

*Naszemu Czytelnikom
z okazji Wielkiej Nocy
składamy najlepsze
życzenia świąteczne
oraz życzenia pięknej
wiosny i ciepłego lata.*

Redakcja



Ale wróciła pani. Dlaczego?

Dla młodej pielęgniarki praca wyłącznie w opiece domowej jest mało rozwojowa. Natomiast w szpitalu ciągle są jakieś nowości, bo medycyna szybko się rozwija, jest coraz nowocześniejszy sprzęt, nowe metody leczenia. Dlatego po pierwszym roku studiów magisterskich, w listopadzie 2010 roku, podjęłam próbę powrotu na kardiologię, ale nieudaną, choć był tam wolny etat. Pani dyrektor Małgorzata Dawidowska zaproponowała mi stanowisko p.o. pielęgniarki oddziałowej na II Oddziale Chorób Wewnętrznych. Spadło to na mnie jak grom z jasnego nieba. Propozycja była kusząca. Jednak parę dni zastanawiałam się, czy zdołam połączyć to z pracą w opiece domowej i studiami. Ostatecznie wszystko się udało, a magisterium z pielęgniarstwa miało znaczenie w konkursie na oddziałową, który wygrałam w ubiegłym roku we wrześniu. Teraz znów studiuje. Robię specjalizację z opieki długoterminowej na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Zaliczyłam już pierwszy semestr. Myślę, że warto podnosić kwalifikacje, bo nigdy nie wiemy, co nam życie przyniesie.

Jak odnalazła się pani w roli oddziałowej?

Początek był dość trudny. Przeraziła mnie wielkość oddziału, który miał wtedy 55 łóżek, brakowało doświadczenia w zarządzaniu. Uczyłam się organizowania pracy zespołu, planowania, przewidywania różnych sytuacji. Równocześnie zajmowałam się chorymi, bo nie jest tak, jak myślą niektórzy, że oddziałowa siedzi tylko w papierach. My też pracujemy przy łóżku pacjenta, zwłaszcza gdy oddział jest przepelniony, a u mnie to codzienność. Interna nie jest łatwa. Tu najczęściej trafiają pacjenci starsi z wielorakimi schorzeniami, którzy wymagają holistycznego podejścia i dłuższego pobytu w szpitalu.

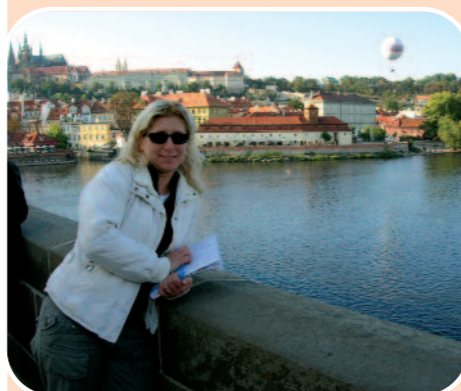
Rozpoczęcie oczekiwanej od lat modernizacji oddziału oznaczało, że wreszcie zawita do nas nowoczesność, a mnie przybyły wówczas dodatkowe obowiązki. Musiałam zadbać o nowe wyposażenie, aparaturę i sprzęt medyczny, przemyśleć każdy szczegół, przygotować listę zakupów, pamiętając, że wydawane będą pieniądze publiczne,

którymi trzeba rozważnie gospodarować. Zresztą dla całego personelu był to trudny okres. Oddział nie był wyłączony z użytkowania, prawie cały czas pracowaliśmy, choć w ograniczonym zakresie.

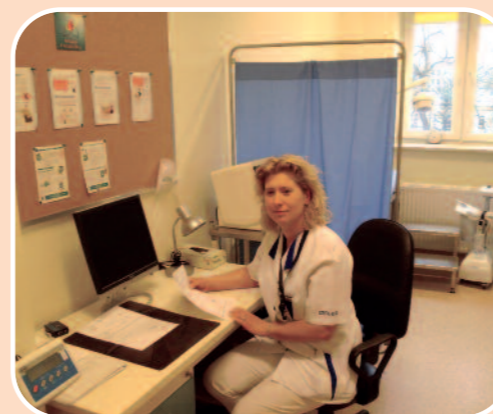
A jak pracuje się w zmodernizowanym oddziale?

