

WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 68

lipiec–wrzesień 2020

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162



SZPITAL WOJEWÓDZKI Z CERTYFIKATEM
DOBREJ PRAKTYKI ŻYWIENIA KLINICZNEGO – str. 4



ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY
W ZMODERNIZOWANYCH POMIESZCZENIACH – str. 7

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

Zdjęć na ostatnią stronę użyczyła

Ewa Maculewicz

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 Dziękuję Wam, kochani za wasze zaangażowanie, profesjonalizm i poświęcenie
- 4 Szpital Wojewódzki z certyfikatem Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego
- 6 Bardzo potrzebne i użyteczne „UFO”
- 7 Neurologia w nowej siedzibie
- 9 Szpital Wojewódzki liderem innowacji
- 12 Nasz nowy mammograf ma duże możliwości
- 14 Zawód: fizjoterapeuta
- 17 Dobra opinia pacjentek o opiece okołoporodowej w okresie epidemii SARS-CoV-2
- 19 Krótka opowieść o położnictwie, czyli sztuka babienia
- 22 Jesteśmy w okresie trwałości projektu kardiologicznego
- 23 Sprzęt i środki ochrony osobistej dla naszego Szpitala
- 23 Sprzęt dla Ośrodków transplantacyjnych
- 24 Czy można udzielać informacji przez telefon?
- 25 Pamięć i jej zagadki (część 37)
- 27 Jolka Szpitalna





Tak moi kochani, mamy prawo czuć się zmęczeni, znużeni a nawet podenerwowani. Pracujemy od kilku miesięcy w napięciu, które wynika z zagrożenia epidemicznego, a te otacza nas zewsząd, w pracy, w domu, w sklepie, kościele czy w windzie. Zagrożeniem są nasze dzieci, nasze wnuki, współpracownicy, pacjenci i nasi przyjaciele. Żyjemy w pewnym odosobnieniu, które ma ogromny wpływ na naszą psychikę, czy ogólne samopoczucie. Stale się o kogoś martwimy, w napięciu oczekujemy na wynik testów. Przychodzimy do pracy i wykonujemy swoje obowiązki należycie, również w napięciu, bo nasza praca to pomaganie innym, ratowanie życia i zdrowia. Powierzono

nam najtrudniejsze zadania ratowania życia pacjentom „covidowym” i pacjentom „niecovidowym”. Tak wygląda nasza rzeczywistość.

Sytuacja jest trudna, ale nas jeszcze nie przerasta, sprawdzamy się poprzez swoje zaangażowanie i profesjonalizm i to jest dobra informacja. Wzmacniamy pracę zespołową, wzmacniamy więzi personalne, pomagamy sobie nawzajem. Popętniamy błędy, ale błędów nie popełnia tylko ten co nic nie robi, funkcjonujemy w sytuacji kryzysowej, zmiennej i nieprzewidywalnej. Według prof. Andrzeja Horbana, Krajowego Konsultanta z zakresu chorób zakaźnych uzyskaliśmy delikatną równowagę z wirusem i jesteśmy w tej chwili na dobrej drodze, ale nie wszyscy podzielają optymizm Pana Profesora. Stała liczba zakażeń powyżej dwudziestu tysięcy dziennie nie powinna jednak nas uspokajać. Nadal rośnie liczba pacjentów z ciężkim przebiegiem COVID-19, co obserwujemy na co dzień w naszym szpitalu.

Zadbaliśmy o środki ochrony osobistej, ze środków unijnych przyznanych nam przez Samorząd Województwa kupiliśmy niezbędny sprzęt, co znacznie podniosło bezpieczeństwo pracy naszego personelu. W zakresie diagnostyki laboratoryjnej bakteriologicznej również zrobiliśmy miłowy krok inwestując w aparaty diagnostyczne, zaopatrzyliśmy się też w testy diagnostyczne. Ale to od personelu, czyli od nas zależy jak przeprowadzimy szpital przez ten trudny okres. Funkcje szpitala musimy dostosowywać do możliwości personalnych kadry szpitalnej, sytuacji epidemicznej i potrzeb pacjentów, dlatego musimy być elastyczni i sprawni organizacyjnie.

Zakończyliśmy długo oczekiwaną modernizację oddziału neurologicznego, przeszczepiliśmy pierwszą rogówkę w szpitalu- gratulacje dla Pana Ordynatora dr Janusza Pieczyńskiego i całego zespołu okulistycznego oraz otrzymaliśmy certyfikat „Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego „Leczenie przez Żywienie” – gratulacje dla Pani dr Krystyny Urbanowicz i całego zespołu żywieniowego z Farmaceutami włącznie.

Dziękuję Wam, kochani, za wasze zaangażowanie, profesjonalizm i poświęcenie, dziękuję również w imieniu pana Marszałka Gustawa Brzezina, który po ostatniej wideokonferencji prosi o przekazanie wyrazów uznania dla całego personelu szpitala.

Z wyrazami szacunku i uznania dla wspaniałego personelu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego

Dyrektor Irena Kierzkowska.

Dziękuję Wam, kochani
*za wasze zaangażowanie,
profesjonalizm
i poświęcenie!*



Szpital Wojewódzki z certyfikatem Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie pozytywnie przeszedł weryfikację i otrzymuje certyfikat „Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego – Leczenie przez żywienie”.



- W imieniu Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu (POLSPEN) oraz partnerów programu chciałbym poinformować, że Państwa szpital pozytywnie przeszedł weryfikację i otrzymuje certyfikat „Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego – Leczenie przez żywienie”. Serdecznie gratulujemy! – powiadomił Kacper Zarembki, koordynator programu „Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego - Leczenie przez żywienie”.

Ze względu na pandemię COVID-19 uroczyste wręczenie certyfikatów odbyło się 21 października 2020 r. w wersji on-line, transmitowanej ze studia w Warszawie. Wówczas podziękowanie i gratulacje za zaangażowanie całego Zespołu Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego na ręce dr Krystyny Urbanowicz, kierownika Ośrodka Żywienia Klinicznego oraz Barbary Lachowicz, koordynatorki pielęgniarek złożyła Irena Kierzkowska, dyrektor WSS w Olsztynie i Hanna Taraszkiewicz, pełnomocnik dyrektora ds. jakości i z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa.

Na stronie pierwszej zamieściliśmy zdjęcie Zespołu Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego. Od lewej: Grzegorz Biedrzycki z Apteki

Szpitalnej, Ewa Czech-Żbikowska, kierownik Apteki Szpitalnej, pracownicy Ośrodka Żywienia Klinicznego: dietetyczka Gabriela Balul, pielęgniarka Sylwia Kiljan, Barbara Lachowicz, dr Krystyna Urbanowicz, dr Bogna Kwella oraz dr Maciej Sadowski z Oddziału Klinicznego Chirurgii Naczyniowej.

Jak w imieniu rady ekspertów informuje prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk, prezes Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu, Certyfikat „Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego – Leczenie przez żywienie” potwierdza, przestrzeganie przez placówkę najwyższych standardów w zakresie leczenia żywieniowego oraz możliwość zapewnienia każdemu pacjentowi z ryzykiem żywieniowym odpowiedniej opieki. - W pełni doceniamy, iż Państwa szpital dokonuje rzetelnej i regularnej oceny stanu odżywienia pacjenta oraz udostępnia leczenie żywieniowe dla pacjentów ze wskazaniami – czytamy w liście gratulacyjnym przesyłanym do dyrektora Ireny Kierzkowskiej. - Gratulujemy Państwu zaangażowania i trudu włożonego w prowadzenie żywienia klinicznego i mamy nadzieję, że Państwa szpital będzie nieustannym wzorem wśród praktyk leczenia żywieniowego.

Ze względu na wciąż trwającą pandemię COVID-19 uroczyste wręczenie certyfikatów odbyło się 21 października 2020 r. w wersji on-line, transmitowanej ze studia w Warszawie.

Rada Ekspertów programu:

- prof. dr hab. n. med. Maciej Słodkowski, Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej, Centralny Szpital Kliniczny UCK WUM
- dr hab. n. med. Mirosław Czuczwar Kierownik II Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
- dr n. med. Michał Jankowski, Adiunkt Katedry Chirurgii Onkologicznej CM UMK, Centrum Onkologii w Bydgoszczy
- dr n. med. Aleksandra Kapata, Kierownik Działu Dietetyki Klinicznej Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie
- dr n. med. Barbara Kuczyńska, Koordynator Poradni Żywienia Dojelitowego

i Pozajelitowego w Warunkach Domowych, Szpital Kliniczny UM w Poznaniu

- dr n. med. Małgorzata Łyszkowska, Klinika Chirurgii Dziecięcej i Transplantacji Narządów IP-CZD
- dr n. med. Dorota Mańkowska-Wierzbicka, Katedra i Klinika Gastroenterologii, Żywienia Człowieka i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
- dr hab. n. med. Przemysław Matras, Adiunkt I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywieniowego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
- dr n. med. Anna Zmarzły, Kierownik Ośrodka Żywienia Klinicznego, WSS im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu
- lek. med. Kinga Szczepanek, anestezjolog, Szpital Specjalistyczny w Skawinie
- dr n. o zdr. Krystyna Majewska, Poradnia Dla Chorych Żywionych Pozajelitowo i Dojelitowo w Warunkach Domowych, SPSK w Warszawie
- dr n. o zdr. Edyta Wernio, Katedra Żywienia Klinicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny
- dr n. farm. Maria Ciszewska-Jędrasik, Ogólnopolska Sekcja Żywienia Do- i Pozajelitowego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego
- mgr Lidia Bartoszewska, Poradnia Leczenia Żywieniowego, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie
- mgr Karolina Goral, Zakład Dietetyki Klinicznej, UM w Lublinie, Poradnia Leczenia Żywieniowego, SPSK nr 4 w Lublinie, dietetyk
- mgr Magdalena Sumlet, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu
- mgr Agnieszka Surwiłło-Snarska, Dział Dietetyki Klinicznej, Centrum Onkologii Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie
- mgr farm. Gabriela Pierzynowska, Kierownik apteki szpitalnej w Szpitalu im. M. Kopernika w Gdańsku
- mgr farm. Justyna Zamarska, Komitet ds. Leczenia Żywieniowego Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie
- mgr farm. Ryszard Sot, Kierownik apteki szpitalnej Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie

Nasze leczenie ratuje życie ciężko chorych pacjentów

Pomagamy chorym w powrocie do zdrowia na terenie szpitala. Zajmujemy się także leczeniem żywieniowym chorych w domu zarówno dożylnie, jak i dojelitowo. Moim największym marzeniem jest powiększenie metrażu naszego miejsca pracy i zwiększenie zatrudnienia – mówi dr n.med. Krystyna Urbanowicz, kierownik Ośrodka Żywienia Klinicznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.



Rozmowa z dr Krystyną Urbanowicz

Przemysław Prais: Jakie znaczenie dla kierowanego przez Panią Ośrodka Żywienia Klinicznego, a tym samym dla naszego Szpitala ma otrzymanie certyfikatu „Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego - Leczenie przez żywienie”?

Krystyna Urbanowicz: Certyfikat Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego oraz leczenie przez żywienie dla mnie osobiście nie ma aż tak wielkiego znaczenia. Przez wielu bowiem lat mego zaangażowania właśnie w leczenie żywieniowe chorych ze wskazań w naszym szpitalu doskonale wiedziałam, że jest to leczenie ratujące życie ciężko chorych, jako wspomagające każde inne leczenie czy to internistyczne czy operacyjne chorych wyniszczonych, które właśnie dlatego prowadziłam, bardzo odpowiedzialnie zgodnie ze standardami niezależne od jakichkolwiek nagród i wyróżnień, ponieważ ważny jest człowiek, który chce żyć. Dla szpitala myślę, że jest to ważne, że po raz kolejny został zauważony i doceniony. Miło pracować w miejscu, o którym się mówi „dobry szpital”. Wiele razy to słyszałam, a dotożenie do tego swojej cegiełki jest dla mnie ważne ze względów ambicjonalnych. Przyjemne jest też, że w naszym kraju jeszcze raz zostaliśmy zauważeni jako zespół żywieniowy.

Proszę powiedzieć, pacjenci z jakimi schorzeniami otrzymują pomoc w Ośrodku Żywienia Klinicznego?

– Pomagamy chorym w powrocie do zdrowia na terenie szpitala, jako dział wielodyscyplinarny

Żywnienie chorych równie ważne jak leki

O istotnej roli żywienia w procesie leczenia pacjentów pisaliśmy obszernie w jednym z poprzednich wydań Pulsu Szpitala. W tym miejscu przypomniemy najważniejsze informacje.

Jakość i ilość pokarmów spożywanych przez chorego i stopień pokrycia rzeczywistego zapotrzebowania białkowo-energetycznego powinny być tak samo kontrolowane, korygowane i odnotowywane jak podawane leki. Ważne jest to, co chory rzeczywiście zjada w ciągu doby. Przez krótki czas organizm może bez większych zaburzeń przetrwać brak pożywienia nawet wtedy, gdy jego potrzeby metaboliczne są większe niż normalnie. Czas przetrwania zależy od wyjściowego stanu odżywienia, przemiany materii, czasu głodzenia i wieku chorego. Jeżeli okres głodzenia przedłuża się, a straty nie zostaną w porę wyrównane, niedożywienie pogłębia się, prowadząc do śmierci chorego, a czas przeżycia zależy od wyjściowego stanu odżywienia i zużycia rezerw ustroju.

Niedożywienie zwykle rozwija się powoli przez tygodnie lub miesiące. Przywrócenie odpowiedniej podaży pokarmu pozwala na poprawę stanu odżywienia.

Z żywieniowego punktu widzenia okres przeżycia zależy od rezerw (w tym przypadku białka) i szybkości ich zużycia. Czasem np. w okresie zakażenia nawet odpowiednie żywienie nie jest w stanie poprawić stanu odżywienia, jest jednak niezbędnym elementem leczenia, gdyż zmniejsza zużycie zasobów białka, dostarcza substratów do syntezy białek ostrej fazy i gojenia ran, wspomaga skuteczność leczenia i wydłuża okres przeżycia, dając czas na leczenie choroby podstawowej. Jeśli chory nie może odżywiać się wystarczająco w sposób naturalny, wskazane jest leczenie żywieniowe. I tu na ratunek śpieszą specjaliści żywieniowi. W naszym Szpitalu to Ośrodek Żywienia Klinicznego kierowany przez dr Krystynę Urbanowicz.

Wykorzystując dojelitową lub pozajelitową drogę żywieniową można skutecznie zapobiegać lub leczyć niedożywienie, w następstwie którego dochodzi do zmniejszenia masy ciała, osłabienia mięśni, upośledzenia odporności (w konsekwencji do wzrostu zakażeń), spadku stężenia białka, atrofii błony śluzowej, gorszego wykorzystania tlenu. Skutkiem są zaburzenia gojenia ran i zwiększone ryzyko powstawania odleżyn. U chorych niedożywionych obserwuje się znaczny wzrost powikłań powodujący dłuższy pobyt w szpitalu.

Odżywianie pozajelitowe (dożylnie) stosuje się u pacjentów ze skrajnym wyniszczeniem, pooperacyjnymi przetokami przewodu pokarmowego, niedrożnością nieoperacyjną jelita, z urazami wielonarządowymi, po rozległych resekcjach przewodu pokarmowego, w powikłaniach pooperacyjnych wymagających ponownych zabiegów operacyjnych tylko wtedy, gdy nie można zastosować żywienia enteralnego.

Leczenie żywieniem pozajelitowym polega na dostarczeniu choremu wszystkich niezbędnych składników pokarmowych – odpowiedniej ilości białka, energii, elektrolitów, witamin, mikroelementów i wody bezpośrednio do układu krwionośnego z pominięciem przewodu pokarmowego. Żywnienie pozajelitowe musi być dostosowane do metabolizmu i zapotrzebowania chorego.

Żywnienie dojelitowe stosuje się, gdy pacjent posiada przewód pokarmowy, ale nie może samodzielnie z niego korzystać z powodu wysokiej przeszkody (np. guz), zaburzeń połykania, albo stanu braku przytomności. Chorzy otrzymują żywienie płynne przemysłowe o ściśle opracowanym składzie, podawane bezpośrednio do żołądka lub do jelit. Pokarm wprowadzany jest przez zgłębnik założony przez nos. Tę metodę stosuje się zwykle, gdy konieczność żywienia dożołądkowego lub dojelitowego trwa względnie krótko - podczas pobytu osoby chorej w szpitalu. Gdy żywienie tego typu potrzebne jest przez bardzo długi okres, pokarm dostarcza się przez specjalny otwór w powłokach jamy brzusznej, prowadzący do żołądka lub jelita. Dostęp ten nazywa się żołądkową lub jelitową przetoką odżywczą.



wtedy, kiedy wyniszczenie nie jest podstawową chorobą, ale towarzyszy wielu innym, jak np. krwotocznemu zapaleniu trzustki, niedrożności przewodu pokarmowego, powikłaniom pooperacyjnym, przetokom jelitowym lub stanom zapalnym przewodu pokarmowego. Zajmujemy się także leczeniem żywieniowym chorych w domu zarówno dożylnie, jak i dojelitowo, oczywiście z powodu konkretnych wskazań.

