



WOJEWÓDZKI  
SZPITAL  
SPECJALISTYCZNY  
W OLSZTYNIE

# PULS SZPITALA

NR 70

styczeń–marzec 2021

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162



Rok z COVID-19.  
Dajemy radę koronawirusowi – s. 4



# PULS SZPITALA

## Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
w Olsztynie

## Redaktor naczelny

Przemysław Prais

## Koncepcja Graficzna

Barbara Szymczuk

## Stała współpraca

Jerzy Badowski  
Piotr Markiewicz  
Hanna Taraszkiewicz  
Beata Jastrzębowska  
Radosław Kowalski

## 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.ccpag.com.pl

## Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie  
prawo do skrótów i zmiany  
tytułów.

Redakcja nie ponosi  
odpowiedzialności  
za treść nadsyłanych  
publikacji.

- 3 Przygotowujemy się na zmiany. A tymczasem dbajmy o nasze miejsca pracy, o dobrą atmosferę, o zasoby szpitala, o dyscyplinę pracy i o naszych pacjentów
- 4 Rok z COVID-19. Dajemy radę koronawirusowi
- 13 Bezpieczeństwo i jakość kształcenia w zawodach medycznych w trakcie trwającej pandemii COVID-19
- 14 Bezpieczna farmakoterapia – Bezpieczny pacjent – Bezpieczny personel
- 17 Jacek Zwiernik koordynatorem Oddziału Neurologicznego
- 17 Nowy lekarz zakładowy w Szpitalu Wojewódzkim
- 18 Kinesiotaping w okresie okołoporodowym
- 19 Ordynator oddziału nefrologicznego objął ważną funkcję w naukowym wydawnictwie
- 19 Podziękowania od dyrekcji Szpitala dla znakomitego diagnosty
- 20 Trwa modernizacja budynku Przychodni
- 21 Medycyna fizykalna – odcinek I
- 24 Bezpłatne badania profilaktyczne w kierunku raka piersi oraz szyjki macicy
- 25 Bezpłatne badania kolonoskopowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym
- 26 Bezpieczne korzystanie ze stron internetowych
- 27 Jolka Szpitalna



# Przygotowujemy się na zmiany.

A tymczasem dbajmy o nasze miejsca pracy, o dobrą atmosferę, o zasoby szpitala, o dyscyplinę pracy i o naszych pacjentów



Szanowni Państwo, fala trzeciej pandemii opada, Narodowy Fundusz Zdrowia wdraża konsekwentnie program odmrażania tóżek covidowych, ale w pewnej gotowości pandemicznej – jak zapowiada – pozostaniemy przynajmniej do jesieni, a co będzie dalej życie pokaże.

## Sukcesy i pozytywny wynik finansowy mimo pandemii

Wskaźnik wyszczepialności przeciwko SARS-Cov-2 personelu naszego szpitala jest satysfakcjonujący i wynosi ponad 90 proc., czego najlepszym dowodem jest obserwowany od prawie dwóch miesięcy brak zachorowań wśród personelu. Oczywiście nie powinno nas to zwalniać z obowiązku utrzymania stosowanych i sprawdzonych środków ochrony indywidualnej i bezpiecznych zachowań w pracy oraz podczas tak bardzo wyczekiwanych urlopów. Powinniśmy się pogodzić z tym, że reżim epidemiologiczny pozostanie z nami na dłużej i co do tego nie możemy mieć żadnych wątpliwości.

Rok 2020 pomimo wszystkich trudności związanych z pandemią, które wspólnie przeszliśmy w miarę bezpiecznie z różnym poziomem stresów i obaw, ale na szczęście bez większych zawirowań, zakończyliśmy pozytywnym wynikiem finansowym. Wykonaliśmy 93 proc. ryczału.