Teraz mamy małe sale chorych z łazienkami, ale liczba łóżek zmniejszyła się z 55 do 36. Początkowo pracowało się komfortowo, pachniało nowością, były znakomite warunki sanitarne, no i było mniej pacjentów. Niestety, trwało to krótko, niewiele ponad miesiąc. Później pojawiły się dostawki. Najpierw 2 w salach chorych, a potem kolejne na korytarzu, bo sal nie da się bardziej zagęścić. Od kilku miesięcy mamy ciągle 5 dostawek, a nierzadko nawet więcej. Dlatego dobrze się stało, że został zmieniony wstępny projekt modernizacji, według którego mieliśmy mieć tylko 31 łóżek, bo wtedy warunki leczenia byłyby trudniejsze.

Przepełnienie oddziału zawsze utrudnia nam pracę, przestrzeganie wszystkich norm i przepisów. Najbardziej w okresach występowania różnego rodzaju wirusów, biegunek i grypy, kiedy trzeba stosować wzmożony reżim sanitarny, łącznie z izolowaniem niektórych chorych. Nie jest łatwo zorganizować izolatkę w oddziale, gdzie we wszystkich salach zajęte są wszystkie łóżka i na korytarzu też nie ma wolnych miejsc. A jeśli akurat nie ma takiej potrzeby, to i tak w oddziale panuje bezustanny ruch, który zaburza spokój pacjentom. Gdy zwalnia się łóżko w sali chorych, to zaraz po zdezynfekowaniu przenosimy na nie kogoś z dostawki na korytarzu, na którą natychmiast trafia następna osoba. Z kolei na korytarzu utrudnione jest wykonywanie rozmaitych badań i zabiegów, jak choćby osłuchanie pacjenta, pobranie krwi czy zrobienie EKG, nie mówiąc już o zainubowaniu czy reanimacji, a chorym brakuje intymności. To są poważne problemy, z którymi zmagamy się każdego dnia. Nie mamy jednak wyboru i musimy sobie z nimi radzić, dopóki w szpitalu nie przybędzie łóżek internistycznych. Nawet czasem na to wszystko narzekamy, ale pracujemy normalnie, starając się łagodzić dyskomfort pacjentów, którego nie sposób uniknąć w zatłoczonym oddziale.



Weekend w Pradze



W gabinecie zabiegowym



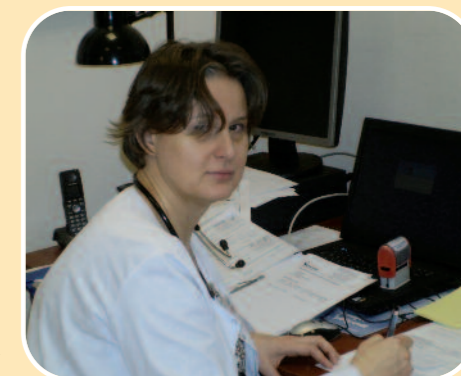
*Wszystkim Pracownikom, Pacjentom i Przyjaciołom
Szpitala Wolskiego życzenia spokojnych, ciepłych i słonecznych
Świąt Wielkanocnych składa
Dyrekcja*

Rozmowa z dr Renatą Talarczyk, szefową Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

Jest pani absolwentką ...

Akademii Medycznej w moim rodzinnym Lublinie, rocznik 1996. Po stażu w tamtejszym szpitalu MSWiA znalazłam pracę w firmie farmaceutycznej, w dziale diabetologicznym. Wówczas przenieśliśmy się do Warszawy, ale Szpitala Wolskiego nie poznałam. Pracowałam na prawym brzegu Wisły. Latem 1999 roku wróciłam do lubelskiego szpitala. Przez rok zajmowałam się jego promocją. Potem przeszłam do oddziału chorób wewnętrznych i rozpoczęłam specjalizację w tej dziedzinie. Egzamin zdałam w 2011 roku u prof. Wojciecha Zgliczyńskiego, w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. Było to emocjonujące przeżycie, ale egzamin wspominam dobrze, bo w komisji byli ludzie życzliwi, o dużej kulturze osobistej.