Iloma pacjentami opiekuje się Ośrodek?

– Obecnie mamy 85 chorych żywionych pozajelitowo w domu. W naszej historii największa liczba takich pacjentów wynosiła 90. Połowę stanowią chorzy z zespołem krótkiego jelita z jejunostomią końcową lub bez. Poza tym leczymy chorych z nieoperacyjną niedrożnością przewodu pokarmowego, porażeniem uszkodzeniem przewodu pokarmowego, zespołami opóźnionego (złego) wchłaniania po chemioterapii, radioterapii, chorobami śluzówki.

Zajmujemy się też chorymi w ich domach, którzy nie mogą odżywiać się w sposób fizjologiczny a posiadają przewód pokarmowy. Są to chorzy odżywiani dojelitowo czy to przez gastrostomię czy jejunostomię i czasami przez sondę. Tych chorych w sumie jest 140-150.

Na terenie szpitala znajduje się średnio około 10 chorych, którym pomagamy.

Na czym polega pomoc udzielana pacjentom?

– Leczenie chorych z zaburzeniami stanu odżywienia – wyniszczonych, polega na ocenie stanu odżywienia, wyrównaniu gospodarki wodno-elektrolitowej a następnie decyzji czy chory może być żywiony poza lub dojelitowo albo wystarczyć tylko zalecić odpowiednią dietę doustną z suplementacją lub bez. Następnie ustalamy zapotrzebowanie i opracowujemy program. Kontrolujemy laboratoryjnie i klinicznie czy w programie musimy zmienić składowe worka żywieniowego. Jeżeli chory musi być żywiony poza lub dojelitowo przez dłuższy okres lub do końca życia, a jest stabilny, to nie musi przebywać w szpitalu. Można go, po przygotowaniu prowadzić w domu z okresową kontrolą ambulatoryjną.

Bardzo ważne jest równoczesne dbanie o dojsię dożylnie do żył centralnych lub do przewodu pokarmowego. Człowiek posiada tylko jedną żyłę główną górną i jedną dolną. Często wymiana cewników, zakażenia lub zakrzepice niszczą możliwość dożylnego leczenia żywieniowego, a jeżeli chory tylko tak się odżywia, bo stracił jelita to co zrobić.

W jakich formach się odbywa taka pomoc?

– Do leczenia żywieniowego szpitalnego kwalifikujemy podczas konsultacji zgłaszanych przez lekarzy, do leczenia w domu kwalifikujemy wstępnie po zgłoszeniu telefonicznym Do Poradni Żywienia Klinicznego. Należy podkreślić,

ze bardzo pomaga nam Zakład Bakteriologii, ponieważ każdy nasz chory jest diagnozowany bakteriologicznie.

Wysoko cenię sobie współpracę z Apteką Szpitalną szczególnie z Apteczną Pracownią Żywienia Klinicznego, gdzie przygotowane są profesjonalnie worki żywieniowe.

Jak widzi Pani dalszy rozwój Ośrodka Żywienia Klinicznego?

– Ośrodek działa od 20 lat, zaś chora z najdłuższym stażem żywi się pozajelitowo również od 20 lat. Przede wszystkim moim marzeniem jest powiększenie metrażu naszego miejsca pracy i zwiększenie zatrudnienia. Jesteśmy bardzo zapracowanym zespołem pięciu par, co czyni go najmniejszym w całym kraju. W jednym pokoju mieści się magazyn, archiwum, barek, szatnia i gabinet lekarski oraz sekretariat. Tymczasem pod względem liczby leczonych chorych jesteśmy w chwili obecnej na czwartym miejscu na 12 ośrodków w kraju.

Dla chorych wygodą byłoby przygotowywanie worków żywieniowych do domu przez aptekę. Moje pozostałe marzenia w miarę upływu czasu odeszły w niepamięć.

Chciałabym podkreślić, że mimo wszystko pracuje się z mniejszymi lub większymi sukcesami tylko dlatego, że bardzo odpowiedzialny, wyszkolony i pracowity jest zespół ludzi, rozumiejący potrzeby i oddienność leczonych chorych.

Rozmawiał Przemysław Prais

Bardzo potrzebne i pożyteczne „UFO”

Tak właśnie, z racji kształtu, przypominającego robota lub istotę z innej planety, potocznie nazywane jest urządzenie do dekontaminacji pomieszczeń w naszym szpitalu.

O tym, jak działają i dlaczego są tak ważne pisze poniżej pracownik Centralnej Sterylizatorni, które je obsługuje.

Nazywam się Patryk Kozyra jestem pracownikiem Centralnej Sterylizatorni. Wraz z dwoma współpracownikami, Markiem Olbertem i Łukaszem Łaszkiem zajmuję się przede wszystkim transportem narzędzi na Blok Operacyjny, oddziały szpitalne oraz do poradni. Brudne przewożymy do sterylizatorni, skąd po sterylizacji dostarczamy do poszczególnych komórek.

Do naszych obowiązków wlicza się też dekontaminacja pomieszczeń dla personelu szpitalnego przy pomocy urządzenia o nazwie BIOQUELL Z-2, czyli tzw. UFO. O ten aparat często pytają nas zarówno pacjenci, jak i personel szpitalny: a co to jest, a do czego to służy, a w jakim celu pan to podłącza? Wyjaśnienie jest proste: oczyszczamy z drobnoustrojów sale szpitalne po pobycie pacjentów, w szczególności

na Oddziale Intensywnej Terapii oraz izolatkach na pozostałych oddziałach z użyciem nadtlenu wodoru H_2O_2 , dbając w ten sposób o zapobieganie i minimalizowanie skutków zakażeń.

Procedura polega na tym, że za pomocą miarki laserowej mierzymy najpierw długość, szerokość i wysokość danej sali tak, aby maszyna „wylczyła sobie” ile potrzebuje nadtlenu wodoru z butli na dekontaminację całej objętości sali, biorąc pod uwagę również łóżka, szafki, kosze na śmieci i inne znajdujące się w niej przedmioty.

Proces dekontaminacji ma cztery etapy. Najpierw sprawdzamy czy okna są szczelnie zamknięte i zaklejamy kratki wentylacyjne. Po wstawieniu urządzenia do sali zaklejamy szczelnie drzwi mocną taśmą tak, żeby gaz nie przedostał się na korytarz. Przygotowanie sali trwa około pięciu minut. Następnie wykonujemy pierwsze gazowanie, a później drugie. Czas trwania zależy od wielkości sali – przy dużych salach podawanie



nadtlenku wodoru trwa zazwyczaj 4-6 godzin, zaś w mniejszych pomieszczeniach typu izolatkach z reguły wystarczają 2-3 godziny. Po całkowitym gazowaniu przechodzimy do ostatniego etapu dekontaminacji, czyli przewietrzania. Po całkowitym przewietrzeniu wyłączamy i zabieramy BIOQUELLA z pomieszczenia, które musi zostać jeszcze przewietrzone przez otwarcie okien i odklejenie taśmy z kratki wentylacyjnych. Ostatnie wietrzenie sali trwa zazwyczaj 2 godziny i po tym czasie można w niej umieścić kolejnego pacjenta.

Patryk Kozyra

Neurologia w nowej siedzibie

Nowy sprzęt, klimatyzowane sale chorych z unikalnym systemem powiadamiania i identyfikacji pacjenta, odnowione gabinety terapeutyczne, punkt recepcyjny i wygodne pomieszczenie socjalne – tak w największym skrócie można przedstawić efekty prac prowadzonych w ostatnich miesiącach w Oddziale Neurologicznym.

Historia zatoczyła koło. W końcu, po dwudziestu latach, Oddział Neurologiczny został odnowiony. Od momentu powstania to wiodący i nieformalnie referencyjny ośrodek neurologiczny województwa.

Tu diagnozuje się i leczy pełen zakres schorzeń układu nerwowego. Dysponujemy obszernym zapleczem diagnostycznym a dzięki współpracy z neurochirurgami, radiologami oraz anestezjologami możemy kompleksowo leczyć

zagrożające życiu i zdrowiu choroby – guzy mózgu, udary, schorzenia zapalne OUN, ostre zapalne polineuropatie. Tu powstał pierwszy oddział udarowy w województwie, tu po raz pierwszy na Warmii i Mazurach wdrożono leczenie trombolityczne i trombektomię mechaniczną. Jesteśmy największym regionalnym ośrodkiem leczenia - w ramach programów terapeutycznych NFZ - stwardnienia rozsianego, polineuropatii, spastyczności poudarowej i dystonii.

Ale by być najlepszym i dotrzymywać kroku nowym trendom, potrzeba nowoczesności. Stary oddział już do tego nie przystawał. Aparatura się zestarzała, sala intensywnego nadzoru trąciła myszką, łóżka chorych pamiętały czasy budowy szpitala. Dlatego z radością powitaliśmy decyzję Dyrekcji o remoncie. Jeszcze bardziej cieszył fakt, że mogliśmy uczestniczyć w planach modernizacji. Ucząc się na doświadczeniach wcześniej remontowanych oddziałów stworzyliśmy własną wizję. Oczywiście czasem trzeba było urealnić marzenia, aby zmieścić się w starych murach i nowym budżecie. Ale efekt okazał się znakomity.

W nowym Oddziale pojawiają się nowe aparaty. W pracowni EEG zainstalowany zostanie nowy aparat EEG z możliwością długoczasowego zapisu i videoEEG, co pozwoli na precyzyjną diagnostykę różnicową - padaczki z mapowaniem ogniska padaczkowego, encefalopatii toksycznych i zapalnych, rzadkich schorzeń jak choroba Creutzfeldta Jakoba czy mioklonii. Rozbudowany aparat emg będzie wykorzystywany do diagnostyki schorzeń nerwowo-mięśniowych, w tym takich poważnych jak zespół Guillaina Barre, stwardnienie zanikowe boczne, miopatie zapalne. Na oddziale pojawi się też po raz pierwszy aparat usg dając możliwość badań przezczaszkowych z monitoringiem przepływu mózgowego i ciśnienia śródczaszkowego w obrzęku mózgu, oceny drożności tętnic





domózgowych; będzie też wykorzystywany w podawaniu toksyny botulinowej do mięśni kończyn w spastyczności podarowej i do mięśni karku w dystoniach.

Znacznie unowocześniona została sala intensywnej opieki neurologicznej. Poszerzono wejście, zapewniając lepszą komunikację i kontrolę wzrokową, zorganizowano dodatkowy punkt pielęgniarski w bezpośredniej bliskości pacjentów. Łóżka chorych mają zainstalowaną wagę, co umożliwi precyzyjne dawkowanie leków wg wagi czy powierzchni ciała u pacjentów leżących, na przykład leczenia trombolitycznego w udarze niedokrwiennym mózgu. Są uchylne, aby ułatwić transport i pielęgnację pacjenta. Oczywiście są w pełni zautomatyzowane. Każde łóżko ma własną obrotową kolumnę zasilającą (nigdy więcej poszukiwania wolnego kontaktu!), zwiększono ilość pomp infuzyjnych. Ustawienie łóżek i kolumn pozwala na nieograniczony dostęp do chorego – to ważne na przykład przy reanimacji. Monitory medyczne dedykowane każdemu intensywnemu pacjentowi połączono w sieć z możliwością podglądu w głównym punkcie pielęgniarskim oraz gabinecie lekarskim. Sala jest klimatyzowana, co poprawia jakość leczenia bowiem pacjenci z udarem czy SM źle znoszą wysoką temperaturę.

Sale chorych przeszły rewolucję. Poszerzono drzwi, aby ułatwić przejazd dla łóżek transportowych. Wszystkie sale, podobnie jak reszta oddziału są klimatyzowane. Zainstalowano panele nadłóżkowe z dostępem do gazów medycznych, próżni, zasilania. Panele oferują unikalny system powiadamiania i identyfikacji pacjenta – zarówno przez pielęgniarki jak i lekarza. Na każdy segment składający się z dwu

sal przypada łazienka z szerokim dostępem i udogodnieniami dla osób niepełnosprawnych. To na pewno poprawi poziom zadowolenia pacjentów a więc również efekty leczenia. Pojawiły się też dwie izolátky ze śluzami, funkcjonalnymi łazienkami z prysznicem i myjką basenów oraz kaczek. Są tak samo dobrze wyposażone i monitorowane jak sala intensywna. Tu będzie się leczyć chorych zakaźnych, z ciężkimi zapaleniami opon i mózgu, zakażeniami clostridium, i co możliwe w obecnych czasach, z COVID-19.

Pacjenci oddziału mają też zapewniony pokój socjalny do spożywania posiłków, przygotowywania napojów, rozmów z odwiedzającymi. Kolory sal i korytarza zostały dobrane w taki sposób, by zapewnić dodatkową, wzrokową stymulację dla pacjentów z udarem – jest to część stymulacji wielobódczowej. Same korytarze zostały w miarę możliwości pozbawione barier – skrzynki elektryczne i hydrantowe zostały wbudowane w ściany, zoptymalizowano rozmieszczenie grzejników. Tu będą się uczyć na nowo chodu osoby z niedowładami, pomogą im odpowiednio zainstalowane poręcze.

Odnowione zostały gabinety terapeutyczne. W pokoju rehabilitantów znajdzie się łóżko rehabilitacyjne z oprzyrządowaniem, rower stacjonarny, stół do ćwiczeń manualnych, i nowość – poduszka sensoryczna. Logopeda ma do dyspozycji zarówno tradycyjny system „obrazkowy” jak i zaawansowany komputerowy program do terapii logopedycznej. Pacjenci będą mogli w kameralnych warunkach korzystać z tych bardzo ważnych form terapii.

Ponieważ w oddziale leczenia są również pacjenci ambulatoryjni – uczestniczący w programach

lekowych NFZ oraz badaniach klinicznych, zorganizowano dla nich dwa pokoje badań, tu znajdują się szafy z dokumentacją medyczną i lodówki z lekami oraz próbkami biologicznymi.

Znacząco poprawiło się personelowi. Pielęgniarki mają nowy, niewielki, ale funkcjonalny punkt recepcyjny do przyjmowania pacjentów, sprawdzania zleceń, monitoringu pacjentów podłączonych do monitorów medycznych. Tuż za nim znajdują się dwa pomieszczenia. Obszerne pokój socjalny pozwoli na poranne odprawy pielęgniarskie, spożywanie posiłków, krótki odpoczynek. Obok wydzielono pokój wydawania leków, tu bez ryzyka dekoncentracji i pomyłki będą przygotowywane zestawy leków dla poszczególnych pacjentów.

Gabinet zabiegowy z lampą chirurgiczną i z zamkniętymi szafkami pomieści podręczne materiały medyczne, tu będzie pobierana krew i wykonywane drobne zabiegi. W gabinecie lekarskim wydzielono sekretariat z dwoma stanowiskami. Dwa pomieszczenia lekarskie wyposażono w wystarczającą ilość stanowisk komputerowych, szafek, kącikiem socjalnym.

Przyjemnie będzie wrócić na własne. Pacjenci docenią udogodnienia, duże, jasne i klimatyzowane sale, sanitariaty, dostępność terapii usprawniających i aparatury diagnostycznej. Pacjenci w ciężkim stanie otrzymają lepszy monitoring i zaawansowane systemy lecznicze. A pracownicy? Cały zespół będzie się czuł jak u siebie, w końcu to my jesteśmy współtwórcami nowego Oddziału!

Dr n. med. Jacek Zwiernik, zastępca ordynatora Oddziału Neurologicznego

Szpital Wojewódzki liderem innowacji

Wielonarządowe Centrum Chorób Naczyń jest przykładem wdrożenia innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych z wykorzystaniem zespołów wielospecjalistycznych dedykowanych indywidualnym potrzebom pacjenta. Docenili to jurorzy konkursu Bezpieczny Szpital Przyszłości Inspiracje 2019, którzy wyróżnili ten projekt.

W ogólnopolskim konkursie organizowanym pod patronatem Prezesa NFZ, Głównego Inspektora Sanitarnego, Dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego oraz Dyrektora Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji Wojewódzki Szpital Specjalistyczny zdobył czwarte miejsce w kategorii „Innowacje w szpitalu”. W pokonanym polu nasz Szpital zostawił m.in. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, czy Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu. Jak zaznaczają organizatorzy tegoroczna rywalizacja była bardzo wyrównana.

Irena Kierzkowska, dyrektor WSS w Olsztynie odebrała nagrodę podczas uroczystej gali, która odbyła się 24 września w Warszawie.

Zespół autorski projektu Wielonarządowego Centrum Chorób Naczyń tworzą: dr n. med. Grzegorz Wasilewski, kierownik Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, dr n. med. Jacek Zwiernik, za-ca ordynatora Oddziału Neurologii i Oddziału Udarowego oraz dr n. med. Rakesh Jalali, Koordynator Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego.

Celem funkcjonowania Centrum jest zapewnienie skoordynowanej opieki nad pacjentami ze schorzeniami naczyniowymi: aorty, naczyń domózgowych, mózgu, wieńcowych, obwodowych, żył, przetok tętniczo – żylnych (dializacyjnych), malformacji naczyniowych zarówno obwodowych jak i mózgu oraz pacjentów onkologicznych (krwotoki, embolizacje w tym chemoembolizacje). Zapewnia ono kompleksowość, komplementarność, ciągłość i interdyscyplinarność opieki, poprzez dostępność i współdziałanie wielu specjalistów w jednym miejscu i w jednym czasie.