Przedstawię Państwu kilka wybranych danych statystycznych:

- Liczba hospitalizacji w 2020 r. wraz ze Szpitalnym Klinicznym Oddziałem Ratowniczym wyniosła 36 918 osób;
- Liczba porodów wyniosła 1860;
- Poradnie szpitalne udzieliły w 2020 r. 109 115 porad;
- W 2020 r. przeprowadzono łącznie 8 555 zabiegów operacyjnych oraz wykonano
- 13 832 badań/procedur zabiegowych w pracowniach specjalistycznych;
- Wykonano 17 360 hemodializ oraz 4 283 dializ otrzewnowych;
- Średni czas hospitalizacji w 2020 roku wyniósł 4,7 dnia;
- Wskaźnik wykorzystania tóżek wyniósł 58,1 proc.

Mieliśmy też sukcesy: pierwszy i kolejne przeszczepy rogówek, uzyskanie Certyfikatu Dobrej Praktyki Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego.

Absolutnym zaś zaskoczeniem była nagroda w kwocie 1 mln zł z Ministerstwa Zdrowia za aktywność donacyjną w 2020 r. dla Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Programu Rozwoju Transplantologii. Uplasowaliśmy się na 3 miejscu w Polsce i po raz pierwszy MZ przyznało nagrody za aktywność bez obowiązku pisania wniosków. Dziękuję i gratuluję transplantologom, koordynatorom i wszystkim zaangażowanym osobom w działania na rzecz promowania donacji narządowej.

## Rozbudowa naszego szpitala najważniejszym zadaniem

Aktualnie priorytetowym działaniem szpitala jest budowa nowego budynku na potrzeby Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego, Oddziału Intensywnej Terapii oraz Oddziału Klinicznego Ortopedii, Traumatologii i Chirurgii Kręgosłupa. Przypomnę, że Centrum Urazowe zostało utworzone

w naszym szpitalu w 2011 roku i zabezpiecza urazy wielonarządowe dla wszystkich mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego. Na bazie SKOR działają zespoły kardiologiczne i udarowe, a chcemy tę formułę rozszerzyć o wszystkie ostre przypadki chorób naczyniowych w ramach Centrum Chorób Serca, Mózgu i Naczyń, czyli skoordynować wszystkie przypadki chorób naczyniowych również w ramach chirurgii naczyniowej i te zaopatrywane przez Radiologię Interwencyjną.

Bez rozbudowy szpitala nie jesteśmy w stanie nie tylko rozwijać nowych zadań, ale nawet poprawiać warunków pracy, czy wywiązywać się z powierzonych zadań w danych zakresach medycznych, wynikających z sytuacji w regionie. Dzięki tej inwestycji nie tylko zyskamy dodatkową powierzchnię, ale będziemy mogli efektywniej zorganizować pracę oddziałów funkcjonujących w ramach Centrum Urazowego, spełnione zostaną wymagania Rozporządzenia MZ z dnia 27.06.2019 r., wielokrotnie zmienianego, ale przede wszystkim poprawimy bezpieczeństwo epidemiczne pacjentom i pracownikom poprzez poprawę wewnętrznej komunikacji, likwidację kolizyjnych dróg wewnętrznych.

Mamy pełne poparcie dla tej inwestycji Pana Marszałka Marka Brzezina oraz Pana Wojewody Artura Chojeckiego. SKOR wizytował też w zeszłym roku v-ce Minister Zdrowia Sławomir Gadomski. Finalizujemy etap opracowania dokumentacji projektowej i pracujemy nad zaprojektowaniem struktury finansowej projektu.

## Musimy być przygotowani na zmiany

Przed nami większość trudnych decyzji zapowiadanych przez MZ dotyczących ochrony zdrowia, ale przede wszystkim dotyczących restrukturyzacji szpitalnictwa w Polsce. System ochrony zdrowia będzie ewoluował i żeby nadążyć za tempem zmian i reorganizacji szpitalnictwa już teraz należy włączyć się aktywnie w realizację priorytetów zdrowotnych państwa. Nie wiemy jaka będzie pod względem organizacyjnym i finansowym idea powrotu do przedcovidowej sieci szpitali i jak będzie redefiniowana sieć szpitali na kolejne cztery lata. Musimy być przygotowani, stąd należy zbudować solidną strategię, oszacować zasoby i potencjał naszego szpitala, żeby nie tylko nie zmarnować żadnej szansy, ale umiejętnie wykorzystać wszystkie sprzyjające okoliczności i możliwości dla rozwoju naszego szpitala. Krótka mówiąc czeka nas dużo pracy.