Kończąc specjalizację, dowiedziałam się, że wskutek restrukturyzacji nie będę mogła dalej pracować w szpitalu, więc zaczęłam szukać innej pracy. Trafiłam na wschodnie rubieże, gdzie pracowałam w podstawowej opiece zdrowotnej. Tam zobaczyłam, jak funkcjonuje służba zdrowia na terenach wiejskich i jakie są relacje między gminnym ośrodkiem zdrowia a szpitalem powiatowym. W pewnym momencie postanowiliśmy z mężem przenieść się na stałe do Warszawy. Zrezygnowałam z podróży na Podlasie. Dostałam etat starszego asystenta na oddziale chorób wewnętrznych, w szpitalu w Wołominie.



2 nasz szpital

Jak trafiła pani do naszego szpitala?

Pracując w Wołominie, zesłałam CV do kilku warszawskich szpitali. Pani dyrektor Jolanta Borowiecka-Tenus zaprosiła mnie na rozmowę i zaproponowała pracę na stanowisku p.o. kierownika SOR. Taka propozycja to rzadkość. Odebrałam ją jako wyróżnienie, ale trochę się zastanawiałam. Z pracą na tym stanowisku wiąże się duży stres, gdyż oddział ratunkowy to tzw. pierwsza linia frontu i duża odpowiedzialność, a mnie brakowało doświadczenia. Ostatecznie zdecydowałam się. Miałam już przecież specjalizację, a ponadto skończone studia podyplomowe z zarządzania w ochronie zdrowia.



SOR – sala obserwacyjna



SOR – sala intensywnej terapii

Kiedy rozpoczęła pani u nas pracę?

Niedawno, 2 stycznia. Wcześniej byłam w szpitalu na spotkaniu z dr Ewą Bugaj, która pełniła wtedy obowiązki kierownika SOR. Nasza rozmowa pomogła mi odnaleźć się w nowej roli, za co jestem jej bardzo wdzięczna. Zaś osobą, która pomogła mi wejść w nowe obowiązki, na której wsparcie zawsze mogę liczyć, jest Anna Baranowska, nasza oddziałowa. Anna wie o oddziale dosłownie wszystko. Jest jedną z osób, dzięki którym jest on tak nowoczesny i dobrze zorganizowany. Jak tu przyszłam, to od razu zwróciłam uwagę na doskonale wyposażenie i pomyślałam, że wiele oddziałów chciałoby mieć choć połowę tego, z czego my na co dzień korzystamy.

Od początku spotkałam się z sympatią i życzliwością pracowników SOR, a także kierownictwa szpitala. Będąc szefową, stawiam pracownikom konkretne zadania, rozliczam z tego, jak wykonują swoje obowiązki. Czasem są na oddziale, jak zresztą wszędzie, jakies niesnaski – jedni lepiej się w czymś spełniają, a inni są lepsi w czymś innym. Muszę jednak powiedzieć, że nasz zespół postrzegam pozytywnie, tym bardziej że pracę mamy odpowiedzialną, a warunki jej wykonywania dość szczególne.

A jak wygląda codzienność w SOR?

Na tej naszej pierwszej linii frontu praca jest ciężka, zwłaszcza że wciąż brakuje miejsc na oddziałach, na które zaraz po zdiagnozowaniu powinni być przeniesieni pacjenci wymagający dalszej hospitalizacji. W rezultacie SOR jest nieustannie przepełniony, z czym wiąże się wiele problemów.

