchu, czasem są też bóle, które promieniują do kręgosłupa. Ponieważ takie dolegliwości, ma bardzo wielu pacjentów, w związku z tym często bywają one lekceważone i nie mają pogłębionej diagnostyki. Kręgosłup boli większość osób w starszym wieku. Są to objawy często mało specyficzne

lub niewielkie. Sam tętniak nie jest trudny do diagnozy, ale niestety nie ma objawów, które by przepowiadały tę chorobę. Dlatego wprowadzono właśnie ten program. Lepiej wykryć pacjenta, który jest w etapie bezobjawowym choroby, bo wtedy można go przygotować do leczenia i leczyć.

Na czym polega wyjątkowość tego programu?

To co jest unikalne, to że jest to pierwszy program, który nie jest skierowany na choroby nowotworowe, tylko na choroby układu naczyniowego. Do tej pory działa kilka programów profilaktycznych, które są w ukierunkowane na wykrywanie chorób nowotworowych, natomiast jest pierwszy program, który ma na celu wczesne wykrywanie chorób naczyń. Jest on szczególnie ważny dla osób, które nie mają w nawyku chodzenia na badania, którzy nie mieli w ostatnim roku, czy dwóch wykonywanego badania obrazującego narządy brzucha. I jest to okazja aby zadbać o stan swojego zdrowia.

Dziękuję za rozmowę.
kk

Rozmawiamy z Joanną Pieślak i Ewą Jackowską, pielęgniarkami koordynującymi przesiewowe badania w kierunku tętniaków aorty brzusznej w Szpitalu Wojewódzkim

Redakcja: Jakie kryteria trzeba spełnić, aby wziąć udział w programie?

Joanna Pieślak: Przede wszystkim muszą być spełnione minimum trzy kryteria. Kryteriów jest oczywiście więcej, są to: wiek równy lub powyżej 65 roku życia, choroba wieńcowa, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze oraz hiperlipidemia,



Joanna Pieślak i Ewa Jackowska z pacjentem Jerzym Adrjanem

OGÓLNOPOLSKI PROGRAM BEZPŁATNYCH BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH - DIAGNOSTYKA TĘTNIAKÓW AORTY BRZUSZNEJ -

- dla pacjentów 65+
- realizowany ze środków Ministerstwa Zdrowia we wszystkich województwach
- czas trwania: 2018-2020 r.



CZYNNIKI RYZYKA, które zwiększają prawdopodobieństwo występowania tętniaków:

- palenie papierosów
- nadciśnienie tętnicze
- otyłość

WYKRYWALNOŚĆ
Wykrywane są 5 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet.

INFORMACJE - ZAPISY - MIEJSCE WYKONYWANIA BADAŃ -



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie
ul. Żołnierska 18; 10-561 Olsztyn
Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej
IV piętro- Pokój Badań

INFOLINIA: 22 417 13 25
w godz. 9:00-18:00 od poniedziałku do piątku



TĘTNIKI AORTY BRZUSZNEJ

Tętniaki aorty brzusznej powstają wskutek osłabienia ściany tętnicy głównej, wykrywa się je u około 3-6% mężczyzn w wieku ponad 65 lat.

Najczęstszą ich przyczyną jest uraz u ludzi młodych, zaś u starszych miażdżyca.

Projekt realizowany ze środków finansowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020.



Podmiot koordynujący:
Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
Samodzielnego Publicznego
Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie



czyli podwyższony poziom cholesterolu. Mężczyźni mają dodatkowy punkt za płeć, ponieważ ta choroba dotyka ich częściej niż kobiety.

Czy na badania zgłasza się więcej kobiet, czy mężczyzn?

Ewa Jackowska: Raczej mężczyźni, ale zdarzają się takie dni, że jest więcej kobiet. Mężczyźni przykładają mniejszą wagę do swojego zdrowia i zazwyczaj na badania są wysyłani przez własne żony.

Na czym polega badanie i czy jest to badanie bolesne?

Joanna Pieślak: Jest to badanie usg (ultrasonografia), które nie jest bolesnym badaniem, więc nie należy niczego się obawiać.

Jak pacjenci powinni przygotować się do badania?

Ewa Jackowska: Przede wszystkim trzeba być na czczo. Jeżeli się bierze leki, to należy je rano wziąć, tak jak zazwyczaj i popić niewielką ilością wody. Natomiast osoby chorujące na cukrzycę, powinny zjeść lekki posiłek, ponieważ te badania zaczynają się dopiero o godzinie 13:00, a pacjenci nie mogą być głodni i mieć niskiego poziomu cukru.

Czy takie programy są potrzebne?

Joanna Pieślak: Są bardzo potrzebne. Pacjenci przychodzą do nas za późno. Pracujemy od wielu lat na oddziale i widzimy, że często

przyjeżdżają pacjenci już z pękniętym tętniakiem. Ta choroba ma to do siebie, że nie boli. Powiększający się tętniak nie boli, mogą trochę boleć plecy, trochę brzuch, ale to są również objawy wszystkich innych chorób związanych z wiekiem, dlatego jeżeli ten program przesiewowy zostanie wprowadzony na stałe, ludzie będą mieli większy dostęp do badań.