Organizacja opieki zapewniającej kompleksowość świadczeń zdrowotnych w zakresie Centrum wymagała skoordynowania personalizowanych działań przedszpitalnych w zakresie ratownictwa medycznego, szpitalnych oraz poszpitalnych w zakresie rehabilitacji i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wielonarządowe Centrum Chorób Naczyń opiera swoje działanie na Zespole Naczyniowym, w skład którego wchodzi lekarz specjalista

w dziedzinie radiologii inwazyjnej oraz w zależności od schorzenia wtaściwi lekarze specjaliści, wspólnie ustalający indywidualny plan leczenia. Rolę koordynatora wielodyscyplinarnego zespołu pełni lekarz radiolog inwazyjny. Celem Zespołu Naczyniowego jest wybranie metody leczenia dla danego pacjenta, danego schorzenia gwarantującej jak najlepszy efekt terapeutyczny jednocześnie z obniżeniem ryzyka okoto zabiegowego do minimum. Kwalifikacja odbywa się zawsze z uwzględnieniem stanu ogólnego pacjenta, wad, zalet każdej z metod leczenia (np. operacje tętniaków mózgu w zależności od lokalizacji tętniaka, jego wielkości, kształtu – pacjent jest kwalifikowany do operacji klasycznej, lub leczenia radiologicznego, wewnątrznaczyniowego).

Pacjenci z rozpoznaniem choroby wielonaczyniowej mają zaplanowane i przeprowadzone leczenie kompleksowe w trakcie jednego pobytu lub kilku następujących po sobie pobytów na kilku oddziałach szpitala. U pacjentów wymagających leczenia naczyń w trybie pilnym zabiegi są wykonywane jednocześnie przez zespoły różnych specjalistów (np. kardiochirurg/kardiolog, kardiochirurg/radiolog zabiegowy, chirurg naczyniowy/radiolog zabiegowy, ginekolog/radiolog zabiegowy).

Centrum koncentruje się na pacjentach ze schorzeniami w zakresie kardiologii i kardiochirurgii, neurologii z oddziałem udarowym, neurochirurgii, chirurgii naczyniowej, ginekologiczno – położniczym i ginekologii onkologicznej, nefrologii, onkologii i centrum urazowego, do którego trafiają pacjenci powypadkowi. Współpracuje w zakresie diagnostyki z radiologią i medycyną nuklearną, a w zakresie terapeutycznym z radiologią inwazyjną.

Centrum zapewnia również świadczenia rehabilitacyjne w zakresie rehabilitacji neurologicznej, kardiologicznej, przytóżkowej, stacjonarnej oraz dziennej. Wszystkie wykonywane badania diagnostyczne, zabiegi operacyjne, procedury wewnątrznaczyniowego leczenia chorób naczyń są realizowane w dwóch trybach – planowym oraz pilnym, całodobowo przez 7 dni w tygodniu, w pełnym zakresie badań diagnostycznych oraz zabiegów, w tym wewnątrznaczyniowych.

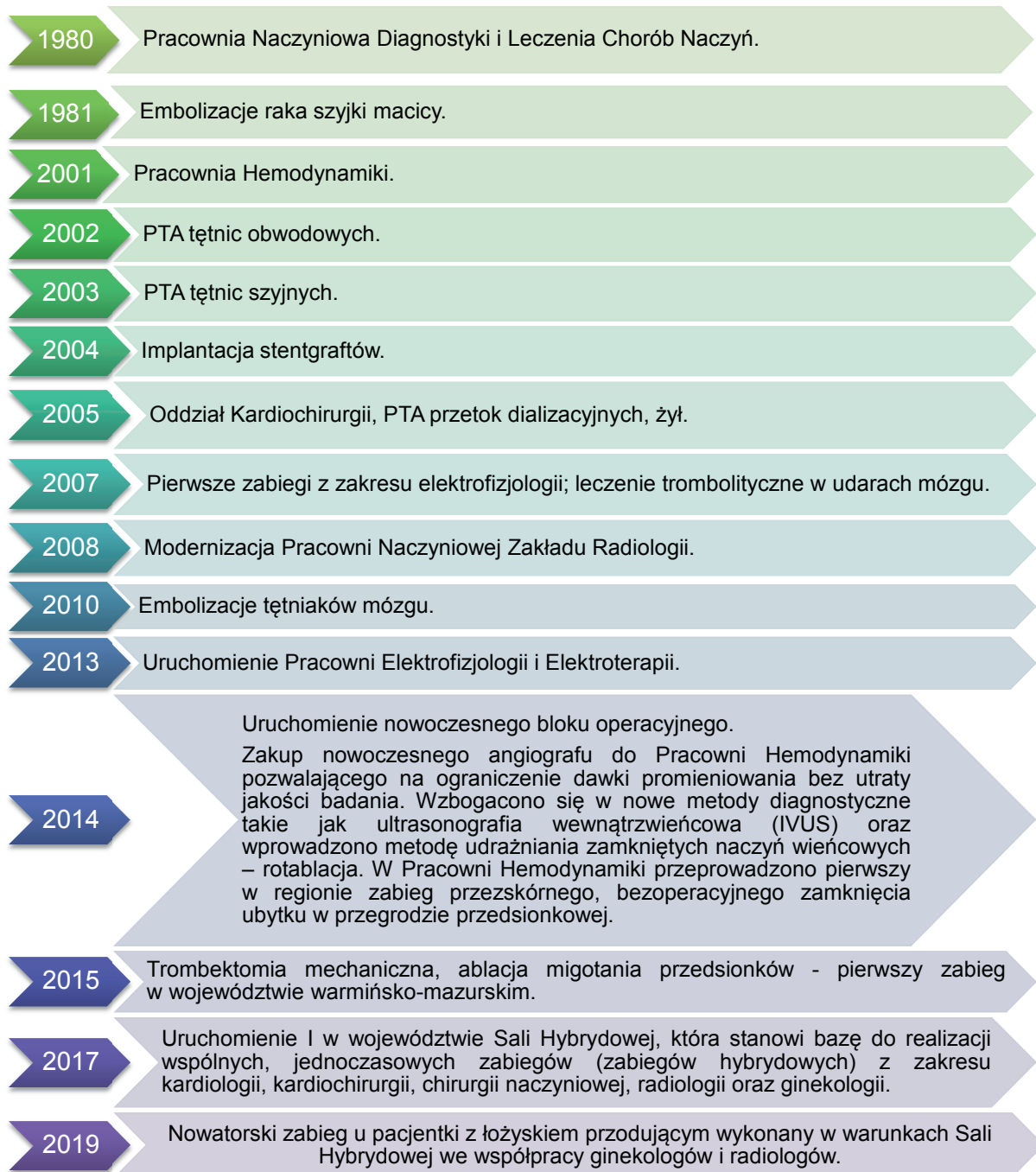
Dzięki wdrożonej skoordynowanej organizacji opieki i zastosowanym metodom leczenia udało się uzyskać skrócenie czasu diagnostyki i rozpoczęcia leczenia w „złotej godzinie” w trombolitycznym i trombekto-mijnym leczeniu udarów. Nastąpiło skrócenie



Wybrane elementy działalności poszczególnych jednostek Wielonarządowego Centrum Chorób Naczyń

l.p.	Pracownia/Oddział	Wybrane elementy działalności
1.	Pracownia Hemodynamiki – 24 godzinny dyżur	Leczenie ostrych zespołów wieńcowych, diagnostyka inwazyjna nadciśnienia płucnego, pełny profil zabiegów diagnostycznych i terapeutycznych w obrębie tętnic wieńcowych, tętnic obwodowych, badania FFR, IFR, IVUS, zabiegi przezskórnego zamykania ubytków przedsińkowych i komorowych
2.	Pracownia Elektrofizjologii i Elektroterapii	Ablacje zaburzeń rytmu serca przy pomocy systemu 3D, krioabblacje, elektroabblacje, abblacje laserowe, mikrofalowe, falami radiowymi, przez cewnik
3.	Pracownia Elektrokardiografii	Badania echokardiograficzne, w tym: obciążeniowe, śródoperacyjne, badanie 3D przezklatkowe i przezprzetykowe
4.	Pracownia Badań Holterowskich	Badanie holtera EKG i holtera ciśnieniowego (ABPM)
5.	Pracownia Elektrokardiografii Spoczynkowej i Wysiłkowej	Badania spoczynkowe i wysiłkowe Ekg na bieżni ruchomej
6.	Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej z Pracowniami: • Rezonansu Magnetycznego • Tomografii Komputerowej Badań Naczyniowych i Radiologii Zabiegowej	<ul style="list-style-type: none"> • Badania mięśnia sercowego z oceną zmian pozawałowych, zapalnych, kardiomiopatii oraz guzów serca • Badania naczyniowe (Angio) z oceną zwapnień • Zabiegi PTA tętnic szyjnych z użyciem neuroprotekcji i stentów, implantacje stentgraftów
7.	Zakład Medycyny Nuklearnej	Scyntygrafia serca, radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT
8.	Oddział Kardiochirurgiczny	Chirurgiczne leczenie chorób serca i wielkich naczyń (rewaskularyzacje mięśnia sercowego, plastyka lewej komory, zamknięcie pozawałowych VAS, leczenie niedomykalności zastawki mitralnej), operacje urazów serca, operacyjne leczenie guzów serca (śluzaki)
9.	Oddział Kardiologiczny z OIOK	Pełny zakres diagnostyki angiograficznej i echokardiograficznej włącznie z przezprzetykową echokardiografią śródoperacyjną, leczenie ostrych zespołów wieńcowych, niestabilności wieńcowej i niewydolności krążeniowo-oddechowej oraz ostrej fazy zawału serca
10.	Oddział neurochirurgiczny	Leczenie operacyjne malformacji naczyniowych mózgu (tętniaki, naczyniaki), zastosowanie fluoroskopii śródoperacyjnej (choroby nowotworowe i naczyniowe mózgu), wewnątrznaczyniowe zaopatrywanie tętniaków i naczyniaków mózgu
11.	Oddział Neurologiczny z Oddziałem Udarowym	Diagnostyka i leczenie trombolityczne udarów mózgu, leczenie pacjentów ze świeżym udarem, wczesna rehabilitacja ruchowa, mowy oraz pomoc psychologiczna. Pomimo braku finansowania z NFZ, od 2015 r. wykonywane były zabiegi trombektomii mechanicznej. Od lipca 2019 r. udział w ogólnopolskim pilotażowym programie trombektomii mechanicznej we współpracy z Zakładem Radiologii i Diagnostyki Obrazowej
12.	Oddział Chirurgii Naczyniowej	Operacje rewaskularyzacyjne w przebiegu przewlekłego niedokrwienia kończyn, operacyjne leczenie ostrego niedokrwienia kończyn, urazów naczyń, tętniaków aorty brzusznej i tętniaków tętnic obwodowych, zabiegi udrożniania tętnic szyjnych. Realizacja programu profilaktycznego: Diagnostyka tętniaków aorty brzusznej. We współpracy z Zakładem Radiologii i Diagnostyki Obrazowej: <ul style="list-style-type: none"> • angioplastyka i stentowanie tętnic, wszczepianie stentgraftów • leczenie trombolityczne • zabiegi embolizacji malformacji naczyń obwodowych • zabiegi embolizacji obwodowych w przypadku krwawień pourazowych • zabiegi embolizacji guzów nowotworowych • zabiegi chemoembolizacji guzów nowotworowych • zabiegi czasowej embolizacji w trakcie zabiegów ginekologiczno-położniczych

Chronologia rozwoju Wielonarządowego Centrum Chorób Naczyń w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie



czasu pobytu pacjenta w oddziale ratunkowym z 90 do 28 min, a także skrócenie czasu hospitalizacji w oddziale neurologicznym z 10,1 do 7,6 dnia. Zmniejszeniu uległa też liczba powikłań, umieralność, a pacjenci otrzymują możliwość powrotu do aktywności zawodowej. Standard „złotej godziny” obowiązuje także w zawałach serca z zastosowaniem koronaroplastyki i leczenia fibrynolitycznego.

Pacjenci wypisani z Centrum pozostają pod stałą kontrolą działających przy szpitalu Poradni Specjalistycznych, mając zapewnioną dalszą ciągłość opieki i leczenia.

Korzyści są obopólne – dla szpitala ważna jest także optymalizacja kosztów leczenia.

W 2019 r. w komórkach organizacyjnych wchodzących w skład Centrum pomoc uzyskało ponad 12 tys. pacjentów. Jeśli chodzi o same zabiegi operacyjne to kardiochirurdzy wykonali ich 472, neurochirurdzy 902, a chirurdzy naczyniowi 1222. Z kolei w Pracowni Hemodynamiki wykonano 2318 badań i zabiegów, zaś w Pracowni Naczyniowej Zakładu Radiologii wykonano 1678 zabiegów z zakresu radiologii zabiegowej. W ramach diagnostyki chorób naczyń w Pracowni USG wykonano ok. 3300

badan dopplerowskich, w Pracowni Tomografii Komputerowej ok. 4000 badań naczyniowych, a Pracowni Rezonansu Magnetycznego ok. 1500 badań naczyniowych.

WSS w Olsztynie w swych działaniach konsekwentnie kieruje się swoją misją – „Pacjent przede wszystkim”. Od 2003 r. szpital posiada certyfikat Ministerstwa Zdrowia, potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego oraz certyfikat ISO zgodny z normą EN-PN-9001:2015.

Nasz nowy mammograf ma duże możliwości

W poprzednim wydaniu Pulsu Szpitala poinformowaliśmy o nowym aparacie, ogólnie opisując jego możliwości. Dr n. med. Anna Szalcunas-Olsztyn z Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej szczegółowo przedstawia zastosowane w nim unikatowe na skalę europejską rozwiązanie, służące do obrazowania preparatów tkankowych.

Rak piersi stanowi około 23 proc. wszystkich zachorowań z powodu nowotworów złośliwych u kobiet i około 14 proc. zgonów z tego powodu. Szacuje się, że rocznie raka piersi rozpoznaje się u 1,5 miliona kobiet na całym świecie, a około 400 tysięcy umiera z tego powodu. Jest to najczęstszy nowotwór złośliwy wśród mieszkanki krajów wysoko cywilizowanych.

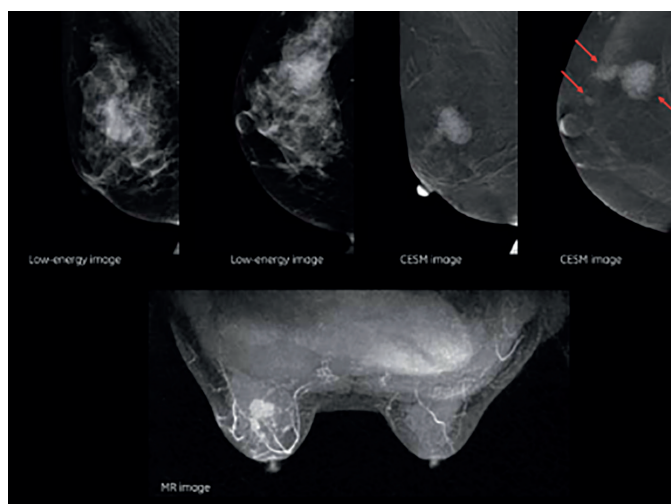
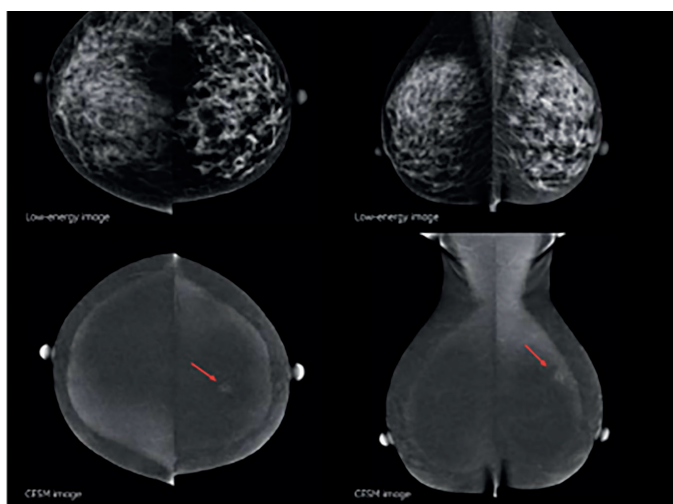
Celem leczenia raka piersi jest uzyskanie jak najdłuższego przeżycia oraz uniknięcie skutków ubocznych występujących przy stosowaniu chemioterapii. Podstawą terapii powinno być tradycyjne leczenie operacyjne, polegające na wycięciu guza, ewentualnie w połączeniu z radioterapią. Taki wzór terapeutyczny nie wyniszcza organizmu pacjentki, a do tego zmniejsza koszty leczenia. Warunkiem jego wprowadzenia jest jednak rozpoznanie choroby we wczesnym stadium.