Przede wszystkim niekorzystne są warunki pobytu pacjentów, którzy są tu leczeni w oczekiwaniu na wolne łóżko w oddziale docelowym. Przy nadmiernym obciążeniu oddziału, wszyscy – lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni – mamy znacznie więcej pracy, pracujemy w ciągłym stresie, pod presją czasu. Poza tym, na oddziałach ratunkowych większość lekarzy zatrudniona jest na kontraktach, zmieniają się co 12 lub 24 godziny. Zatem pacjent leczony dłużej w SOR nie ma, tak jak w innych oddziałach, jednego lekarza prowadzącego, który wie wszystko o stanie jego zdrowia i prowadzonej terapii. Ja staram się, żeby koledzy przekazywali sobie pełne informacje o pacjentach, ale gdy w oddziale jest dwa razy tyle chorych, co miejsc, a to u nas niezadkość, to pewne szczegóły mogą umknąć.

3 nasz szpital

Czasem niemożność uzyskania natychmiastowej informacji o stanie zdrowia bywa powodem niezadowolenia pacjenta lub jego rodziny, którzy zgłaszają nam rozmaite uwagi. Przyjmuję je ze zrozumieniem i nie narzekam na los. Podejmując tę pracę, miałam świadomość, że tak może być. Nie dziwię się, że na zatłoczonym oddziale, gdzie panuje ciągły ruch, chorzy i ich bliscy są zaniepokojeni, że miewają do nas pretensje o brak spokoju, intymności. My staramy się działać w poszanowaniu godności każdego chorego, choć przyznaję, że nie zawsze się to udaje. W szczególności gdy w 8-stanowiskowej sali obserwacyjnej przebywa np. 13 pacjentów i cały korytarz jest wypełniony łóżkami. To nie są warunki odpowiednie dla ludzi chorych. Na oddziałach, w małych salach, jest zupełnie inaczej.

Martwi mnie, że wskutek rosnących potrzeb w zakresie leczenia szpitalnego osób starszych i niedoboru łóżek internistycznych w mieście nasz oddział nie zawsze może być w pełni gotowy do zadań wynikających z ustawy o ratownictwie medycznym. Wszak zgodnie z tą ustawą, pacjent w SOR ma przebywać krótko. Po zbadaniu przez lekarza i wykonaniu niezbędnej diagnostyki powinna szybko zapaść decyzja, czy ma on zostać w szpitalu, czy może wrócić do domu i leczyć się ambulatoryjnie. Tymczasem, przy tak dużej zgłaszalności, nie tylko wydłuża się czas podjęcia tej decyzji, ale, jeśli pacjent wymaga hospitalizacji, a nie ma dla niego miejsca na odpowiednim oddziale, to zostaje u nas.

Rozwiązanie tej niekorzystnej sytuacji nie leży ani w zasięgu możliwości SOR, ani samego szpitala. Do szpitala, zresztą nie tylko naszego, zgłasza się coraz więcej osób, potrzebujących hospitalizacji, głównie na oddziałach chorób wewnętrznych albo geriatrycznych, których w mieście w ogóle nie ma. Nasze oddziały chorób wewnętrznych są stale przepełnione, rzadko kiedy nie mają dostawek, również na korytarzach. Nie jest też nam łatwo znaleźć dla pacjenta miejsce w innym szpitalu w Warszawie. Wszystko to wskazuje, że w stolicy jest za mało łóżek internistycznych. Ten narastający problem można rozwiązać jedynie w skali całego miasta, przy czym należałoby także pomyśleć o zapewnieniu starzejącym się mieszkańcom opieki geriatrycznej.



dr R. Talarczyk z synami

Czy coś się zmieniło po 17 lutego, po spotkaniu u Wojewody Mazowieckiego, które było poświęcone sytuacji w warszawskich szpitalach?

Jest trochę lepiej. Były momenty, że inne szpitale przyjęły od nas chorych, gdy mieliśmy ponad 20 osób czekających na miejsce na internie. Niestety nadal są dni, kiedy mamy tak wielu oczekujących. Wiem, że dyrektor Marek Balicki osobiście rozmawiał o tym z dyrektorami innych szpitali, m.in. Praskiego i Grochowskiego. I z tymi dwoma szpitalami nawiązaliśmy dobrą współpracę. Z Grochowskim, to mamy nawet „gorącą linię”, tzn. kontaktuję się z nimi dwa razy dziennie, i jeśli tylko mogą, to przejmują od nas pacjentów.