Ewa Jackowska: Nawet jeżeli pacjent będzie miał tętniaka, najważniejsze, że będzie wiedział, że choruje i będzie pod stałą kontrolą. Gdy wielkość tętniaka będzie graniczna, będzie można zastosować leczenie, aby zapobiec pęknięciu.

Joanna Pieślak: Będzie można pacjenta zabezpieczyć wcześniej, czy poobserwować, albo skierować do lekarza domowego do obserwacji. Gdy lekarz pierwszego kontaktu będzie wiedział, nie powinien robić problemów przy wystawianiu skierowania na usg.

Dlaczego mieszkańcy naszego województwa powinni wziąć udział w tym programie?

Ewa Jackowska: Z myślą o młodych osobach. Jeżeli teraz będziemy się badać, okaże się, że wskaźnik zachorowalności jest wysoki, to taki program zostanie wprowadzony na stałe. Nieleczony nadciśnienie i predyspozycje genetyczne, naprawdę powodują poszerzenie tętnic, a niekontrolowane poszerzenie tętnicy może doprowadzić do sytuacji zagrażających życiu.

Joanna Pieślak: Dzięki takim programom ludzie będą mieli inną świadomość. Będą np. wiedzieli z jakiego powodu chorują na tętniaka. Przychodzą do nas pacjenci, którzy dokładnie nie wiedzą, co to jest tętniak. Oni myślą, że to jest rak albo inna choroba. Wtedy tłumaczymy im, że aorta wiotczeje z wiekiem, że pod wpływem nieleczzonego ciśnienia może dojść do rozdęcia aorty i utworzenia się tętniaka. Namawiamy pacjentów, żeby udali się do kardiologa, że same leki od nadciśnienia, które nie pomagają, nie uchronią ich od tętniaków. Na pewno będzie większa świadomość ludzi i będą chcieli się badać.

Dziękuję za rozmowę. kk

Wdrożenie e-usług



Zdrowe życie, czysty zysk

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie zakończył realizację projektu pn. „Wdrożenie e-usług w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie poprzez modernizację infrastruktury IT szpitala” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 3 Cyfrowy Region, Działanie 3.2 E-zdrowie.

Zakres rzeczowy projektu obejmował stworzenie 10 e-usług. Aby zrealizować wszystkie e-usługi niezbędny był zakup sprzętu komputerowego oraz oprogramowania.

Celem głównym projektu było stworzenie i uruchomienie e-usług z zakresu ochrony zdrowia

zintegrowanych, z tworzoną na szczelbu krajowym, elektroniczną platformą usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia tzw. Elektroniczną Platformą Gromadzenia, Analiz i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych – Platforma P1.

W najbliższym czasie Szpital planuje podłączyć do platformy P1 pierwszą e-usługę jaką jest e-recepta. E-recepta stanowi cyfrową wersję dotychczasowej papierowej recepty. Podmioty lecznicze mają obowiązek podłączenia się do systemu P1 nie później niż do dnia 31 grudnia 2019 r. (art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia).

Dzięki e-receptie pacjent będzie mógł sprawnie i szybko wykupić przepisane przez lekarza leki,

Całkowita wartość Projektu	– 3 467 903,65 zł
Wydatki kwalifikowalne Projektu	– 3 462 528,65 zł
Dofinansowanie na realizację Projektu	– 2 943 149,35 zł

a także śledzić szczegóły oraz dawkowanie logując się do swojego Internetowego Konta Pacjenta – czytamy na portalu pacjent.gov.pl

Po zakończeniu realizacji projektu umowa o dofinansowanie nie przestaje obowiązywać, a Szpital nadal musi wypełniać wynikające z niej obowiązki. Niewypełnienie tych obowiązków może skutkować nawet koniecznością zwrotu dofinansowania. Podstawowym obowiązkiem jest zachowanie trwałości projektu na zasadach wynikających z art. 71 Rozporządzenia 1303/2013 (tzw. „ogólnego”). W okresie trwałości projektu tj. od 11 lutego 2019 r. do 10 lutego 2024 r. należy utrzymać w niezmienionej formie i wymiarze efekty projektu.

Alicja Biernacka

E-usługi:

- e-dokumentacja medyczna
- e-rejestr elektronicznej dokumentacji medycznej
- e-wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej
- e-zdarzenie medyczne
- e-wyniki
- e-powiadomienia
- e-recepta
- e-skierowanie
- e-zlecenie
- e-komunikacja

Jak działa e-recepta



Blok operacyjny – 10 lat jak jeden dzień

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie realizował projekt pn.: **Modernizacja Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie poprzez rozbudowę istniejącego głównego budynku szpitalnego na potrzeby bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni**, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2007–2013, Oś priorytetowa 3 Infrastruktura społeczna, Działanie 3.2 Wysoki poziom zabezpieczenia i dostępności medycznej i opiekuńczej, Poddziałanie 3.2.1 Infrastruktura ochrony zdrowia (Umowa nr UDA-RPWM.03.02.01-28-006/09-00 z dnia 30 listopada 2009 r.).