W diagnostyce raka piersi wykorzystujemy trzy podstawowe badania diagnostyczne:

- badanie mammograficzne,
- badanie ultrasonograficzne,
- tomografia rezonansu magnetycznego

Mammografia nadal pozostaje złotym standardem w diagnostyce raka piersi. Czutość samej mammografii zmniejsza się wraz ze wzrostem gęstości piersi. Liczba nowotworów niewykrytych w gęstej piersi osiąga 52–76 proc.. Przyczyną tak niskiej wykrywalności są liczne: najważniejszą jest „strukturalny” lub anatomiczny hałas (zakłócenia) spowodowane przez przystaniające tkanki w obrazowaniu dwuwymiarowym obiektu, który posiada trzy wymiary.

Nowy cyfrowy aparat mammograficzny zainstalowany w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym oprócz tradycyjnej mammografii 2D wykorzystuje dwie dodatkowe możliwości diagnostyczne – **tomosyntezę (Digital Breast Tomosynthesis- DBT)** i mammografię **spektralną**, czyli mammografię ze wzmocnieniem kontrastowym (**Contrast Enhancement Spectral Mammography – CESM**).

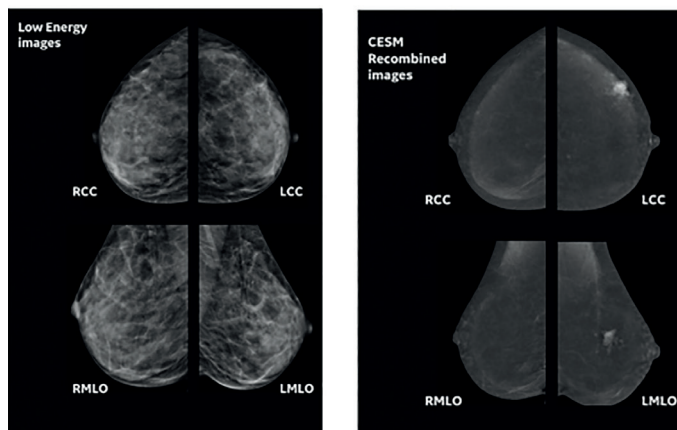




Tomosynteza to warstwowe badanie piersi, pozwala dokładnie ocenić miejsca zagęszczeń, rozprojektować zaburzenia architektury, ocenić charakter mikrozwąpnień.

W **mammografii ze wzmocnieniem kontrastowym** oceniane jest zjawisko neoangiogenezy, charakterystyczne dla nowotworów. Kontrast obrazu w mammografii spektralnej wynika zarówno ze zwiększonej ilości patologicznych naczyń oraz z ich zwiększonej przepuszczalności.

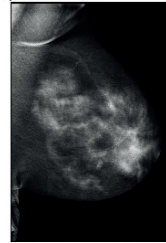
W trakcie badania podaje się dożylnie środek kontrastowy i po dwóch minutach od jego iniekcji wykonuje się badanie mammograficzne. Wykonuje się zdjęcia nisko- i wysokoenergetyczne, które opracowuje się



DBT (tomosynteza)

Zastosowanie tomosyntezy – głównie u pacjentek z gęstą budową piersi, zamiast zdjęć celowanych, w jednej projekcji (?):

- Wzrost detekcji raka piersi o 40%¹;
- Redukcja „recall rate” 16-40%²;
- Wzrost czułości z wykorzystaniem DBT² (norweski program skryningowy) - wzrost detekcji raka o 30 - 40%;
- Spadek „recall rate” o 15%, wzrost wykrywalności raka o 41%³;

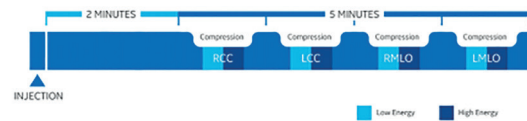
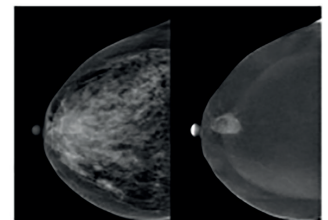


1. Maimo Breast Tomosynthesis Screening Trial;
2. Gur D. AJR, 2005; Poplack SP. AJR 2007; Rafferty EA. Radiology, 2013; Skarane P. Radiology 2013;
3. JAMA 2014

CESM

Szerokie zastosowanie mammografii spektralnej:

- Alternatywa dla MRI (nie zastępuje III) – czułość i swoistość taka sama;
- Zastosowanie w piersiach o strukturze gruczołowej;
- Detekcja zmian wielogniskowych;
- Planowanie zabiegów chirurgicznych (BCT, mastektomia);



z wykorzystaniem zaawansowanych aplikacji komputerowych, dzięki czemu uzyskuje się obrazy struktur ulegających patologicznemu wzmocnieniu, z wygaszeniem wzmocnienia fizjologicznego.

W WSS korzystamy jeszcze z jednego, unikatowego rozwiązania, służącego do obrazowania preparatów tkankowych uzyskiwanych w trakcie biopsji mammotomicznych.

To innowacyjne rozwiązanie, które jest częścią zaawansowanego, zrobotyzowanego systemu do biopsji - Pristina Serena. Umożliwia wykonanie obrazu pobranych próbek tkanki na detektorze mammografu zaraz po wykonaniu biopsji - bez konieczności uwalniania pacjentki – w przypadku kiedy konieczne byłoby powtórne pobranie materiału. Bezpieczeństwo pacjentki zapewnia system kolimacji, który koncentruje wiązkę promieniowania do ograniczonego pola na skraju detektora dedykowanego do obrazowania próbek – bez narażenia pacjentki na dodatkową ekspozycję promieniowania.

Opcja obrazowania próbek Sample Imaging w znaczący sposób skraca procedurę biopsji w porównaniu z dotychczas stosowanymi rozwiązaniami, które po wykonaniu biopsji pod kontrolą mammografu wymagały uwolnienia pacjentki, wykonania ekspozycji sprawdzającej pobrany materiał – i w razie konieczności powtórki procedury związanego długotrwałego ponownego pozycjonowania pacjentki.

Takie rozwiązanie jest najnowocześniejszym technologicznie osiągnięciem i wykorzystywane jest jak do tej pory w trzech centrach diagnostycznych w Europie, w tym, dzięki naszemu zaawansowaniu w diagnostyce chorób piersi, w naszym szpitalu.

Zawód: fizjoterapeuta

Każdy fizjoterapeuta musi nieustannie doksztalać się zawodowo. Pomagają w tym różne kursy i szkolenia specjalistyczne. Zdobywanie dodatkowych specjalnych kwalifikacji może w perspektywie czasu zwiększać efektywność rehabilitacji i skrócić czas terapii.



Fizjoterapeuta to osoba uprawniona do prowadzenia fizjoterapii. Jest absolwentem studiów magisterskich o kierunku fizjoterapii. Coraz większa część fizjoterapeutów posiada dodatkowo specjalizację lub stopnie naukowe. Obecnie w Polsce fizjoterapeutów kształcą na uczelniach takich jak Akademia Wychowania Fizycznego lub Uniwersytetach Medycznych. Fizjoterapeuci w Polsce są trzecim co do liczebności zawodem medycznym około 50 tys. po lekarzach i pielęgniarkach.

31 maja 2016 roku weszła w życie Ustawa o Zawodzie Fizjoterapeuty. (Dz.U.2019 poz 952). Ustawa reguluje zasady:

- wykonywania zawodu fizjoterapeuty
- uzyskiwania prawa wykonywania zawodu
- kształcenia zawodowego i podyplomowego
- odpowiedzialności zawodowej

Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty w świetle nowej ustawy polega na udzieleniu rozmaitych świadczeń zdrowotnych mających na celu poprawę stanu zdrowia pacjenta. Aktualna ustawa uniemożliwia otwarcie gabinetu oraz swobodnego prowadzenia działalności fizjoterapeutycznej osobie bez odpowiedniego

wykształcenia i przynależności do Krajowej Izby Fizjoterapeutów. Każdy fizjoterapeuta musi nieustannie doksztalać się zawodowo. Pomagają w tym różne kursy i szkolenia specjalistyczne. Zdobywanie dodatkowych specjalnych kwalifikacji może w perspektywie czasu zwiększać efektywność rehabilitacji i skrócić czas terapii. Zakres usług proponowany przez fizjoterapeutów: kinezyterapia, fizykoterapia, terapia manualna, masaż.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie w Oddziale Rehabilitacji pracuje 11 fizjoterapeutów: sześciu magistrów fizjoterapii i pięciu techników fizjoterapii.

W Oddziale Rehabilitacji pracuje czterech fizjoterapeutów, którzy prowadzą wielotygodniowy proces rehabilitacji pacjenta po udarze, urazach mózgowo-czaszkowych, zabiegach ortopedycznych. Procedury fizjoterapeutyczne pomagają pacjentom powrót do sprawności, poprawa funkcji i aktywności oraz skracają czas hospitalizacji.

Pozostali fizjoterapeuci wspomagają oddziały neurochirurgii, ortopedii, neurologii, OIT oraz

pozostałe oddziały szpitalne, kiedy potrzebne jest wsparcie do uzyskania pełnego sukcesu leczniczego. W oddziale neonatologii pracuje fizjoterapeutka mgr Jolanta Majchrzak, która prowadzi wczesną diagnostykę i terapię noworodka.

Zespół fizjoterapeutów to:

- mgr Marzena Zielińska – koordynator fizjoterapeutów
- mgr Agnieszka Adamowicz – fizjoterapeuta
- mgr Arkadiusz Szymaniak – fizjoterapeuta
- mgr Marcin Raksimowicz – fizjoterapeuta
- mgr Paweł Szczurowski – fizjoterapeuta
- mgr Aleksandra Tkaczyk – fizjoterapeuta
- mgr Alina Panasewicz – fizjoterapeuta
- tech. Joanna Ostrowska – fizjoterapeuta
- tech. Grażyna Morawiec-Olszewska – fizjoterapeuta
- tech. Agnieszka Przyłęcka – fizjoterapeuta
- tech. Agnieszka Machel-Domańska – fizjoterapeuta
- tech. Mirosław Gozdan – fizjoterapeuta
- tech. Małgorzata Kajka – masażysta
- tech. Krzysztof Fogt – masażysta

mgr Marzena Zielińska

Rola fizjoterapeuty

w rehabilitacji wcześniaków i noworodków w oddziale neonatologii i intensywnej terapii noworodka

W Oddziale Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka obecność fizjoterapeuty jako członka zespołu terapeutycznego staje się koniecznością. Dynamiczny postęp opieki prenatalnej i intensywnej terapii przyczyniły się do wzrostu przeżycia noworodków skrajnie niedojrzałych oraz obciążonych schorzeniami i wadami wrodzonymi. Wprowadzenie działań fizjoterapeutycznych do standardów leczniczych wcześniaków i noworodków w znacznym stopniu przyczyniło się do poprawy funkcji życiowych dziecka. Procedury fizjoterapeutyczne powinny być wykonywane we współpracy z lekarzem neonatologiem, pielęgniarką neonatologiczną oraz położną w celu właściwej interpretacji monitorowanych funkcji i zachowania bezpieczeństwa dziecka podczas terapii. Wczesne rozpoczęcie postępowania rehabilitacyjnego w Oddziale Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka wspiera rozwój dziecka.

Postępowanie rehabilitacyjne:

1. Terapia oddechowa.
2. Stymulacja oro – facjalna.
3. Stymulacja neurofizjologiczna.

Terapia oddechowa

Wskazania do terapii oddechowej:

- zespół zaburzeń oddechowych (RDS),
- zapalenie płuc (wrodzone, nabyte, zachyłkowe),
- zespół zachłyśnięcia smółką (MAS),
- przewlekła choroba płuc (BPD, CLD),
- niedodma płuc,
- mukowiscydoza,
- choroby nerwowo – mięśniowe.

Cel terapii oddechowej:

- oczyszczenie drzewa oskrzelowego z wydzieliny,
- poprawa warunków wymiany gazowej w trakcie wentylacji,
- poprawa mechaniki oddechowej,
- poprawa warunków rozwoju dodatkowych mięśni oddechowych.

Stymulacja oro-facjalna

Cel terapii:

- koordynacja ssanie – oddech – potykanie,
- wyrobienie prawidłowej pracy żuchwy i języka,
- wzmocnienie siły ssania,
- zapobieganie spadkom saturacji podczas karmienia.

Stymulacja neurofizjologiczna:

1. diagnostyka metodą Prechtl'a – ocena obecności i jakości ruchów globalnych, stanowiących część repertuaru ruchów spontanicznych
2. pozycje ułożeniowe:

GNIAZDOWANIE



Zdjęcie 1. Ułożenie noworodka w gniazdku na plecach.

Charakterystyka ułożenia:

- głowa ustawiona w linii prostej lekko pochylona, tak aby nie odchyłała się do tyłu
- tułów ułożony symetrycznie, broda – mostek – pępek w jednej linii
- kończyny górne wyprowadzone do przodu, tak aby zabezpieczyć barki przed cofaniem się do tyłu
- kończyny dolne lekko zgięte i odwiedzone



Zdjęcie 2. Ułożenie noworodka w gniazdku na boku

Charakterystyka ułożenia:

- dziecko leży na boku z nogą górnoleżącą, zgiętą pod kątem 90° w biodrze i kolanie
- pod całą kończynę górnoleżącą podkładamy kołdrę lub koc, tak aby znalazła się na jednym poziomie z biodrem



Zdjęcie 3. Ułożenie w gniazdku na brzuchu

Charakterystyka ułożenia:

- dziecko układamy na brzuchu podkładając pod klatkę piersiową klin bądź zrolowany koc
- kończyny górne wyprowadzone do przodu
- środek ciężkości obniża się, nogi ustawiają się w linii stawów biodrowych, dziecko staje się coraz aktywniejsze
- doświadczenia sensoryczne związane z obciążeniem przedniej strony ciała rozwijając u dziecka jego schemat

Cel stosowania gniazdowania:

- pomaga pokonać grawitację,
- buduje prawidłowy schemat ciała poprzez stymulację czucia głębokiego,
- wyhamowuje patologiczne wzorce ruchowe,
- stwarza poczucie komfortu i bezpieczeństwa.

KANGUROWANIE



Kangurowanie to metoda noszenia i tulenia dziecka bardzo blisko ciała w kontakcie „skóra do skóry”, aby przyniosło najwięcej korzyści dziecko musi być rozebrane do pieluszki i położone na nagiej klatce piersiowej rodzica

Zalety kangurowania dla noworodka:

- dziecko szybciej i lepiej rozwija się emocjonalnie,
- spokojniej śpi i rzadziej płacze,
- szybciej osiąga stabilizację akcji serca i oddechu, ma lepszą regulację temperatury ciała, prawidłowe napięcie mięśniowe,
- wcześniaki szybciej osiągają właściwą masę ciała, a co za tym idzie, są szybciej wypisywane ze szpitala,
- kangurowanie łagodzi nieprzyjemne doświadczenia związane z wcześniactwem, jak pobyt w inkubatorze, liczne badania czy stosowanie dużej ilości leków,
- pomagają noworodkowi nie tylko odnaleźć się w nowej rzeczywistości, lecz także stymuluje jego układ odpornościowy

Zalety kangurowania dla rodziców:

- u matek dzięki kangurowaniu pobudzona zostaje laktacja, co pośrednio przyczynia się do osiągnięcia lepszego stanu noworodka – dzieci karmione piersią rzadziej chorują,
- wyzwala się w organizmie rodzica hormon oksytocyna, która działa uspokajająco, podnosi nastrój, obniża poziom lęku, zmniejsza u matki poporodowy smutek.

Kiedy rozpocząć kangurowanie malucha:

- zdrowy noworodek po 20 minutach po urodzeniu, w przypadku wcześniaków kangurowanie rozpoczynamy już w szpitalu, gdy maluch osiągnie wagę 1500 g i już nie będzie potrzebował ciągłego monitorowania oddechu i ciśnienia.
3. stymulacja kinestetyczna i przedsionkowa, to „ wcześniakowy aerobik”, podczas którego terapeuta porusza kończynami dziecka w różnym zakresie zwiększając jego prawidłową motorykę spontaniczną:
 - 15 minutowy masaż stabilnych wcześniaków,
 - 5 minut głaskania,
 - 5 minut stymulacji kinestetycznej,
 - 5 minut głaskania w połączeniu ze stymulacją przedsionkową
 4. stymulacja metody Vojty – jest to metoda usprawniania polegająca na „zmuszeniu” dziecka do wykonania ściśle określonego wzorca ruchowego.
 5. Bazuje na wyzwalaniu kompleksów ruchowych pod wpływem stymulacji ściśle określonych punktów w odpowiednich kierunkach i w dokładnie opisanych pozycjach wyjściowych. Wywołany wzorec zbliżony

jest do idealnego, czyli takiego, jaki jest potrzebny do prawidłowego rozwoju narodziłego dziecka.

Im wcześniej zostaną rozpoznane nieprawidłowości i wdrożony proces naprawczy, tym większe szanse na normalizację rozwoju.



Zdjęcie 4. Stymulacja metodą Vojty

Interdyscyplinarna praca członków zespołu medycznego w Oddziale Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka jest niezbędna do zapewnienia nowoczesnej i profesjonalnej opieki wcześniaków i noworodków. Łączenie umiejętności, doświadczenia oraz wiedzy specjalistów z różnych dziedzin pozwala na uzyskanie wysokiej jakości świadczonych usług medycznych.