Tymczasem dbajmy o nasze miejsca pracy, o dobrą atmosferę, o zasoby szpitala, o dyscyplinę pracy i o naszych pacjentów, którzy kierowani obawami podczas pandemii zaniechali diagnostyki, leczenia, badań profilaktycznych i oczekują naszej pomocy.

Zbliża się sezon urlopowy, życzę Państwu dobrego nastroju, bezpiecznego wypoczynku, wielu nowych doznań, pięknych wrażeń, a przede wszystkim dobrej pogody. Zregenerujcie swoją kondycję psychiczną i fizyczną i wracajcie do pracy... wszyscy jesteście potrzebni...

**Dyrektor**  
**Irena Kierzkowska**

# Rok z COVID-19.

## Dajemy radę koronawirusowi

Nasz Szpital poradził sobie z organizacją pracy w warunkach pandemii, dzięki której nie przerwano leczenia pacjentów. Normalnie odbywały się i odbywają m.in. transplantacje nerek i rogówek, a operacje planowe ograniczono jedynie w niezbędnym zakresie, wynikającym z zaleceń Ministerstwa Zdrowia.

Wojewódzki Szpital Specjalistycznym w Olsztynie mimo trwania pandemii nie zawiesił wykonywania zabiegów planowych. Niemniej jednak ich liczba uległa znacznemu ograniczeniu ze względu na konieczność wykonywania testów w kierunku obecności SARS-CoV-2 u wszystkich pacjentów kwalifikowanych do operacji, a także ich separacji na terenie szpitala w celu zminimalizowania ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 w obrębie szpitala. Wraz ze zmniejszaniem się liczby zachorowań na COVID-19 liczba operacji wykonywanych w trybie planowym sukcesywnie wzrasta.

O tym, jak zmieniła praca oddziałów i innych komórek w związku z COVID-19 piszemy poniżej.

### Dziękuję za ogromny trud całemu zespołowi Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Epidemia wirusa SARS-CoV-2 miała ogromny wpływ na funkcjonowanie Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Podobnie jak w innych oddziałach cały personel musiał zapoznać się z procedurami opisującymi postępowanie z pacjentem zakaźnym. Było to niezmiernie istotne ze względu na fakt że intubacja i inne procedury na drogach oddechowych wiążą się istotnym ryzykiem zakażenia się.

Z koniecznością obsługi pandemii wiązała się konieczność zwiększenia ilości stanowisk OIT. Ich ilość wzrosła z 16 do 20. Niestety nie wzrosła ilość kadry, wręcz przeciwnie ze względu na zapotrzebowanie na personel anestezjologiczny w formowanych szpitalach tymczasowych wzrosła istotnie ilość pracy dla wszystkich lekarzy i pielęgniarek w naszej specjalności. W skali oddziału ilość pracy wzrosła o ponad 50 proc. i niestety stała się ona dużo bardziej uciążliwa ze względu na konieczność wykonywania jej w kombinezonach ochronnych.

Zwiększyła się także ilość skomplikowanych procedur związanych z poprawą wymiany gazowej takich jak układanie w pozycji na brzuchu czy prowadzenie pozaustrojowego natleniania lub eliminacji dwutlenku węgla. Fakt ten również związany był z dodatkowym obciążeniem personelu. Podsumowując epidemia nie zmieniła charakteru naszej pracy gdyż postępowanie na bloku operacyjnym czy z pacjentem krytycznie chorym zawsze wymagało dużego zaangażowania i specjalistycznej wiedzy.

Wzrosło natomiast dramatycznie obciążenie pracą całego personelu medycznego i niemedycznego naszego oddziału. Muszę z dumą podkreślić, że w tym trudnym okresie wszyscy pracownicy podeszli do dodatkowych zadań z dużym zaangażowaniem i pełnym zrozumieniem wyjątkowości sytuacji. Bardzo widoczne było że traktują swoją pracę jako powołanie, a nie tylko wykonywany zawód. Każdy starał się abyśmy jako zespół przetrwali trudny czas jak najlepiej służąc pacjentom. Za ten ogromny trud chciałbym całemu zespołowi Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii serdecznie podziękować.