Cel główny Projektu

Dać szansę mieszkańcom województwa warmińsko-mazurskiego na zdrowie i życie poprzez profesjonalne leczenie w nowoczesnym bloku operacyjnym i centralnej sterylizatorni Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Kiedy latem 2006 roku rozpoczęto nieśmiało dyskusje o budowie nowego bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni, chyba niewielu wierzyło, że ta wizja stanie się rzeczywistością. Wtedy mówiliśmy o jakości, o bezpieczeństwie, funkcjonalności, spełnieniu wymagań budowlanych i epidemiologicznych. Czas pokazał, jak bardzo potrzebowaliśmy tej inwestycji, która otworzyła Szpitalowi drogę do dynamicznego rozwoju i innowacyjnych pomysłów, które wdrażaliśmy przez kilka ostatnich lat. Okazało się, że w wielu przypadkach nowoczesny blok operacyjny był podstawowym warunkiem do utworzenia nowych obszarów czy komórek czego przykładem są jedyne w województwie Centrum Urazowe, Oddział Transplantologiczny czy ostatnie nasze

Czas realizacji projektu

- 1) rozpoczęcie realizacji: 2007-10-10;
- 2) rozpoczęcie rzeczowe realizacji: 2008-13-03;
- 3) zakończenie rzeczowe realizacji: 2014-03-31;
- 4) zakończenie finansowe realizacji: 2014-04-16.

Wartość projektu i wysokość dofinansowania z UE

Wartość projektu

– 68 120 721,23 zł

Środki europejskie (EFRR)

– 45 464 967,14 zł



PROGRAM REGIONALNY
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

przedsięwzięcie-sala hybrydowa, którą utworzyliśmy na bazie istniejącej sali operacyjnej. Oprócz tego teraz możemy świadczyć usługi na rzecz innych podmiotów zarabiając na tym.

To już nie marzenia, to rzeczywistość!

I. Dobudowano nowe skrzydło przeznaczone na blok operacyjny i centralną sterylizatornię do istniejącego głównego budynku szpitalnego od strony południowej, w skład którego wchodzi:

1. Blok operacyjny z 12 salami operacyjnymi z kompletnym niezbędnym zapleczem, które warunkowało uruchomienie sal operacyjnych:

- a) sala wybudzeń na 17 stanowisk – jako kompleksowy element bloku operacyjnego,
- b) część dydaktyczna dla 120 studentów, z salą audytorijną i 2 salami seminaryjnymi,
- c) szatnia dla pracowników bloku operacyjnego oraz stażystów, studentów i konsultantów.

2. Centralna sterylizatornia:

- a) strefa brudna, czysta i sterylna,
- b) niezbędne zaplecze warunkujące uruchomienie centralnej sterylizatorni.

II. Zbudowano i zmodernizowano niezbędną infrastrukturę dla funkcjonowania nowo wybudowanego budynku:

1. Zbudowano parking przy nowo wybudowanym budynku od strony południowej inwestycji.
2. Zbudowano plac manewrowy dla ekip ratowniczych, Straży Pożarnej, policji.
3. Zbudowano nową stację trafo oraz rozdzielnicę.
4. Zmodernizowano istniejącą stację uzdatniania wody.
5. Zmodernizowano istniejącą tlenownię.
6. Zbudowano niezbędne dojścia i dojazdy do nowego obiektu.

III. Wyposażono nowopowstały budynek w sprzęt, aparaturę medyczną oraz elementy wyposażenia niezbędnego dla prowadzenia działalności medycznej.

Nowa jakość – nowe możliwości

16 kwietnia kończy nam się okres trwałości projektu, co oznacza, że możemy decydować, czy chcemy utrzymać dotychczasową infrastrukturę budowlaną, czy może mamy inne priorytety, wynikające nie tylko ze strategii rozwoju szpitala, ale przede wszystkim z otaczającej nas rzeczywistości.



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



Zgodnie z postanowieniami art. 57 Rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r., trwałość projektów współfinansowanych ze środków funduszy strukturalnych musi być zachowana przez okres pięciu lat od finansowego zakończenia projektu.



Projekt przez cały okres trwałości nie może zostać poddany zasadniczym modyfikacjom:

- mającym wpływ na jego charakter lub warunki jego realizacji, lub powodującym uzyskanie nieuzasadnionej korzyści przez przedsiębiorstwo lub podmiot publiczny,
- wynikającym ze zmiany charakteru własności elementu infrastruktury albo z zaprzestania działalności produkcyjnej.



Spełnienie obowiązku trwałości projektu podlegało monitoringowi. Przyznane i wypłacone dofinansowanie mogło pozostać u beneficjenta tylko w przypadku, kiedy trwałość projektu została zachowana.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie wywiązał się z pokładanego na nim obowiązku, a tym samym każda pozyskana przez szpital złotówka została wydana w sposób jasny, czytelny, efektywny i zgodny z prawem.

dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokocka
Kierownik Działu Organizacyjnego
i Funduszy Zewnętrznych

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 28 lutego-1 marca br. odbyło się w Sile k. Gietrzwałdu.