Każdy z członków zespołu odgrywa specjalistyczną rolę dla swojego zawodu dostosowaną do zróżnicowanych potrzeb każdego pacjenta, a praca fizjoterapeuty stanowi integralny element terapii dzieci wymagających intensywnej opieki medycznej.

mgr Jolanta Majchrzak – fizjoterapeuta
Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka

Fizjoterapia bardzo istotna w ortopedii



W Szpitalu Wojewódzkim rehabilitacja była zawsze integralną częścią Oddziału Ortopedii, a z czasem Oddziału Klinicznego Ortopedii, Traumatologii i Chirurgii Kręgosłupa.

Na przestrzeni swojego rozwoju na oddziale zatrudnieni byli etatowi fizjoterapeuci a pionierem i protoplastą rehabilitacji ortopedycznej w naszym szpitalu był mgr Marcin Topór. Aktualnie na Oddziale Ortopedii pracuje dwóch fizjoterapeutów mgr Marcin Raksimowicz i mgr Paweł Szczurowski.

Procesy fizjoterapii na Oddziale Ortopedycznym dotyczą: usprawniania po endoprotezoplastyce pierwotnej i rewizyjnej stawów biodrowych i kolanowych. Wczesnego postępowania terapeutycznego w chirurgii kręgosłupa, instruktaży w profilaktyce choroby krążka międzykręgowego. Fizjoterapeuci zabezpieczają również pacjentów traumatologicznych operowanych w oddziale. Ich działania powodują skrócenie czasu hospitalizacji, szybszy powrót pacjenta do aktywności funkcjonalnej.

mgr Marzena Zielińska

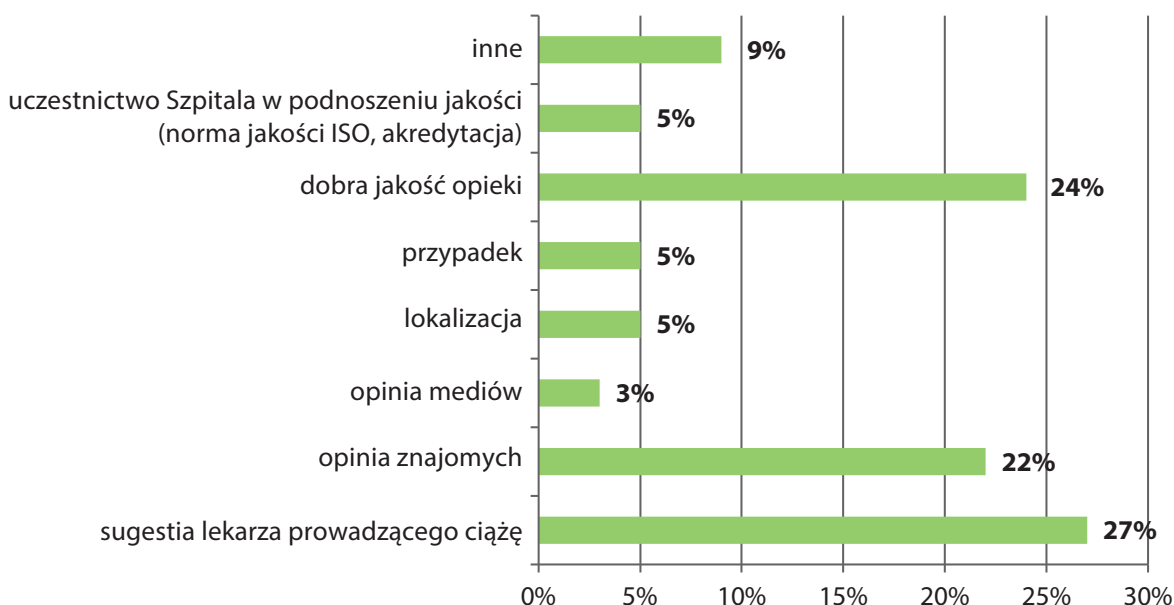
Jakość opieki okołoporodowej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie w okresie epidemii SARS-CoV-2 w opinii pacjentek

Poród to doniosłe wydarzenie w życiu każdej kobiety, często bardzo wyczerpujące zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Dlatego też oczekuje ona od personelu medycznego zainteresowania, wsparcia, empatii i bezpieczeństwa, a nade wszystko poszanowania prawa do godności i intymności. Chcąc poznać oczekiwania pacjentek i ich opinie na temat udzielanych świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej co roku w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym przeprowadzane są badania ankietowe w tym zakresie. Ostatnie badanie przeprowadzono w okresie od marca do października 2020 r. w oparciu o specjalnie skonstruowany kwestionariusz ankiety, który składał się z 13 pytań. W toku badań rozdanych zostało 130 ankiet, z czego zwrócono 100 (wskaźnik zwrotności ankiet wyniósł 76,92%). Pomimo trudnej i stresującej sytuacji, jaką jest epidemia SARS-CoV-2, wyniki tych badań wskazują na to, iż pracownicy Szpitala podotali oczekiwaniom pacjentek.

Na podstawie otrzymanych wyników badań stwierdzić można, iż większość respondentek dotychczas nie rodziło dziecka w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. Zaś głównymi determinantami wyboru Szpitala jako miejsca urodzenia dziecka przez badane pacjentki była sugestia lekarza prowadzącego ciążę, dobra jakość opieki i opinia znajomych (rys. 1).

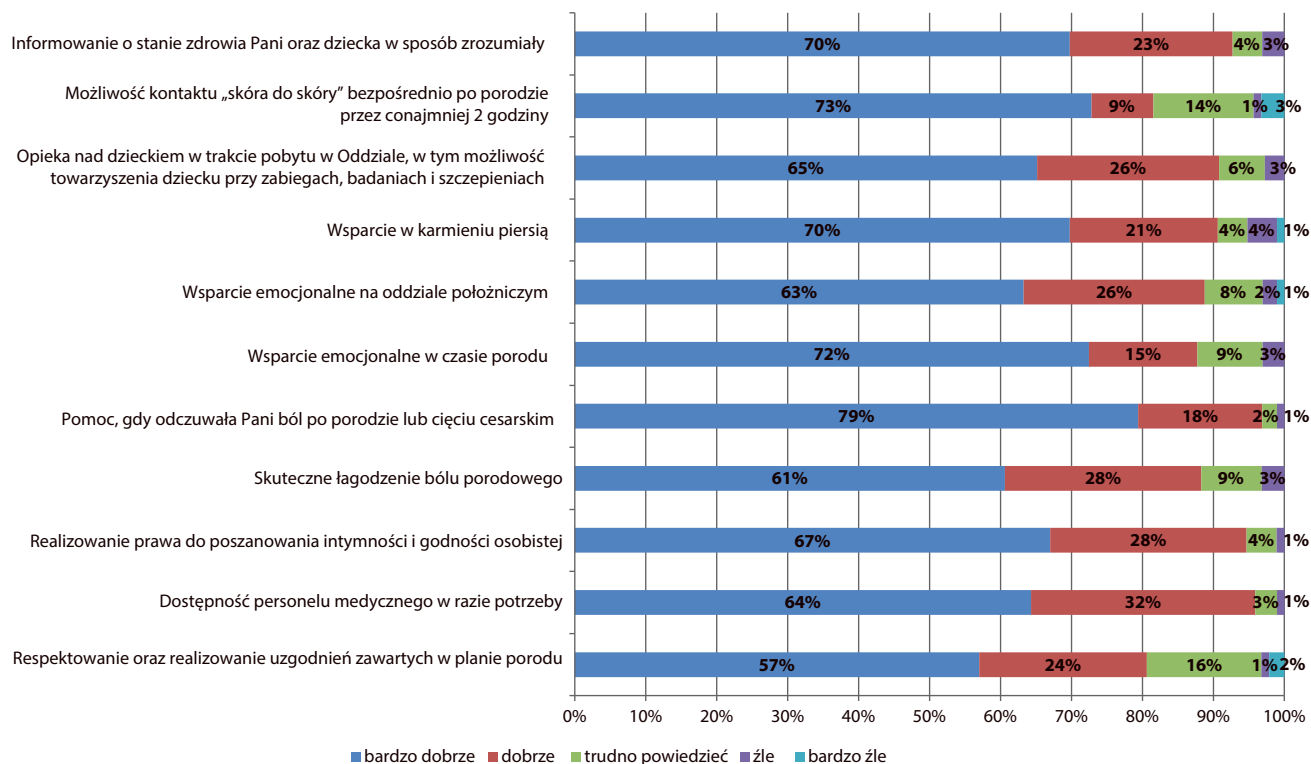
Wśród badanych blisko połowa wskazała na poród siłami natury. Większość ankietowanych zadeklarowała, że otrzymała znieczulenie podczas porodu, przy czym najczęściej było to znieczulenie farmakologiczne. Ponad połowa respondentek oceniła pozytywnie skuteczność zastosowanego postępowania przeciwbólowego w trakcie porodu w Szpitalu. Większość badanych nie miała możliwości rodzenia przy udziale osoby towarzyszącej, przy czym w większości przypadków wynikało to z operacyjnego charakteru porodu. Większość badanych, w przypadku których istniała możliwość przebywania w trakcie porodu osoby towarzyszącej, stwierdziła, że osoby te traktowane były przez personel medyczny z życzliwością. Ponad połowa badanych stwierdziła, że podczas pobytu w Szpitalu pomagano im we wszystkim. Większość ankietowanych zadeklarowało, że w trudnych momentach miało możliwość porozmawiania z położną, pielęgniarką lub lekarzem. Ponad połowa respondentek wszystkie badane obszary opieki okołoporodowej oceniła bardzo dobrze (rys. 2).

Informacja zwrotna dotycząca zmian, jakie należy wprowadzić w opiece okołoporodowej, otrzymana od pacjentek Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, zawierała dużo ciepłych, miłych i pozytywnych słów oraz opinii. Przytoczyć można tu takie uwagi, jak np.:



Rys. 1. Czynniki determinujące wybór Szpitala jako miejsca urodzenia dziecka

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



Rys. 2. Ocena spełnienia oczekiwań w wybranych obszarach opieki okołoporodowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

1. „Opiekę oceniam bardzo dobrze, moim zdaniem nic nie wymaga poprawy”.
2. „Swoj poród będę bardzo dobrze wspominać. Trudne, ale piękne doświadczenie. Dziękuję za profesjonalną pomoc na każdym etapie!”.
3. „Opieka przed porodem bardzo dobra. Bardzo miłe i troskliwe były osoby z personelu przed i po porodzie, a szczególnie w czasie porodu bardzo duże wsparcie”.
4. „Wszystko było w jak najlepszym porządku. Polecam szpital w 100%”.
5. „Opieka okołoporodowa na najwyższym poziomie”.
6. „Dziękuję za cierpliwość i za pomoc. Wasza pomoc jest ogromna, podziwiam! Dziękuję”.
7. „Macie wspaniałe położne na porodówce, przystępne, wspierające, wyjaśniające co się dzieje. W moim przypadku na finale porodu miałam przyjemność rodzić z Panią Alicją, młodą położną, która w ciepły i motywacyjny sposób, klarowny i z poszanowaniem mojej godności pomogła mi urodzić córkę. Na każdym etapie była po prostu ludzka, dobra i pomocna a konkretna jednocześnie. Pozostałe Panie uczestniczące w końcówce porodu również cudne, wspierające, myślące i działające empatycznie do rodzącej!”.
8. „Żadnych uwag, rewelacyjna opieka, pomocne Panie. Szczególne podziękowania dla Pani położnej bodajże Mariolki za pomoc w urodzeniu córki”.
9. „Chciałam podziękować wszystkim położnym, które swoim uśmiechem, pomocą, doświadczeniem pomagały przejść przez poród. Wszystkie spisały się na medal. Swoją pasją do wykonywanego zawodu pokazały nam wszystkim, co znaczy być dla kogoś pomimo zmęczenia, codziennego narzekania pacjentek. One zawsze pokazywały uśmiech, zrozumienie. Dziękuję im za: pomoc psychiczną w trudnych chwilach,

zrozumienie, uśmiech, doświadczenie, bezbolesne zastrzyki, przekazane cenne rady. PS. Oby jak najwięcej takich oto ludzi. Pracują i oddają się pasji. Życzę dużo sukcesów zawodowych. DZIĘKUJĘ”.

10. „Bardzo duże wsparcie emocjonalne w czasie porodu i po porodzie. Panie były bardzo miłe i życzliwe. W czasie porodu dodawały dużo wsparcia i otuchy, co chwile pytały, czy wszystko jest w porządku. Bardzo jestem zadowolona z opieki, troski i wsparcia ze strony całego personelu podczas porodu i po porodzie. Jestem bardzo zadowolona”.

Wśród ankietowanych odnotowano więc wiele pozytywnych opinii dotyczących tego, by nie zmieniać nic w tej opiece albo, że opieka ta jest na najwyższym poziomie. Niemniej jednak nadal istnieją obszary, na które należałoby zwrócić szczególną uwagę i je udoskonalić. Na podstawie otrzymanych wyników badań można stwierdzić, iż szczególną uwagę należy objąć obszar komunikacji zarówno pomiędzy personelem medycznym i pacjentką, jak i w relacjach między personelem (lekarz-lekarz, lekarz-położna, położna-położna).

Porównując wyniki powyższych badań do poprzednich jego edycji można stwierdzić, iż poprawie uległ obszar związany z żywieniem pacjentek oraz z czystością na salach chorych. Potwierdza to celowość i potrzebę realizacji badań w obszarze jakości opieki okołoporodowej w Szpitalu, jak też stanowi potwierdzenie, by je kontynuować.

Opieka okołoporodowa stanowi bardzo ważny element opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną. Zakres i jakość tej opieki bezpośrednio oddziałują na stan zdrowia kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu, jak również na narodzone dzieci. Poziom tej opieki w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie znajduje się na bardzo wysokim poziomie. Pracownicy Szpitala, pomimo trudnej sytuacji związanej z epidemią SARS-CoV-2, dokładają szczególnych starań, by pacjentki przed i po porodzie czuły się bezpiecznie i komfortowo.

Mirella Łapa
Sekcja ds. Jakości

Krótką opowieść o położnictwie, czyli sztuka babienia

Historia położnictwa jest tak samo stara, jak historia ludzkości. Do XVIII wieku akuszerstwo było wyłącznie domeną kobiet, mężczyźni lekarze traktowali porody, jako coś poniżej ich godności.

Brakuje źródeł historycznych, które mogłyby nam uświadomić, jaki był poziom wiedzy akuszerki sprzed tysięcy lat i z jakimi problemami mogły się najczęściej borykać.

Początki giną w mrokach dziejów

Faktem jest, że pierwsze działania medyczne dotyczyły przyjmowania porodu a dopiero później opatrywania ran. O *feminae sapientes* – mądrych kobietach, co posiadały dar „zgrabnych rąk” są już pierwsze wzmianki w starożytnej literaturze.

W obszarze kultury rzymsko-germańskiej powstał stan położnych – *feminae sapientes* (łac.); *weise Frauen* (niem.), w kulturze słowiańskiej – mądre baby (*mundre*) albo baby. Dlatego na ziemiach polskich aż do XIX wieku przyjmowanie porodu określano babieniem.

W starożytnym Egipcie wiedziano, że płód odżywia się poprzez naczynia krwionośne matki, znano krzesło porodowe, położne znały liczne rękoczyny położnicze oraz stosowały ochronę krocza.

W starożytnym Rzymie położnym stawiano bardzo wysokie wymagania, były wysoko cenione, jako *obstetricum nobilitas* – reputacja położnej.

Oczywiście wysoki był odsetek zgonów kobiet i noworodków w trakcie porodu. To dlatego w większości kultur niezwykle celebrowano moment narodzin, a akuszerki pełniły jednocześnie funkcję kapłanek.

Narodziny piękne, jak dzieło sztuki

Położnictwo było wówczas nie tyle elementem medycyny, co dziedziną sztuki. Proces narodzin, w wyniku którego pojawiało się nowe życie, był piękny i dający nadzieję całej spoteczności. Potomkowie mieli bowiem kontynuować dzieło ojców.

Hipokrates w swoich pismach wielokrotnie wspomina położne zwane „maia”, które cieszyły się dużym uznaniem i powodzeniem. Matka Sokratesa o imieniu Fenerata była położną.

Po wiekach cała wiedza starożytnych o porodach przepadła. Przy niewielkiej wiedzy anatomicznej, scholastyzm i dogmatyzm panujące w średniowieczu spowodowały okres stagnacji rozwoju medycyny, w tym położnictwa. Zapomniano o ochronie krocza.

Skąd wzięta się nazwa „akuszerka”

Od połowy XV wieku, wobec rozwoju sztuki położniczej we Francji, położne zwłaszcza dyplomowane nazywano akuszerkami – od francuskiego *accouche* = rodzić.

Obowiązki i przywileje położnych są następnie regulowane w szeregu miast: Ulm, Wittenberga w 1491, Colmar, Norymberga.