Dr n. med. Dariusz Onichimowski, ordynator

### Diabetolodzy i endokrynolodzy w kontakcie z pacjentem

Prof. dr n. med. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz, ordynator Oddziału Klinicznego Endokrynologicznego, Diabetologicznego i Chorób Wewnętrznych informuje, że pacjenci poradni specjalistycznych głównie byli przyjmowani w gabinetach. – Starałiśmy się unikać teleporad ze względu na specyfikę m.in. poradni diabetologicznej dla kobiet w ciąży, gabinetu stopy cukrzycowej czy poradni endokrynologicznej. Dlatego stosowaliśmy je i stosujemy sporadycznie.

Dr n. med. Wojciech Matuszewski, zastępca ordynatora dodaje, że teleporady były udzielane jedynie w przypadkach, kiedy można było bezpiecznie udzielić pomocy w ten sposób. – W większości świetnie znamy naszych pacjentów, którzy w przypadku kontaktu telefonicznego przekazywali nam informacje o swojej wadze, ciśnieniu krwi czy poziomie cukru.

### Zabiegi angioplastyki wieńcowej u chorych z zawałami serca i dodatnimi wynikami w kierunku COVID-19 największym wyzwaniem

Dr n. med. Jerzy Górny, ordynator Oddziału Kardiologicznego informuje, że oddział w 2020 roku realizował świadczenia dla chorych z zakażeniem COVID-19 (zawał serca) i całej populacji chorych kardiologicznych bez potwierdzenia zakażenia. – Musieliśmy zmienić system przyjęć planowych do szpitala, byliśmy zmuszeni do redukcji przyjęć w zależności od okresu pandemii od 100 proc. do 33 proc.. Zachowywaliśmy rezerwę około 30 proc. łóżek wolnych w tym wszystkich izolatek oczekując na przyjęcie chorych z COVID+ lub podejrzanych o COVID – mówi.

Średnie obłożenie oddziału oscylowało w granicach 70 proc. W okresie największego zagrożenia epidemicznego zrezygnowaliśmy z rutynowych odpraw lekarskich, obchodów ordynatorskich, zebrań naukowych oraz kominków hemodynamicznych. Obchody polegały na wizycie u chorego w składzie ordynator, lekarz prowadzący i pielęgniarka oddziałowa. Odprawy lekarskie odbywały się w szczątkowej formie z uczestnictwem ordynatora, lekarza dyżurnego i pielęgniarki oddziałowej. Kilukrotnie w ciągu 2020 roku podczas największego zagrożenia epidemicznego badano wszystkich pracowników oddziału przed dopuszczeniem do pracy testami antygenowymi. Na szczęście oddział nie zaprzestał swojej działalności przez cały dotychczasowy okres pandemii. Największym wyzwaniem dla zespołu były zabiegi angioplastyki wieńcowej u chorych z zawałami serca i dodatnimi wynikami w kierunku COVID-19 oraz dalsze postępowanie z tymi chorymi w OINK.

### Dr n. med. Małgorzata Wojciechowska, ordynator Oddziału Hematologicznego tak podsumowuje ostatni rok:

Pandemia COVID-19, początkowo postrzegana, jako zagrożenie, co prawda o nieokreślonym czasie trwania, zdawała się być chwilowym stanem, który za miesiąc, dwa przejdzie do przeszłości, a nasze życie powróci naturalnie na dawne tory.



Tymczasem z każdym tygodniem, a następnie miesiącem jej trwania, wszyscy z niepokojem, niedowierzaniem śledziliśmy kolejne komunikaty i prognozy.

Niepewność, lęk przed nieznanym, nieprzewidywalnym wirusem, towarzyszy nam od ponad roku. Jak zmieniło się nasze życie codzienne każdy wie najlepiej, bo KAŻDY z nas ma własne, często bolesne doświadczenia. Niektórzy niestety przegrali tę batalię....

Praca Oddziału Hematologii, tak jak każdego oddziału naszego Szpitala musiała się zmienić.

Obostrzenia sanitarne, kwarantanny personelu, pacjentów powodowały zmiany grafiku pracy, korekty harmonogramu przyjęć Pacjentów.