Pierwszy dzień wypełniły trzy wydarzenia: pierwszym był przegląd systemu zarządzania jakością w WSS w Olsztynie w 2018 r. Prezentację przygotowaną przez Hannę Taraszkiewicz, Pełnomocnika Dyrektora ds., jakości przedstawiła i omówiła dyrektor Irena Kierzkowska, która na wstępie pochwaliła za dobre wyniki Poradnię Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej prowadzoną przez Danutę Markowską. Zwróciła też uwagę na bardzo dużą liczbę, 18,8 tys., dializ wykonanych przez personel Stacji Dializ w 2018 r. – To świetny wynik – podkreśliła pani dyrektor. Nie zapomniała też o nowych procedurach medycznych, które w ub. roku zaczęto wykonywać w Szpitalu Wojewódzkim, wymieniając m.in. kriobłabację migotania przedsionków przeprowadzaną w Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii. – 2018 był też rokiem sukcesów położnictwa i ginekologii – zaznaczyła Irena Kierzkowska, przedstawiając informacje o otwarciu zmodernizowanego Traktu Porodowego i pionierskich zabiegach ginekologiczno-położniczych. Pani dyrektor wspomniała o nowatorskich operacjach okulistycznych. – Ważnym wydarzeniem było także oddanie do użytku pierwszej w regionie hybrydowej sali operacyjnej. Świetne wyniki osiągnął również Ośrodek Żywienia Klinicznego, jeden z największych w kraju, z którego pomocy skorzystało w 2018 r. 205 osób, czyli niemal dwa razy więcej, niż w roku poprzednim.

Dyrektor poinformowała także zebranych o zwiększeniu w ub. roku liczby badań

diagnostycznych wykonywanych dla klientów zewnętrznych przez Zakład Bakteriologii, Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Zakład Patomorfologii i Pracownię Immunologii Transfuzjologicznej. – Mocną pozycję rynkową utrzymują także Centralna Sterylizatornia i Zakład Medycyny Nuklearnej, czego efektem jest wzrost przychodów naszego Szpitala. Ten sukces nie byłby możliwy bez wsparcia Sekcji Sprzedaży – mówiła Irena Kierzkowska.

Kolejnym punktem prezentacji była najwyższa w historii lokata w jubileuszowej 15. edycji „Rankingu Szpitali CMJ Bezpieczny Szpital 2018” przygotowywanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia i dziennik „Rzeczpospolita”. W Rankingu szpitali zabiegowych, wielospecjalistycznych i onkologicznych, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie zajął 12 miejsce w skali kraju, co oznacza awans o 4 miejsca w porównaniu z ubiegłym rokiem oraz aż o 27 lokat w porównaniu do roku 2016. – Uzyskujemy też certyfikaty jakości, które pozwalają na wyższy ryczałt od Narodowego Funduszu Zdrowia – stwierdziła pani dyrektor, która na zakończenie przedstawiła cele strategiczne dla Szpitala. Pierwszym jest utrzymanie i wzmocnienie jego potencjału kadrowego, następny zaś to budowanie procesu kompleksowego leczenia pacjentów, który już teraz jest mocną stroną Szpitala, co widać m.in. przy współpracy ginekologów i radiologów zabiegowych. Kolejne

cele to: zapewnienie bezpieczeństwa infrastruktury na najwyższym możliwym poziomie, poprawa jakości opieki nad pacjentami oraz bezpieczeństwa chorych i pracowników, a także dostarczanie rzetelnej informacji o sytuacji finansowo-ekonomicznej Szpitala niezbędnej do podejmowania decyzji oraz rozwój Szpitala na rynku usług medycznych.

Drugim punktem szkolenia była prezentacja „Elektronizacja zamówień publicznych”, którą przedstawiła Stanisława Mastowska, kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia. Zaś ostatnim elementem pierwszego dnia było przedstawienie przez Halinę Depcik, zastępcy dyrektora ds. administracyjno-finansowych Projektu budżetowania oddziałów Szpitala.

W piątek czas zajęć wypełniło szkolenie w zakresie: „Mobbing, molestowanie w szerokim zakresie, umiejętność skutecznego porozumiewania się w relacjach służbowych” przeprowadzone przez dr Agnieszkę Mościcką-Teskę z SENS consulting Sp. z o.o. Choć prezentacja trwała prawie pięć godzin wszyscy uczestnicy z uwagą stuchali bardzo interesującego wykładu, podczas którego prelegentka przedstawiła zarówno definicje mobbingu, jak i przykłady z rzeczywistych przypadków jego stosowania. Nie zabrakło pytań od słuchaczy, którzy aktywnie brali udział w odczycie.

Pamięć i jej zagadki

cz. 31



W niektórych przypadkach zaburzenia pamięci w postaci amnezji mogą wynikać z zaburzeń psychicznych, poważnych problemów społecznych lub emocjonalnych. Co wiadomo o takiej amnezji?