W Brunzwik-Luneburg w 1528 ustalono przepisy kościelne, jak zachować się ma położna, zwłaszcza w przypadkach nagłych i groźących śmiercią noworodka, którego należało ochrzcić, gdyż jako nieochrzczony był potępiony i znalazłby się po śmierci w czyszcisku. Według tego przepisu, położna powinna być niekarana, która już rodziła, powinna być zdrowa, sprawna, życzliwa i dochowująca tajemnicy, powinna umieć czytać, nie mogła być pijaczką, otaczać wszystkich taką samą opieką. Wiek początkujących wahał się pomiędzy 30-35 rokiem życia, były to kobiety zamężne lub wdowy. Nie wolno im było pracować w domu przy zajęciach zwykłych i polu.

Adeptki położnictwa uczyły się praktycznie przez 3-4 lata u doświadczonych położnych, a potem zdawały egzamin przed komisją złożoną przez lekarza i tzw. mądrych niewiast.

Francja kolebką profesjonalnego kształcenia położnych

Medycyna nie notuje raczej w swej historii położnictwa aż do czasów nowożytnych, gdy kobiety w Europie zaczęły rodzić w szpitalach pod okiem medyków.

To właśnie wtedy młode matki były najbardziej zagrożone. Lekarze przyjmowali porody bez mycia rąk po innych zabiegach, po sekcji zwłok czy przecinaniu ropy. I zakażali swoje

pacjentki. Nie wiedzieli o drobnoustrojach, a nie myli się z powodu nawet pracy. Szpitale były przepelnione. Gorączka potęgowa zabijała kobiety i ich nowo narodzone dzieci.

Kolebką profesjonalnego kształcenia położnych stała się Francja. Akuszerki kształcono w Szkole Hotel Dieu od 1670. W Paryżu powstał Hospice de la Maternite, gdzie nauczała słynna położna Marie Lachepelle. Na początku XIX wieku powstaje szkoła położnych Paris Maternie, gdzie nauka trwała 12 miesięcy.

W Wielkiej Brytanii nauczanie położnych wprowadzono w Edynburgu w 1726 roku w Niemczech szkoła położnych powstała w 1728 roku w Strasburgu, a w 1751 w Berlinie.

W Wiedniu profesjonalne kursy dla położnych odbywały się od 1748 roku, w Kopenhadze w 1761. W Rosji w 1757 roku powstaje szkoła dla akuszerki w Moskwie.

W Ameryce natomiast w 1762. Kolejne szkoły otwierały się w Sztokholmie w 1760, Florencji i Rzymie w 1786 roku.

Położne kształciły się także na ziemiach polskich

Na ziemiach polskich początki profesjonalnego kształcenia położnych rozpoczęto w 1773 w Collegium Medicum, szkole cesarskiej Marii Teresy we Lwowie – (kształcono położne i chirurgów). W roku 1775 powstaje szkoła położnych w Grodnie, przeniesiona później do Wilna. Osiem lat później w Siemiatyczach koło Białegostoku z inicjatywy księżnej Anny z Sapiehów Jabłonowskiej powstaje szkoła akuszerki. Na przelocie XVIII i XIX wieku istniał w Białymstoku Instytut Akuszerki - nauka trwała rok, przyjmowano 16 uczennic. Od 1797 rozpoczęto nauczanie położnych w Poznaniu. Nauka trwała 4 miesiące. Do nauczania w języku polskim zatrudniono lekarza Wiebersa, który też tłumaczył niemieckie książki na język polski. Nie było dużo chętnych, ponieważ brak było stałej pensji, zapłatą położna otrzymywała od rodzącej. Od 1835 lekarz Józef Antoni Jagielski wprowadził poza praktyką także teorię i przedłużył naukę do 6 miesięcy. Od 1780 rozpoczyna się nauczanie położnych w Krakowie.



Szkota związana była ściśle z działalnością Komisji Edukacji Narodowej (H. Kottłataj). W 1780 w otwartym Collegium św. Barbary otwarto klinikę lekarską, chirurgiczną i położniczą. Uczennice i uczniowie mieli do nauki fantom położniczy – „machina babienia”.

W 1842 roku wydano w Krakowie instrukcję będącą swoistym kodeksem etyczno-moralnym akuszerki. Zajęcia prowadzono przeważnie w języku polskim.

10 września 1897 roku Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w Galicji wydało instrukcję dla położnych, która obejmowała cztery działy: o obowiązkach osobistych akuszerki, o zachowaniu się akuszerki wobec ciężarnych i rodzących, o pielęgowaniu noworodka i położnicy, o obowiązkach społecznych akuszerki.

Od 1802 rozpoczęto nauczanie położnych w Warszawie. Działała Szkoła Babienia, później Szkoła Akuszerki, Instytut Położniczy. Pod koniec XIX wieku prowadzono kurs dla położnych w klinice Uniwersytetu Warszawskiego. Funkcjonowały dwa kursy. Szkoła akuszerki z kursem dwuletnim dla uczennic, które ukończyły 4 klasy gimnazjum oraz Szkoła babek wiejskich, z kursem czteromiesięcznym.

Przysięga położnej po zdaniu egzaminu końcowego (rok 1885) brzmiała następująco:

„Przysięgasz Pani, że kobietom ciężarnym, rodzącym i położnicom będąc do niesienia pomocy wezwana, udzielisz im tejże równie ubogim jak i bogatym, chętnie według sztuki, której się Pani wyuczyłaś i że Pani przy tym spełnisz wiernie i sumiennie wszelkie obowiązki, jakie są dla akuszerki ustanowione i rozporządzeniami także osobną instrukcją ustanowione. – Co mi właśnie przytoczono dokładnie zrozumiałam i wypelniam przyrzekam”.

Położnictwo otrzymało regulacje formalno-prawne

Na początku XX wieku liczba położnych dyplomowanych znacznie wzrosła. Wzrosła również liczba szpitali i oddziałów położniczych, w których głównie zatrudniano położne

dyplomowane. Natomiast liczba położnych była niewystarczająca do prowadzenia porodów w domu, w terenie, w tzw. prowincjach, gdzie porody obsługiwały osoby zaledwie przeszkolone. Położne dyplomowane pracujące na wsi, często spotykały się z nieżyczliwością ludności i przeszkodami ze strony nieprzeszkolonych babek, przyjmujących dotychczas porody.

Wraz z rozwojem szkół położnych i wzrostem liczby położnych zaczęto formułować przepisy, które regulowały ich działalność zawodową. Początkowo miały one charakter lokalny i wydawały je duże ośrodki miejskie. Regulacje formalno-prawne, wydawane pod koniec XIX wieku, obejmowały większe obszary, często uwzględniając ówczesny podział terytorialny, np. Instrukcja dla akuszerki państwa pruskiego, Przepisy służbowe dla akuszerki- regulujące działalność zawodową położnych w Galicji.

Przepisy utrwały wiedzę merytoryczną położnych, chroniły je i przestrzegały przed popełnieniem „błędu w sztuce”, uczyły profesjonalnego działania i stanowiły „kodeks etyczno-moralny”.

II Rzeczpospolita – rozwój i ujednoczenie zasad położnictwa

W okresie międzywojennym XX wieku przepisy dotyczące kształcenia położnych w Polsce nie były ujednoczone. Pozostawiały one nadal pewną dowolność w zakresie czasu trwania nauki w szkole. Aktami regulującymi w tej sprawie były m.in: regulamin dla szkół położnych w Małopolsce – wydany przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego w 1920r. (warunek przyjęcia do szkoły to: ukończonych 7 klas szkoły powszechnej, wiek 20-40 lat i dobry stan zdrowia, kurs trwał 9 miesięcy, nauka bezpłatna, mieszkanie w internacie było obowiązkowe, egzamin końcowy, ściśle określone miejsce pracy).

Pracę położnych regulowało Rozporządzenie Prezydenta z dnia 16.03.1928 o położnych oraz rozporządzenie z 2.05.1929 r. zawierające instrukcję dla położnych. Adeptki po ukończeniu nauki składały przysięgę: *Uroczyste ślubuję, że ciężarnym, rodzącym i położnicom, które mojej pomocy zawezwą, bez względu na ich*

stosunki majątkowe i na wynagrodzenie, nieść ja będę jednakowo rzetelnie i według najlepszej mojej wiedzy i że przy tym wszystkie obowiązki, jakie ciążyą na położnej w myśl obowiązujących przepisów, spełniać będę punktualnie i sumiennie.

Położne były zobowiązane do odbycia w okresach pięcioletnich uzupełniających kursów przeszkolenia.

Na V Ogólnopolskim Zjeździe Położnych (18.03.1935 r.), omówiono sprawę reformy szkół położnych. Uchwalono wniosek o konieczności przedłużenia nauki i podniesienia cenzusu wykształcenia kandydatek do dziewięciu klas szkoły ogólnokształcącej (mała matura)- ten wniosek powtórzono na Jubileuszowym Ogólnopolskim Zjeździe w Warszawie 6-7.11. 1937 r. i XIII Zjeździe Związku Położnych na Pomorskie i Pomorskie w Poznaniu 2.05.1939 r.

W doszkalanu położnych dużą rolę odegrały Związki Akuszerki, pierwszy Poznańsko-Pomorski z 1920 r., a potem przyłączone do niego Związki Akuszerki z Bydgoszczy i Katowic, a także działający od 1927 r. Związek Akuszerki Rzeczypospolitej Polskiej i Stowarzyszenie Zawodowe Położnych w Krakowie 1929. Związki te wydawały miesięczniki m. in. „Przegląd Akuszerki” i „Położna”.

PRL – coraz dłuższe kształcenie w szkołach

Po II wojnie światowej w 1945 roku w kilku miastach powstały szkoły położnych o 8-12 miesiącach nauki i praktyki – chodziło o szybkie uzupełnienie kadr, przyjmowano uczennice po ukończonej szkole podstawowej. Równocześnie zaczęto organizować 3-letnie szkoły pielęgniarsko-położnicze, które powstały w Gdańsku, Krakowie, Wrocławiu i w Siemianowicach Śląskich – zlikwidowano je na początku lat 50. (wymagana była mała matura).

Po krótkiej działalności powyższych szkół (początek lat 50.) przekształcono je na dwuletnie Szkoły Położnych we wszystkich województwach – warunek przyjęcia było ukończenie 9 klas, dobry stan zdrowia, wiek 18-35 lat, szkoły

te były tylko państwowe oparte na jednolitych przepisach ramowych i szczegółowych, z inter-
natami.

W roku 1958 podniesiono cenzus wykształce-
nia kandydatek na położne, naukę przedłużono
do 2,5 roku, wymagane świadectwo dojrzałości,
wiek do 35 lat.

W roku 1973 Ministerstwo Zdrowia i Depar-
tament Szkolnictwa i Nauki wydał założeń
organizacyjne i programowe dla Medycznego
Studium Zawodowego – Wydział Położnych.

Powrót do pełnego profesjonalizmu

Od 2004 roku kształcenie położnych odbywa
się na poziomie studiów licencjackich oraz uzu-
pełniających magisterskich.

Obecnie położne wykonują zawód na podstawie
ustawy z 15 lipca 2011 r. (z późniejszymi zmiana-
mi) o zawodach pielęgniarki i położnej. Ustawa
określa między innymi zasady wykonywania za-
wodu, kształcenie podyplomowe, podnoszenie
kwalifikacji. Zadania, jakie należą do położnej
w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych
zostały szczegółowo opisane w artykule napi-
sanym przez Panię Hannę Taraszkiewicz i Marię
Kowalską w artykule pt. Międzynarodowy Rok
Pielęgniarek i Położnych w numerze 67 „Pulsu
Szpitala”.

Zawody położnej i pielęgniarki to obecnie za-
wody samodzielne. W przypadku położnictwa
oznacza to powrót do pełnego profesjonalizmu,
jakie miały przed wiekami.

Zawód przeszedł na przestrzeni wieków wiele
metamorfoz, od zupełnie samodzielnej profes-
ji do podporządkowania lekarzom położni-
kom w XX wieku, kiedy to położne wcielono
w szeregi tzw. średniego personelu medycze-
go. Jednak w ostatnich latach następuje wiele
pozytywnych zmian. Położne sprawują opiekę
opartą na aktualnej wiedzy medycznej, jako

samodzielne profesjonalistki nad kobietą w każ-
dym okresie jej życia, ciężarną, rodzącą, położ-
nicą, noworodkiem oraz kobietami ze schorze-
niami ginekologicznymi.

Miejscami pracy położnej poza szpitalami
są poradnie Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej. Położ-
ne świadczą usługi medyczne także w ramach
indywidualnych oraz grupowych praktyk me-
dycznych. Położne obecne są na uczelniach
kształcących położne jako wykładowcy, na-
uczyciele zawodu.

Wzorem osobowym i etycznym dla polskich
położnych jest Stanisława Leszczyńska (1896-
1974). Ta wspaniała kobieta-położna swoją dzia-
łalnością pokazała, jak można służyć drugiemu
człowiekowi w warunkach ekstremalnej pogar-
dy dla życia. Jako więźniarka obozu koncentra-
cyjnego w Oświęcimiu wstawiła się ogromnym
poświęceniem i niezwykłą czcią dla bezbron-
nego człowieka, wynikającą z miłości do zawodu,
imponowała dobrocią, łagodnością i stała po-
godą ducha. Nowo narodzone dziecko było dla
niej największym cudem świata, akt rodzenia-
cudem natury. Dzień jej urodzin – 8 maja, jest
świętem polskich położnych.

Położne w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym

W naszym szpitalu położne stanowią i stano-
wią trzon opieki położniczej neonatologicznej
i ginekologicznej. Otaczały i otaczają kobiety
w różnych okresach ich życia opieką, wspar-
ciem, fachową radą, profesjonalnie, kompe-
tentnie z dużą dozą empatii i zaangażowania.
Położne razem z koleżankami pielęgniarkami
neonatologicznymi wspaniale opiekują się naj-
młodszyimi pacjentami, także tymi, którzy ważą
tyle, co dwie kostki masła.

Opieka położniczo-ginekologiczna realizowana
przez położne różni się od opieki sprawowanej
przez lekarzy, która zorientowana jest bardziej
na diagnozie lekarskiej i leczeniu.

Położne poza uczestnictwem w tych pro-
cesach koncentrują się na pacjentce, jako in-
tegralnej całości. Takie holistyczne podejście
do kobiety tworzy w zespole relacje partnerskie.
Nasz oddział zawsze znany był z dobrych relacji
w całym zespole terapeutycznym.

Zespół położnych uczestniczy we dostępnych
formach doskonalenia zawodowego. Większość
legitymuje się dyplomami uczelni wyższych oraz
ukończonymi specjalizacjami w dziedzinie pie-
lęgniarstwa. Różnorodność ukończonych kur-
sów kwalifikacyjnych i specjalistycznych jest tak
duża, że nie sposób je wszystkie wymienić. Na-
sze położne uczestniczą w wielu konferencjach,
sympozjach, jako uczestnicy bierni, ale też, jako
wykładowcy i prelegenci.

Nie sposób pominąć zaangażowania w kształ-
cenie przyszłych położnych i ściślej wspólny
pracy z UWM w Olsztynie. Kilka pań stanowi trzon
pracowników kierunku położnictwo. Ale duża
grupa współpracuje z uczelnią w ramach umo-
wy -zlecenia.

Za nami pierwszy egzamin. Było wiele wzru-
szeń. Mamy pierwsze absolwentki położnictwa
w naszym województwie od 18 lat. Kilka z nich
za chwilę wzmocni szeregi położnych w na-
szym szpitalu.

Niestety epidemia trochę „podcięła” nam skrzy-
dła. Wszelobocny koronawirus przerwał udział
naszych lekarzy, ale też położnych oraz pielę-
gniarek neonatologicznych w szkoleniu pro-
wadzonym przez francuskich lekarzy i położne
w tzw. „porodach francuskich”. Poza asystą
przy zabiegu, położne mogą wykorzystać jed-
no z urządzeń do prowadzenia porodów dro-
gami i siłami natury. „Winner flow”, przez nas
nazywany gwizdkiem (za co byłyśmy „karczone”
przez nasze francuskie koleżanki) fantastycznie
sprawdza się w porodach fizjologicznych. Mamy
nadzieję, że szybko wrócimy do szkolenia i bę-
dziemy prekursorami w Polsce w przyjmowa-
niu porodów z wykorzystaniem „winner flow”.

Koleżanki, pracujące w Oddziale Ginekologii
Onkologicznej są w nielicznej w Polsce elicie
położnych, które specjalizują się w opiece nad
pacjentkami z chorobami nowotworowymi,
w tym podawaniu leków w ramach chemio-
terapii.

Profesjonalizm i pasja, z jaką pracują nasze
położne procentuje nagrodami oraz podzię-
kowaniami naszych pacjentek i ich rodzin, wy-
różnieniami samorządu zawodowego, wysokim
miejszem jednej z koleżanek w plebiscycie „Po-
łożna na medal”.