Ponadto codziennie koło południa mamy szansę pozyskania od miejskiego koordynatora ds. organizacji służby zdrowia informacji o wolnych łóżkach w innych szpitalach, co nie znaczy, że można tam wysłać pacjenta. Najpierw trzeba ustalić, czy wolne miejsce jeszcze jest i czy profil oddziału, na którym się ono znajduje, jest odpowiedni dla naszego pacjenta. Następnie upewnić się, czy zostanie on tam przyjęty. To dość skomplikowana procedura, która zabiera sporo czasu. Poza tym, nie w każdym

4 nasz szpital

przypadku transport jest możliwy i bezpieczny. Jak pacjent jest u nas dłużej, to my o jego stanie dużo wiemy, bo każdego, kto do nas trafia, diagnozujemy i w zależności od wyników badań wdrażamy stosowną terapię. Pacjentów w stanie ciężkim w ogóle nie przewozimy do innych szpitali, tylko leczymy u siebie, czekając, aż zwolni się odpowiednie miejsce na innym oddziale naszego szpitala. Najczęściej chodzi o oddział chorób wewnętrznych, ale w ostatnim okresie także o neurologiczny.

Któregoś dnia, wkrótce po odejściu Wisławy Szymborskiej, na pytanie o sytuację w SOR przytoczyła pani słowa poetki: chwilami życie bywa znośne. Proszę powiedzieć, kiedy ono takie jest?

W piątki, po południu. Zwykle w piątki jest dużo wypisów ze szpitala, więc jest to dzień, w którym albo większość, albo wszyscy pacjenci czekający na łóżko w innym oddziale opuszczają SOR. Mam wtedy poczucie, że udało nam się właściwie ich pokierować, przekazać w dobre ręce. Cieszę się, że nikt, lub prawie nikt, nie leży już w SOR z powodu braku odpowiedniego miejsca, że każdy pacjent ma swojego lekarza prowadzącego, z którym on i jego rodzina mogą spokojnie rozmawiać. I choć wiem, że życie będzie znośne niezbyt długo, bo wkrótce przybędą nowi pacjenci, to piątkowe popołudnie to jest taki szczególny czas.

Rozmowa z Magdaleną Sękowską, pielęgniarką oddziałową II Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologicznym

Od kiedy pracuje pani w Szpitalu Wolskim?

Od maja 2008 roku, ale z przerwą. Wcześniej przez 5 lat mieszkałam w Atenach i pracowałam w swoim drugim zawodzie, jako wychowawczyni w polskim przedszkolu, mam licencjat z pedagogiki specjalnej i magisterium z pedagogiki ogólnej. Dodatkowo brałam w szpitalu prywatne dyżury nocne przy chorym. Po wejściu Polski do Unii Europejskiej próbowałam nostryfikować dyplom pielęgniarski, by móc zatrudnić się w szpitalu. A ponieważ to się nie udało, bo był wymóg biegłej znajomości języka greckiego, a ja coraz bardziej tęskniłam do codziennej pracy w szpitalu, to wróciłam do kraju.



W sali wzmożonego nadzoru

Szybko znalazłam pracę na naszej kardiologii, jako pielęgniarka w intensywnym nadzorze kardiologicznym, i wróciłam do domowej opieki długoterminowej, w której pracowałam przed wyjazdem do Grecji i pracuję do dziś. Zaś jesienią rozpoczęłam studia podyplomowe z pielęgniarstwa. Po uzyskaniu licencjatu pomyślałam, że skoro się tak rozpędziłam, to może zrobić magisterium. Trochę się wahałam, ponieważ miałam już jednego magistrę, więc po co mi magister do kwadratu. Ale postanowiłam spróbować. Bez problemu dostałam się na bezpłatne studia dzienne. Ucieszyłam się, ale i zmartwiłam, że znowu przez kilka lat trzeba będzie godzić dwie prace z nauką. Uznałam, że to zbyt obciążające i odeszłam ze szpitala.