Na koniec serii odcinków na temat amnezji warto poruszyć temat dość kontrowersyjny, z którym każdy klinicysta może kiedyś się spotkać. Bywają sytuacje, gdy pacjent nie ma żadnych lub prawie żadnych defektów neurologicznych (np. uszkodzenie mózgu w wyniku urazu, epilepsja), ale ujawnia poważne zaburzenia pamięci autobiograficznej – czyli nie pamięta faktów ze swojego życia. Typowo takie przypadki określa się jako czynnościowe, dysocjacyjne, psychogenne na oznaczenie, że główna przyczyna tych trudności tkwi w bliżej nieokreślonych czynnikach psychicznych. Wtedy najczęściej diagnozę neurologiczną uzupełniają badania psychiatryczne i psychologiczne. Podstawowe problemy dotyczące tego typu zaburzeń są proste: czy rzeczywiście są to wyłącznie zaburzenia psychogenne i w jaki sposób ewentualne problemy psychiczne (np. silny stres, zaburzenia osobowości) wpływają na wyłączenie śladów pamięci z własnego życia?

PORZUCONE DZIECKO

Temat zaburzeń pamięci z przyczyn psychicznych stał się ostatnio nagłośniony za sprawą polskiego filmu pt. Fuga (reż. Agnieszka Smoczyńska). Główna bohaterka znika z domu i zostaje odnaleziona przez rodzinę po dwóch latach, nie pamięta przy tym swojej przeszłości (np. nie pamięta, że urodziła dziecko) i nie jest w stanie określić kim jest. Dysponuje jedynie fragmentami wspomnień odnoszącymi się do traumatycznych wydarzeń.

Przypadek z filmu Fuga jest oczywiście fikcyjny, ale rzeczywiście zdarzają się sytuacje, gdy osoba np. wychodzi z domu, wyjeżdża bez specjalnego celu w odległe miejsca i nie potrafi określić własnej tożsamości, ani opisać zdarzeń z czasu podróży. Taki stan jest określany jako fuga dysocjacyjna. W polskiej literaturze medycznej opisano przypadek 30-letniej kobiety, która czwartego dnia po urodzeniu

dziecka z rozszczepem wargi górnej opuściła samowolnie oddział położniczy, zabierając przy tym dziecko. Policja odnalazła dziecko na parkingu przed szpitalem i matkę siedzącą na ławce w pobliskim parku. Pacjentka była zdeorganizowana emocjonalnie, nie pamiętała w jaki sposób trafiła do parku i twierdziła, że jej dziecko zmarło w szpitalu. Późniejsze badania wykazały brak zaburzeń psychotycznych, lękowych i depresyjnych. Obserwowano w reakcjach pacjentki jednoczesną obojętność wobec zaistniałego zdarzenia i deklarowaną chęć opieki nad dzieckiem oraz jego leczenia. Uzyskany wywiad wskazywał na znaczne obciążenie psychiczne, m. in. utrata dwojga rodzeństwa pacjentki w okresie perinatalnym i wczesnodziecięcym, poprzednio samoistne poronienie u pacjentki, następnie kilkuletnie próby zajścia w kolejną ciążę. Ponadto okazało się, że pacjentka w dzieciństwie doznała urazu głowy w wypadku komunikacyjnym i była z tego powodu hospitalizowana. Badanie neurologiczne w trakcie obserwacji psychiatrycznej nie uwidoczniło istotnych deficytów, zapis EEG był też w normie. Natomiast w badaniu MR stwierdzono poszerzenie przestrzeni płynowych przymózgowych nad płatami czołowymi, ciemieniowymi i skroniowymi. Z kolei badanie psychologiczne ujawniło m. in. tendencję do dysymulacji (zatajanie zaburzeń), problemy z wglądem, bagatelizowanie stresujących wydarzeń życiowych, obniżone zdolności uwagi, zapamiętywania i zdolności kontroli reakcji.

Zespół Zatuskiej opisujący ten przypadek wskazał na interakcję obciążenia rodzinnego, nasilonego stresu, dysfunkcji poznawczych (skorelowanych prawdopodobnie z nieprawidłowościami neuroradiologicznymi) i osobowościowych jako mechanizm wyzwalający

fugę dysocjacyjną. W efekcie doszło do blokady pamięci i świadomej kontroli zachowania oraz utraty poczucia tożsamości.

CECHY AMNEZJI DYSOCJACYJNEJ

Opisany przypadek obecnie klasyfikuje się wg DSM-V jako amnezję dysocjacyjną. Jeśli dodatkowo występuje jakaś forma fizycznego przemieszczania się, to wtedy amnezja dysocjacyjna współwystępuje z fugą dysocjacyjną. Sama amnezja dysocjacyjna oznacza problemy z odtworzeniem z pamięci danych autobiograficznych w kontekście np. silnej sytuacji stresowej, których nie można wytłumaczyć zwykłym procesem zapomnienia.