**Beata Binek, położna oddziałowa Oddziału
Klinicznego Ginekologiczno-Położniczego**

**Jowita Dubel-Mikulska,
zastępczyni położnej oddziałowej Oddziału
Klinicznego Ginekologiczno-Położniczego**





Rzeczpospolita
Polska



Zdrowe życie, czysty zysk

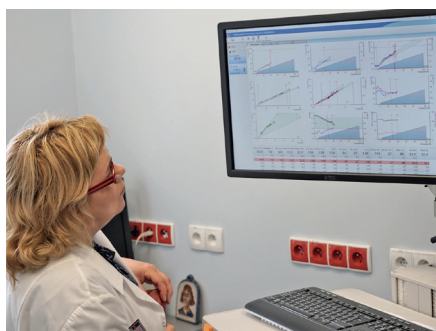
Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Jesteśmy w okresie trwałości projektu kardiologicznego

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie z dniem 19 sierpnia 2020 r. zakończył realizację Projektu pn. „Przebudowa i modernizacja Oddziału Kardiologicznego oraz Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego wraz z zakupem sprzętu” i wszedł okres trwałości projektu. **Okres trwałości projektu to czas, w którym należy zachować przez 5 lat (czyli do 19 sierpnia 2025 r.) w niezmienionej formie i wymiarze efekty projektu.** W okresie trwałości mamy obowiązek sporządzania sprawozdań. Na ich podstawie określane będzie, czy została zachowana trwałość projektu. A Instytucja, która udzieliła wsparcia, w okresie trwałości będzie też mogła przeprowadzić kontrolę projektu.

Projekt realizowany był w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020. Przedsięwzięcie kosztowało ponad 12 mln zł, z czego ok. 9 mln było współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.



Przypomnijmy, że w ramach projektu od 27 marca 2015 r. do 31 października 2019 r. Szpital przebudował i zmodernizował Oddział Kardiologiczny i Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz doposażył te oddziały w nowoczesny sprzęt specjalistyczny i aparaturę medyczną.

Realizacja projektu wpłynęła na zwiększenie dostępności i kompleksowości usług specjalistycznych w zakresie chorób serca i naczyń świadczonych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. Pacjenci mają zapewnione bezpieczeństwo i najwyższą jakość leczenia, znacznie poprawił się komfort ich pobytu. Ważnym aspektem projektu jest również poprawa warunków pracy personelu.



Efektom projektu jest także nowy sprzęt diagnostyczny m.in. zestaw do badań cykloergospirometrycznych – służący do precyzyjnej oceny wydolności układu krążenia (stopień zużycia tlenu przez organizm), jest to nowe badanie

diagnostyczne niestosowane dotąd w naszym województwie.

W pracę nad prawidłowym przebiegiem projektu zaangażowani są pracownicy: Działu Organizacyjnego i Funduszy Zewnętrznych, Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, Działu Księgowości, Sekcji Inwestycji oraz Działu Aparatury Medycznej.

Pamiętajmy, że naruszenie zasady trwałości może oznaczać konieczność zwrotu środków otrzymanych na realizację projektu wraz z odsetkami.

Po zakończeniu projektu zobowiązani jesteśmy również do przechowywania pełnej dokumentacji przez okres wskazany w umowie o dofinansowanie. Miejscem archiwizacji powinna być siedziba Szpitala. W okresie tym mamy obowiązek udostępnić wgląd w dokumentację przedstawicielom instytucji, która udzieliła nam wsparcia, a także przedstawicielom Unii Europejskiej – jeżeli gdzie taka potrzeba.

Alicja Biernacka

Rzeczpospolita
Polska

Zdrowe życie, czysty zysk

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego

Sprzęt i środki ochrony osobistej dla naszego Szpitala

Województwo Warmińsko Mazurskie podpisało umowę partnerską w sprawie wspólnej realizacji projektu pn.: *Wsparcie podmiotów leczniczych utworzonych przez Województwa Warmińsko-Mazurskie na dofinansowanie potrzeb sprzętowych i materiałowych, przeznaczonych do zapobiegania rozprzestrzeniania oraz zwalczania zakażenia wirusem SARS-CoV-2* w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia-Mazury na lata 2014-2020, Osi Priorytetowej 9. Dostęp do wysokiej Jakości usług publicznych, Działanie 9.1 Infrastruktura ochrony zdrowia.



Projekt obejmuje zakup sprzętu i materiałów przeznaczonych do zapobiegania, rozprzestrzeniania oraz zwalczania zakażenia wirusem SARS-CoV-2 o całkowitej wartości **12 100 000,00 zł** podzielonej pomiędzy sześciu partnerów. **Partnerem wiodącym i koordynatorem projektu jest Województwo Warmińsko-Mazurskie.**

Partnerzy projektu

- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu
- Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy w Olsztynie
- Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie
- Szpital Psychiatryczny w Węgorzewie
- Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Olsztynie

Dofinansowanie na realizację projektu wynosi 10 243 860,00 zł co stanowi 84,66%. Wkład własny Beneficjenta wynosi 1 856 140,00 zł co stanowi 15,34%.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie jest jednym z sześciu Partnerów Projektu, który otrzymał dofinansowanie. Środki są przeznaczone na zadanie bieżące – 239 000,00 zł oraz na zadanie inwestycyjne – 2 591 000,00 zł.

Ogólna wartość projektu – 2 830 000,00 zł
Wysokość dofinansowania – 2 395 878,00 zł
Wkład własny – 434 122,00 zł – dotacja z budżetu województwa

Szpital zakupił 28 sztuk sprzętu m.in. respiratory stacjonarne, aparaty do znieczulenia, respirator transportowy, zestawy do wspomaganie układu oddechowego HFNC, bronchofibroskop z wyposażeniem, aparat ECMO z wyposażeniem, aparat do dekontaminacji-Robot UVD, sterylizator parowy przelotowy. Doposażył też Zakład Bakteriologii w **automatyczny system zamknięty do real time PCR i komorę laminarną (na zdjęciu)**. Zakupiono również środki ochrony indywidualnej: rękawice ochronne, maski p/ bakteryjne, ubranie operacyjne, czepki, maski i fartuchy ochronne.

Realizacja projektu przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie pozwoli na zwiększenie możliwości diagnostycznych i leczniczych mieszkańców Warmii i Mazur, a także zwiększy bezpieczeństwo pracowników medycznych w obliczu coraz trudniejszej sytuacji epidemicznej.

Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

Sprzęt dla Ośrodków transplantacyjnych

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie w 2020 roku został realizatorem zadania pn. Zakup sprzętu i aparatury: doposażenie ośrodków transplantacyjnych – zakup pojemników do przechowywania i transportu narządów lub złożonych, unaczynionych przeszczepów wielotkankowych, w celach transplantacyjnych w 2020 r. w ramach programu wieloletniego na lata 2011-2020 pn. „Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”.

Zakupiono specjalistyczną przenośną lodówkę do przechowywania i transportu narządów w warunkach hipotermii prostej (cooler box) wyposażoną w:

- system stałego pomiaru i rejestrowania temperatury,
- system przywoływania sygnałowego personelu w przypadku zmiany paramentów przechowywania narządu,
- wbudowany akumulator podtrzymujący pracę urządzenia i utrzymanie stałej



temperatury przez 10 godzin w momencie braku zasilania zewnętrznego.

W zestawie z lodówką zakupiony został także specjalny wózek transportowy dedykowany temu urządzeniu. Całkowity koszt zakupu wyniósł 5 394,40 złotych, w tym 85% kwoty stanowi dofinansowanie ze środków Ministerstwa Zdrowia tj. 4 585,24 złotych.

Katarzyna Szychulska-Topa



Czy można udzielać informacji przez telefon?

Udzielanie informacji przez telefon budzi wiele wątpliwości i kontrowersji. Z obawy przed konsekwencjami często spotykamy się z odmową w tym zakresie, jednak nie zawsze taka postawa jest prawidłowa.

Zarówno przepisy RODO, jak i przepisy krajowe **nie zabraniają udzielania informacji przez telefon**. Zabraniają za to przekazywania ich w sytuacji, gdy istnieje ryzyko naruszenia bezpieczeństwa danych.

Administrator danych jest odpowiedzialny za ochronę danych osobowych i to na nim spoczywa obowiązek skutecznego ich zabezpieczenia przed:

- udostępnieniem osobom nieupoważnionym,
- zabranieniem przez osobę nieuprawnioną,
- przetworzeniem z naruszeniem ustawy,
- zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

Informacje o stanie zdrowia

Jedną z najczęstszych sytuacji związanych z informowaniem przez telefon dotyczy pracowników sektora ochrony zdrowia. Dane dotyczące stanu zdrowia należą do tzw. danych wrażliwych i podlegają szczególnej ochronie.

Co zrobić w sytuacji, gdy nikt z osób bliskich pacjentowi nie może osobiście przyjść do szpitala, aby uzyskać informacje o jego stanie zdrowia? Nawet, jeśli pacjent wcześniej wskazał osobę, z którą lekarz może porozmawiać, to i tak nie ma możliwości zweryfikowania przez telefon czy rozmawia się z właściwą osobą. Wyjściem takiej sytuacji może być wykonanie telefonu przez lekarza na numer wskazany przez pacjenta.

Ale bywają też sytuacje, kiedy pacjent nie ma szansy upoważnić kogokolwiek do uzyskania informacji, np. **w stanach nagłych** jak wypadek lub nagłe zachorowanie. W jaki sposób bliscy pacjenta mogą w takie sytuacji uzyskać informacje?

Dyskusja na ten temat rozgorzała w czerwcu 2018 r., kiedy doszło do poważnego wypadku na tzw. zakopiance, gdzie autobus wycieczkowy wiozący dzieci zderzył się z ciężarówką. Do kilku szpitali trafiły 34 osoby, głównie dzieci. Rodzice usiłowali się dowiedzieć przez telefon, do którego szpitala trafiło ich dziecko oraz w jakim jest stanie. W większości placówek odmówiono im odpowiedzi, powołując się na przepisy RODO.

W sprawie głos zabral Maciej Kawecki dyrektor Departamentu Zarządzania Danymi

i koordynator prac nad reformą ochrony danych osobowych w Ministerstwie Cyfryzacji oraz Bartłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta. Wytyczne na ten temat znalazły się również w wydanych kilka miesięcy później wspólnie przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Cyfryzacji „Przewodniku po RODO w służbie zdrowia”: Często pojawiające się w tym zakresie problemy wynikają z braku wdrożenia odpowiednich procedur postępowania w placówce i braku świadomości jej pracowników w zakresie swoich obowiązków i zasad udostępniania danych w takich sytuacjach. Niemniej nie wszystko jest możliwe do uregulowania. **Dlatego bardzo ważne jest odwołanie się do kategorii zdrowego rozsądku i doświadczenia życiowego.** W przypadku, kiedy odmowa udzielenia informacji o pobycie pacjenta w szpitalu może uniemożliwić realizację prawa członków rodziny bądź osób bliskich do informacji o stanie zdrowia pacjenta, podmiot powinien udzielić takiej informacji w sytuacjach nagłych (np. wypadek drogowy, klęska żywiołowa) oraz w stanach zagrożenia dla życia pacjenta. Placówka powinna jednak dostatecznie uprawdopodobnić, że rozmówca jest osobą uprawnioną do uzyskania tej informacji poprzez zadanie pytań kontrolnych, np. zapytanie o PESEL pacjenta lub adres jego miejsca zamieszkania, (jeśli podmiot leczniczy dysponuje takimi informacjami). Dodatkowo należy kierować się **zasadą minimalizacji i przekazywać telefonicznie jedynie te informacje, które są niezbędne do działania w stanie wyższej konieczności.** Dodatkowych informacji udziela się po ustaleniu tożsamości osoby uprawnionej (np. przedstawiciela ustawowego). Podstawa prawną może być zarówno art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, jak również w niektórych sytuacjach art. 9 ust. 2 lit. c), czyli gdy przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej, a osoba, której dane dotyczą, jest fizycznie lub prawnie niezdolna do wyrażenia zgody. W sytuacjach kryzysowych często nie ma też potrzeby udzielania szczegółowych informacji o stanie zdrowia.

Warto zauważyć, że jeżeli **rozmowy w placówce medycznej są nagrywane**, tak przeprowadzona weryfikacja zabezpiecza administratora danych osobowych w zakresie dotożenia należytej staranności przy weryfikacji osoby dzwoniącej. Jeśli placówka nie rejestruje rozmów, pracownik szpitala powinien sporządzić notatkę służbową o przebiegu rozmowy.

Pamiętajmy również o tym, że w przypadku wytudzenia danych osobowych przez osobę do tego nieuprawnioną, odpowiedzialność za to poniesie nie tylko administrator danych, ale również osoba, która się tego dopuściła.

W razie drastycznego pogorszenia się stanu zdrowia

Ustawa o działalności leczniczej przewiduje, że w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta placówka medyczna ma obowiązek **niezwłocznego** powiadomienia opiekuna ustawowego lub wskazanej przez pacjenta osoby. Trudno wyobrazić sobie szybszą metodę komunikacji niż rozmowa telefoniczna.

Informacje o pracowniku

Pojawiały się wątpliwości czy można udzielić informacji osobie dzwoniącej do szpitala, w jakiej komórce organizacyjnej jest zatrudniony lekarz, pielęgniarka lub inny pracownik? Czy fakt potwierdzenia zatrudnienia nie narusza praw i wolności tej osoby? Czy można udzielić informacji np. przedstawicielowi banku na temat zatrudnienia danej osoby?

Informacje o wysokości zarobków pracownika należą do jego danych osobowych. Starając się o kredyt w banku, często udziela się bankowi zgody na telefoniczne potwierdzenie danych u pracodawcy. Przedstawiciel banku telefonicznie prosi, więc pracodawcę o potwierdzenie zatrudnienia danej osoby i potwierdzenie wysokości jej zarobków.

Pomimo, iż nie można wskazać jednoznacznego przepisu, który zabraniałby pracodawcy podania opisanych danych w rozmowie telefonicznej, zalecana jest daleko idąca ostrożność. Nie rekomenduje się podawać takich danych w rozmowach telefonicznych.

Pracodawca nie ma bowiem żadnej pewności w ramach rozmowy telefonicznej, co do tożsamości rozmówcy oraz celu podania żądanych danych. Z tych też względów ma pełne prawo odmówić podania powyższych danych, uzasadniając ten fakt koniecznością ochrony z jednej strony danych osobowych, z drugiej zaś dóbr osobistych pracownika. Najbezpieczniejsze dla pracodawcy jest udzielenie informacji w formie pisemnej w odpowiedzi na pisemny, umotywowany wniosek instytucji lub osoby.

Wniosek powinien zawierać informacje umożliwiające wyszukanie w zbiorze żądanych danych osobowych oraz wskazywać ich zakres i przeznaczenie.

Za nieprawidłowe przetwarzanie danych osobowych swoich pracowników, w tym za udostępnianie informacji o ich wynagrodzeniu osobom nieupoważnionym, pracodawcy grozi odpowiedzialność cywilna i karna. Pracownik za niezgodnie z prawem dysponowanie jego danymi osobowymi może żądać odszkodowania zgodnie z przepisami RODO, Kodeksu pracy i Kodeksu cywilnego.

Beata Jastrzębowska, Inspektor ochrony danych

Pamięć i jej zagadki

cz. 37



Pamięć ewoluowała przez miliony lat wraz w powstawaniem nowych gatunków. W historii naturalnej pamięci ważnym etapem było pojawienie się ssaków, wyposażonych w nowe zdobycze ewolucji –

korę nową. Prawdopodobnie to właśnie kora nowa umożliwiła wczesnym ssakom kontrolowanie danych pamięciowych.

Zespół Elisabeth Murray w książce *The evolution of memory systems. Ancestors, anatomy, and adaptations* zaproponował plan ewolucji zdolności pamięciowych (zob. odcinek 34). Pierwsze formy pamięci u pradawnych zwierząt polegały na prostym kojarzeniu sygnałów środowiskowych (pamięć skojarzeniowa, zob. odcinek 35) lub efektywnym przemieszczaniu się w obrębie określonej przestrzeni (pamięć nawigacyjna, zob. odcinek 36).

NEOCORTEX

Kolejny, trzeci wynalazek ewolucji pamięci to coś, co można nazwać pamięcią porządkową lub klasyfikacyjną. Pamięć ta powstała u wczesnych ssaków, o których rozwinął się nowy rodzaj kory mózgu. Obok tzw. starej kory (allocortex), wykorzystywanej przez gady i ssaki, w mózgach wczesnych ssaków pojawiła się około 225 milionów lat temu tzw. kora nowa (neocortex). Początkowo kora nowa była tylko ewolucyjnym dodatkiem do starej kory, ale następnie zaczęła odgrywać znaczną

rolę w adaptacyjnych zachowaniach zwierząt. Zmienna też jest proporcja kory nowej różnych ssaków do całkowitej objętości mózgowia – np. 15-30% u gryzoni, ok. 50% u wczesnych naczelników, 65-80% u obecnych małp i ludzi, ponad 80%, u delfinów i wielorybów.

Kora nowa zawiera dwa główne obszary: strefę środkową i sferę otaczającą. Ta pierwsza obsługuje głównie dane sensoryczne (np. wzrokowe, słuchowe, dotykowe). Z kolei strefa otaczająca wywiera bezpośredni wpływ na różne autonomiczne funkcje życiowe, ale reguluje także percepcję i pamięć (zob. rys 1). Część obszarów strefy otaczającej, np. z okolic kory przedczołowej, spełnia funkcje zarządzające i pozwala na wybór lub ocenę danego zachowania.

REGULATOR KONFLIKTÓW

To właśnie obszary kory przedczołowej umożliwiają kontrolę nad instynktownymi i zautomatyzowanymi zachowaniami. W określonych

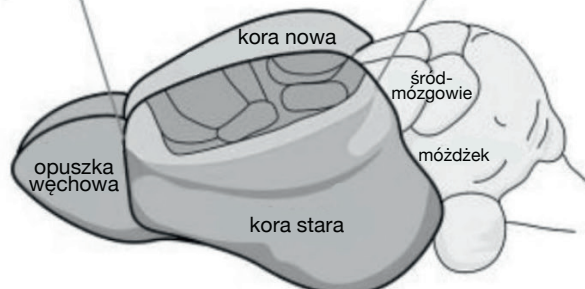
sytuacjach środowiskowych część zachowań różnych zwierząt, w tym naszych zachowań, może wykorzystywać pamięć nawykową. Taka pamięć bazuje na wyuczonych skojarzeniach i pozwala na bardzo szybką reakcję. Poza tym inne zachowania mogą wykorzystywać pamięć ukierunkowaną na osiągnięcie jakiegoś celu. Wtedy w grę wchodzi bardziej wyrafinowana ocena co do tego jak należy w danej sytuacji postępować.

Pamięć nawykowa i pamięć celowa zazwyczaj sprawnie współdziałają, ale zdarzają się sytuacje konfliktowe. Przykładowo, często zachowujemy się w sposób zautomatyzowany, np. ciągle jeździmy tą samą trasą z domu do pracy. Jest tak dlatego, bo wykształciliśmy nawyk, który systematycznie powoduje skuteczny dojazd do pracy. Jednak możemy zrewidować swój nawyk pod wpływem zewnętrznych okoliczności (np. roboty drogowe, obserwacja zachowań innych kierowców) lub wewnętrznej potrzeby zmiany. Ustalenie nowej trasy może wiązać się z dodatkowymi korzyściami (szybszy dojazd, ciekawa okolica przejazdowa, bardziej zrelaksowani kierowcy na drodze). Te korzyści będą

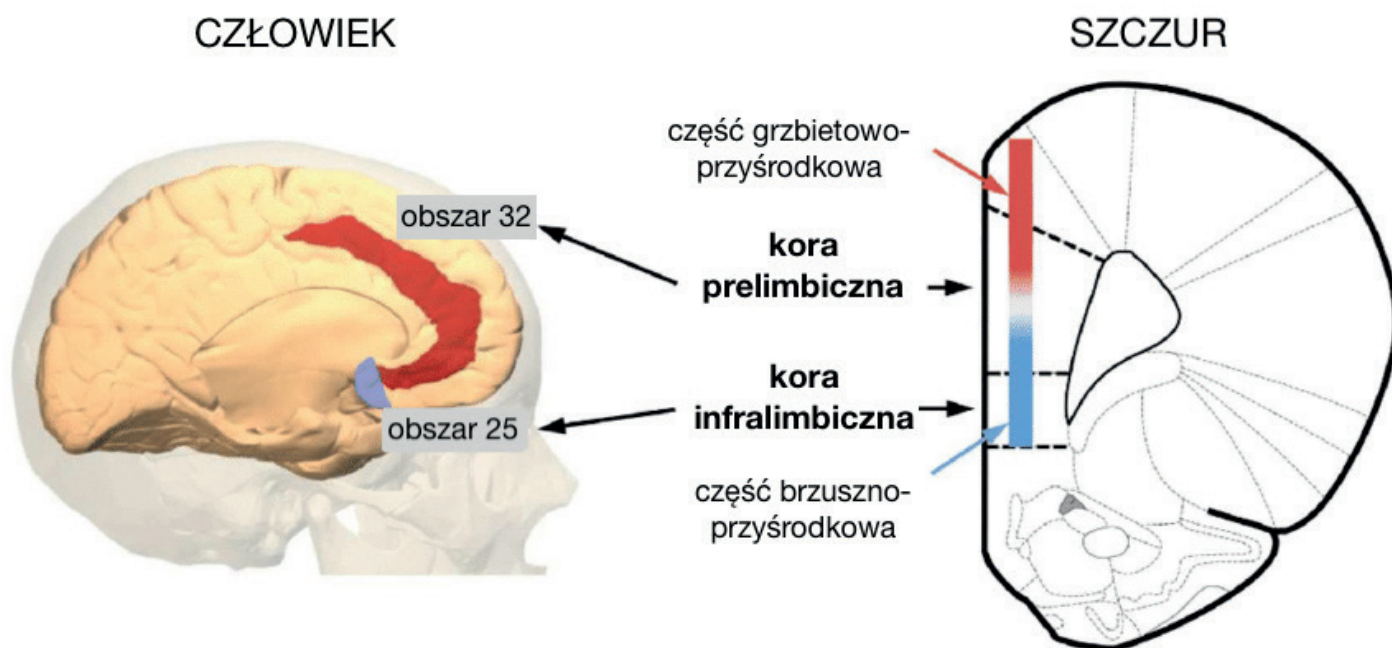
A



B



Rys. 1. Rekonstrukcja mózgowia wczesnych ssaków. **A.** Rzut z lewej strony. **B.** Powiększony obszar strefy otaczającej kory nowej (kolor jasnoszary) i strefy środkowej kory nowej (kolor ciemnoszary). Skrót: mPFC – przyśrodkowa kora przedczołowa, OFC – kora oczodołowo-czołowa, RCS – kora pomiędzy zespołem hipokampa i płatem ciemieniowym (retrosplenial). Źródło: Murray E.A., Wise S.P., Baldwin M., Graham K.S. (2020). *The evolutionary road to human memory*. Oxford University Press. Adaptacja własna.



Rys. 2. Obszary kory mPFC. Po prawej stronie ilustracja uszkodzonych rejonów kory limbicznej i prelimbicznej szczurów w badaniu Killcrossa i Coutureau (2003). Po prawej stronie odpowiednik kory limbicznej (obszar 32 wg Brodmanna) i prelimbicznej (obszar 25 wg Brodmanna) u człowieka.

Źródło ilustracji: Gass J., Chandler L. (2013). The plasticity of extinction: Contribution of the prefrontal cortex in treating addiction through inhibitory learning. *Frontiers in Psychiatry* 4. 46. Adaptacja własna.

oczywiście wzmacniały pamięć nowej trasy i korzystanie z niej. Jednocześnie dawny nawyk (zautomatyzowana pamięć dawnej trasy) będzie tym samym osłabiany. Niekiedy jednak pośpiech lub nasilony stres może spowodować, że zamiast tej lepszej nowej trasy wybierzemy bezwiednie dawną trasę. I wtedy następnym razem pojawi się konflikt decyzyjny, którego jechać do pracy. Takich możliwych sytuacji konfliktowych związanych z działaniem różnych pamięci może być sporo. Nic dziwnego, że w toku ewolucji powstał specyficzny regulator konfliktów decyzyjnych.

Okazuje się, że przyśrodkowa kora przedczołowa (mPFC, zob. rys. 1) porządkuje aktywność obu form pamięci. W jednym z badań Killcross i Coutureau eksperymentalnie uszkodzali obszary mPFC u szczurów, a dokładniej dolne obszary mPFC, czyli korę infralimbiczną i górne obszary mPFC, czyli korę prelimbiczną (zob. rys. 2). Badane zwierzęta były wcześniej trenowane w zakresie funkcjonowania w tzw. skrzynce Skinnera (jest to pomieszczenie, w którym trenuje się zachowania zwierząt uzyskując określone reakcje, np. naciśnięcie dźwigni, pod wpływem nagród). Typowo szczury (bez uszkodzeń mózgu) ujawniały nasilone zachowania celowe po umiarkowanym treningu i bardziej nasilone zachowania nawykowe po intensywnym treningu. Gdy uszkodzenia obejmowały obszary kory prelimbicznej, badane zwierzęta nie wykazywały zachowań ukierunkowanych na cel, nawet po umiarkowanym treningu. Z kolei szczury z uszkodzeniami w korze infralimbicznej ujawniały dokładnie odwrotny wzorzec zachowań - nasilone zachowania celowe po umiarkowanym

i intensywnym treningu. Prawdopodobnie w normalnej sytuacji nieuszkodzona przyśrodkowa kora przedczołowa umożliwia utrzymywanie równowagi pomiędzy obiema formami pamięci nawykowej i ukierunkowanej na cel.

PAMIĘĆ PORZĄDKOWA

Wspomniany stan względnej równowagi pomiędzy różnymi typami pamięci, obsługiwany przez obszary przyśrodkowej kory przedczołowej, umożliwił w toku ewolucji powstanie pamięci porządkowej (porządkującej, selekcyjnej, tworzącej tendencje behawioralne). Dzięki temu różne zwierzęta i ludzie są w stanie zwiększyć efektywność swoich zachowań. Pamięć porządkowa pozwala wstrzymać nawyki na rzecz nowej strategii, która akurat jest lepsza w danym kontekście - np. długie wyczekiwanie na ofiarę przy wodopoju, zamiast gonienie jej na sawannie. Pamięć porządkowa umożliwia też szybki wybór pomiędzy możliwymi zachowaniami w danej sytuacji. Wymienione korzyści były na tyle adaptacyjne, że w historii naturalnej faworyzowanie jednych form pamięci kosztem innych stało się zjawiskiem powszechnym u ssaków.

MAŁA ZAPOWIEDŹ

Podróż przez ewolucję pamięci z zespołem Elisabeth Murray (*The evolution of memory systems. Ancestors, anatomy, and adaptations*)

na tym się nie kończy. Poza pamięcią skojarzeniową, nawigacyjną i porządkującą wystąpiły jeszcze trzy kolejne wielkie wynalazki w ewolucji pamięci. Jednak z uwagi na obecną sytuację pandemiczną w następnym odcinku zostanie przedstawiony temat zaburzeń i dysfunkcji poznawczych, w tym pamięciowych, w przebiegu Covid-19. Do ewolucji pamięci wrócimy po krótkiej przerwie.

dr Piotr Markiewicz

Chcesz wiedzieć więcej?

Murray E.A., Wise S.P., Graham K.S. (2017). *The evolution of memory systems. Ancestors, anatomy, and adaptations.* Oxford University Press.

Murray E.A., Wise S.P., Baldwin M., Graham K.S. (2020). *The evolutionary road to human memory.* Oxford University Press.

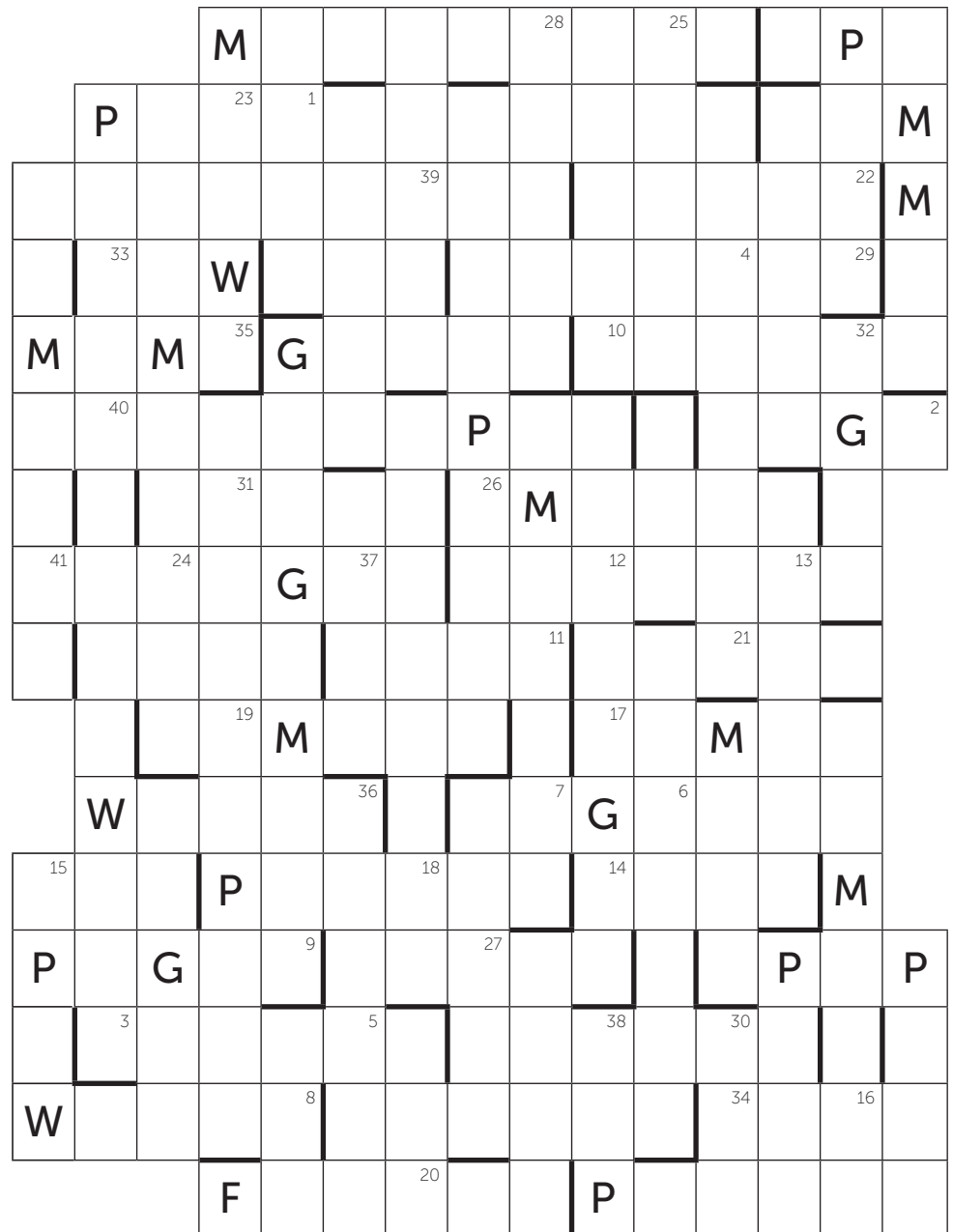
Killcross S., Coutureau E. (2003). Coordination of actions and habits in the medial prefrontal cortex of rats. *Cerebral Cortex*, 13(4), 400-408.

67 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 77 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: F, G, M, P i W. Na ponumerowanych polach ukryto 41 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to cytat z Szekspira.

Jerzy Badowski

- striatura
- Cejlon
- niewolnica, ukochana Petroniusza
- mniejsza od lamy
- kruk lub bocian
- bożodrzew gruczołowaty
- parametr układu krzepnięcia
- imię Amina, dyktatora Ugandy
- skały ze Stonehenge i egipskich piramid
- narząd
- wschód (ang.)
- Spencer, księżna Walii
- pieśń lub narzędzie chirurgiczne
- trzecia wyspa Danii
- indyjski zespół zaburzeń psychologicznych wiodący do depresji
- duży baran
- angielski konik
- Sam, nowozelandzki aktor i reżyser
- porcja, słusność
- jadalnia na statku
- domena Talii
- niemetale o l. at. 17
- stolica Jordanii
- numer podatnika
- sepie, drapieżne głowonogi
- pisarz i mówca, wróg Cezara
- kopia tekstu lub rysunku
- klejnotka
- listwa dachowa
- greka używana w Biblii
- lek z paracetamolem
- angielski pan
- Imre, premier rewolucji węgierskiej (1956)
- podgorzelec
- wzór ze zdobnymi otworami
- istniejące fakty
- bakteria cholery
- stop glinu i niklu
- druh, kumpel
- owca podhalańska
- skrzydlaty koń
- stado koni
- Wilhelm, odkrywca promieni X
- poziome drzewce ruchome
- uczelnia Eisenhowera
- męczennica z Meridy, patronka kobiet w potogu
- nowela Prusa o trudnym żuciu na wsi
- biedni żydowscy wyznawcy Jezusa
- między tytanem a chromem
- bal przebierańców
- jednostki informacji w umyśle
- kastrowany buhaj
- człowiek wszytkowiedzący
- kłęb kurzu lub tuman
- odmiana tososia
- indyjskie pozdrowienie
- bezwład
- krwi Londona
- sala reprezentacyjna
- od niego do kamyczka
- koklusz
- najstarszy na szachownicy



- Filippo, napastnik Juventusu i AC Milan
- uprawiany dla siemienia
- połączenie metalowych elementów
- imię Garbo
- z tlenem lub gazem
- płytnie w Kolonii
- glinka porcelanowa
- wytwarzany w ecydiach
- opłata graniczna
- druga wyspa Grecji
- sumeryjski poszukiwacz tajemnicy
- nieśmiertelności
- klub z Nikozji
- sławne uzdrowisko w Belgii
- figiel, żart
- tańcowała z nitką

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	40	41				

Rozwiązanie krzyżówki nr 66 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 67): „Najcenniejszych rzeczy w życiu nie nabywa się za pieniądze”. Nagrodę otrzymuje Krystyna Rohun z Oddziału Nefrologicznego. Gratulujemy. Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.