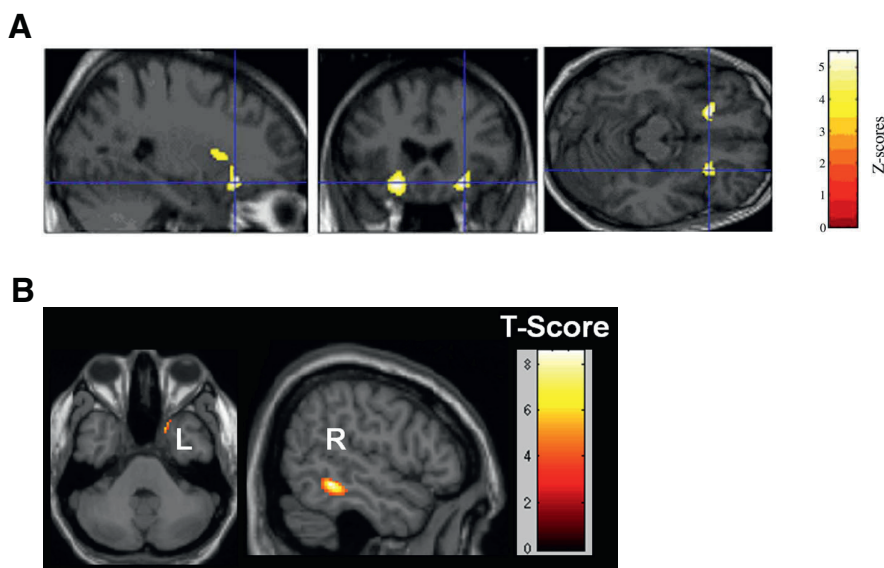
Szczegółowa analiza stanu pacjentów z amnezją dysocjacyjną pozwala wyróżnić formy niepamięci w takiej amnezji. Praktycznie w każdym przypadku zaburzenia pamięci mają charakter wsteczny, dotycząy jakiejś przeszłości z życia pacjenta. Niektórzy pacjenci mogą nie pamiętać wszystkich wydarzeń z danego okresu (np. podczas powodzi), inni nie pamiętają tylko określonych zdarzeń z danego okresu (np. narodziny dziecka). Jeszcze inni pacjenci mogą ujawniać brak pamięci praktycznie wszystkich doświadczeń z całego swojego życia, brak pamięci od określonego czasu do chwili obecnej lub brak pamięci tylko niektórych informacji, np. dotyczących rodziny lub spraw zawodowych. W tych ostatnich trzech sytuacjach obecnie diagnozuje się dysocjacyjne zaburzenia tożsamości.

Typowym wyzwalaczem amnezji dysocjacyjnej jest silny stres. Czas trwania takiej amnezji jest

W trzech zdaniach

1. Amnezja dysocjacyjna (psychogenna) to deficyty pamięci autobiograficznej (dotyczące własnej historii życia) oraz utrata poczucia własnej tożsamości.
2. Amnezja dysocjacyjna typowo współwystępuje z różnorodnymi zaburzeniami psychicznymi i problemami emocjonalno-społecznymi.
3. Amnezji dysocjacyjnej mogą towarzyszyć specyficzne dysfunkcje mózgowe, widoczne w obrazowaniu czynnościowym.

Czynnościowe obrazowanie w amnezji dysocjacyjnej



A. Badanie objęło 24. pacjentów z amnezją dysocjacyjną (grupa kontrolna, N=19). Wszyscy badani pacjenci ujawniali znaczne deficyty pamięci autobiograficznej, blisko połowa z nich wykazywała też deficyty uczenia się nowych informacji i zdolności wykonawczych. W porównaniu do grupy osób zdrowych zaobserwowano znaczny hipometabolizm w obszarach dolno-bocznych kory przedczołowej w prawej półkuli mózgu. Źródło: Brand M. i in. (2009). Functional brain imaging in 14 patients with dissociative amnesia reveals right inferolateral prefrontal hypometabolism. *Psychiatry Research: Neuroimaging*: 174, 32–39. Adaptacja własna.

B. W innym badaniu uczestniczyło 3. pacjentów z amnezją dysocjacyjną (dwóch z fugą dysocjacyjną, trzeci z nich po niewielkim urazie głowy, grupa kontrolna: N=15). Wszyscy badani pacjenci mieli deficyty pamięci autobiograficznej, ale tym razem bez deficytów zdolności uczenia się i funkcji wykonawczych. W porównaniu do grupy kontrolnej stwierdzono hipometabolizm w tylnych obszarach środkowego zakrętu skroniowego prawej półkuli mózgu. Źródło: Thomas-Antérion i in. (2014). Clinical characteristic and brain PET findings in 3 cases of dissociative amnesia: Disproportionate retrograde deficit and posterior middle temporal gyrus hypometabolism. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*: 44, 355–362. Adaptacja własna

mocno zróżnicowany – od kilku minut do kilku lat. Po ustąpieniu amnezji dysocjacyjnej pacjent odzyskuje zdolności pamięci autobiograficznej. W ciągu życia może wystąpić nawet kilka epizodów amnezji dysocjacyjnej. Szacuje się, że ten typ zaburzenia może dotyczyć nawet 1% populacji ogólnej, częściej u młodych kobiet i w okresie wczesnej dorosłości.

WĄTPLIWOŚCI

Kluczowe – a jednak wątpliwe – jest wykluczanie w diagnostyce amnezji dysocjacyjnej

czynników neurologicznych, np. napady padaczkowe, stany po urazie głowy i mózgu. Z poprzednich odcinków wiemy, że w przebiegu zespołów neurologicznych i uszkodzeń mózgowia mogą wystąpić specyficzne formy zaburzeń pamięci, m. in. przemijająca amnezja całkowita, przemijający napad padaczkowy, zespoły amnestyczne. Jednak całkowite wykluczanie czynników neurologicznych w diagnostyce amnezji dysocjacyjnej może prowadzić do nieadekwatnego obrazu tego zaburzenia jako wywołanego wyłącznie czynnikami psychologicznymi. W efekcie w praktyce klinicznej może utrwalac się błędne przekonanie, że czynniki psychologiczne (np. zaburzenia

osobowości, dysfunkcje poznawcze) są niezależne od czynników medycznych (np. neurologicznych, internistycznych). Taka wizja, rodem ze stanu nauki w XVI wieku, jest dziś po prostu anachroniczna.

Obecnie wskazuje się, że brak ewidentnych uszkodzeń mózgowia w amnezji dysocjacyjnej nie wyklucza – typowo niediagnostowanych w praktyce klinicznej – mikrouszkodzeń mózgu lub dysfunkcji widocznych w obrazowaniu czynnościowym (zob. ramka Czynnościowe obrazowanie w amnezji dysocjacyjnej). Ostatnie przeglądy badań (zob. ramka Chcesz wiedzieć więcej?) wskazują, że osoby z amnezją dysocjacyjną ujawniają specyficzne dysfunkcje metaboliczne w przednich obszarach skroniowych, obszarach przedczołowych i tylnych obszarach wzrokowych, głównie w prawej półkuli mózgu. Te obszary są uznawane za kluczowe w organizowaniu informacji na swój temat (odniesienia do siebie, pamięć autobiograficzna, wyobrażanie siebie), co – jak już wiemy – jest znacznie zaburzone w amnezji dysocjacyjnej. Obniżona w amnezji dysocjacyjnej wydolność metaboliczna prawych obszarów przedczołowych może odpowiadać za trudności w integrowaniu komponentów emocjonalnych i faktycznych w pamięci autobiograficznej. Efektem tego prawdopodobnie są deficyty samoświadomości i obserwowane – jak w przypadku pacjentki z porzuconym dzieckiem na parkingu – niezgodności pomiędzy deklarowaną chęcią opieki i leczenia dziecka oraz obojętnością na zaistniałe zdarzenie porzucenia dziecka.

dr Piotr Markiewicz

Chcesz wiedzieć więcej?

Harrison N.A. i in. (2017). Psychogenic amnesia: Syndromes, outcome, and patterns of retrograde amnesia. *Brain*: 140, 2498–2510.

Radulovic J., Lee R., Ortony A. (2018). State dependent memory: Neurobiological advances and prospects for translation to dissociative amnesia. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*: 12, article 259.

Thomas-Antérion C. (2017). Dissociative amnesia: Disproportionate retrograde amnesia, stressful experiences and neurological circumstances. *Review Neuropsychology*: 173, 516–520.

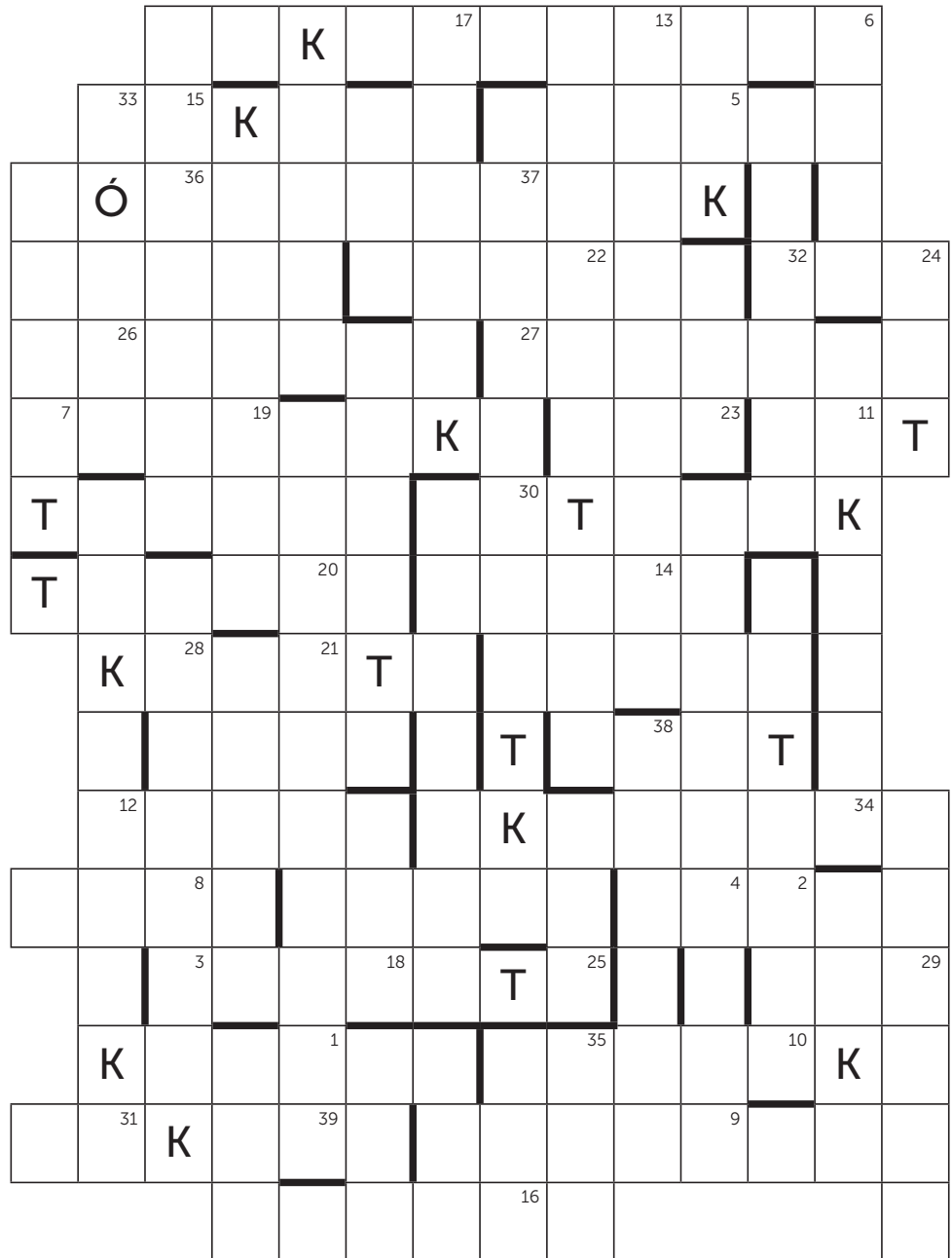
Zatuska M. i in. (2011). Fuga dysocjacyjna u pacjentki oddziału potożniczego – studium przypadku. *Psychiatria Polska*: XLV (4), 599–609.

61 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 66 haseł podano w przypadkowej kolejności.
W diagramie ujawniono wszystkie litery: K, Ó i T. Na ponumerowanych polach ukryto 39 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Liwiusza.

Jerzy Badowski

- antygen sterczowy
- nasza cudowna reprezentacja LA sprzed lat
- prawy doptyw Łaby, częściowo na granicy Polski i Czech
- czynność mitej u Grechuty
- efekt alopecji
- egipska bogini-niebo
- buty majora
- władca muzutmański
- roślina o nietrwących pędach nadzieimnych
- członek Izby Lordów
- Waranesi
- mistyczny kierunek w islamie
- końska głowa
- imię premiera
- zmierzanie co celu
- premier Iranu (1951-53)
- Plasmodium
- rym niedokładny ze współbrzmieniem tylko samogłosek
- najstawniejszy stadion Anglii
- kształtuje świadomość
- stolica Jemenu
- węgierska kielbasa
- płynie w Londynie
- jedna z wysp Zielonego Przylądka z Espargos
- szpilka z dużą główką
- końskie lub kowalskie
- jednostka pracy lub pustynia
- land, rzeka i zagłębienie
- śledź pod pierzynką
- rosyjski monarcha
- strażnik grosza publicznego
- Theodule, pionier psychologii eksperymentalnej
- druk, jak menu i ulotka
- lek na wszystkie choroby
- Turku
- wyptywa z Bajkatu
- wykaz błędów
- płynie w Goleniowie
- głąbiel, brzona
- akceptacja, potwierdzenie
- mąż matki Jezusa
- stolica Azerbejdżanu
- Narashimo, premier Indii
- miednica ze stawami biodrowymi
- skrajne nacjonalistki
- naramiennik
- ksywa kontrolera MZK
- dźwięk, brzmienie
- skąpiec Tytusa Plauta
- Johannes, niemiecki matematyk ur. w 1571 r.
- część hamulca
- niepełnosprawny mówca
- ojciec Chama



- sławny cmentarz krakowski
- największe miasto Pakistanu
- skarbiec w banku
- azalia
- przydomek Karola, zwycięzcy pod Poitiers
- oddziela lagunę od morza
- część pociągu
- granulocyty kwasochłonne
- elektryczne mieszadło kuchenne
- kraj z Pretoria
- płynie przez Tyraspol
- nakręcić „Noce i dnie”
- między holmem a tulem

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

Rozwiązanie krzyżówki nr 60 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 61): „Dobrze czyni ten, kto uczy się na cudzych błędach”. Nagrodę otrzymuje Ewa Czech-Żbikowska, Apteka Szpitalna. Gratulujemy. Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.