Musimy uczyć się tej nowej, często bardzo zaskakującej choroby i jej powikłań. Nikt nie może zapewnić, że go to nie dotyczy. Czasem pozornie zdrowsi i młodszy pacjenci chorują znacznie ciężiej niż ci, o których martwimy się bardziej z racji ich wieku i zaawansowania choroby nowotworowej.

Początkowo brak było wiedzy o sposobie leczenia hematologicznego osób po zakażeniu COVID-19, czego unikać, jak radzić sobie z powikłaniami.

Pojawienie się szczepionek stanowi dla nas wszystkich istotną zmianę, daje nadzieję, że więcej naszych chorych po zaszczepieniu będzie mogło kontynuować leczenie hematologiczne.

Trudno dziś zliczyć wszystkich, którzy niestety przegrali z chorobą.

Gdyby to mogło być prawdą, że liczba zachorowań na choroby krwi w czasie pandemii COVID-19 zmniejszyła się?! Z niepokojem jednak zauważamy znacznie mniejszą zgłaszalność chorych na diagnostykę. Tak jak inni specjaliści, widzimy tu istotne zagrożenie. Oczywista prawda, że inne choroby nie zniknęły cudownie z tego świata, napawa niepokojem o przyszłość, o czas, kiedy ta okropna pandemia nareszcie nas opuści lub przynajmniej zostanie ograniczona, jak inne wirusowe choroby sezonowe.

Obawiamy się niestety, że poza wszystkimi konsekwencjami bezpośrednio związanymi z pandemią, czeka nas długoterminowa walka z pogarszającą się kondycją zdrowotną, zarówno o podłożu organicznym jak i tą, której nie da się zmierzyć, a która gmatwa nasze życie, niweczy plany i odbiera zwykłą codzienność. Oby te prognozy, że już NIGDY nie będzie jak dawniej, NIGDY się nie spełniły!

Przecież Nadzieja jest w nas....

## Transplantacje przebiegały sprawnie

W roku 2020 wykonaliśmy 36 przeszczepów nerek, wykorzystując wszystkie zgłoszenia i choć do wymarzonych 40 trochę nam zabrakło, to uważam, że osiągnęliśmy bardzo dobry wynik. Także na tle innych ośrodków w Polsce – mówi dr n. med. Leszek Adadyński, ordynator Oddziału Transplantologicznego. - Nie przestraszyliśmy się koronawirusa i robiliśmy co należy, choć oczywiście wymagało to i wymaga nadal spełnienia warunków zapewniających bezpieczeństwo dla pacjentów i personelu medycznego. Należy do nich testowanie pacjentów pod kątem zakażenia COVID-19 przy założeniu, że badanie wykonano w ciągu 48 godzin przed przyjęciem do naszego oddziału oraz ściśle przestrzeganie reżimu sanitarnego oraz większa liczba badań sprawdzających. Kolejne zmiany polegały na umieszczeniu pacjentów w salach 1-osobowych i przydzieleniu każdemu do opieki jednej pielęgniarki. Dzięki tak zorganizowanej pracy nie zmarnowaliśmy ani jednego narządu do przeszczepu. Także w tym roku transplantacje przebiegały bez przeszkód – wykonaliśmy ich już 9 [dane z 28 kwietnia 2021 r. – red.], a gdyby nie konieczność odestania dwóch biorców, u których już w szpitalu wykryto obecność koronawirusa, choć wcześniejsze testy dały wynik negatywny, to przeszczepów mieliśmy 11.

Dr Adadyński dodaje, że także operacje onkologiczne przebiegały bez przeszkód i bez opóźnień. - Z kolei nieco mniej wykonywaliśmy planowych zabiegów chirurgii ogólnej. Po części wynikało to z mniejszej liczby łóżek w oddziale (1-osobowe sale dla pacjentów przeszczepianych), a czasem zdarzało się, że operacje musieliśmy przekładać, bo u pacjentów stwierdzano zakażenie koronawirusem - wyjaśnia.

## Podziękowania od pracowników Kliniki Chirurgii Serca Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Praagniemy serdecznie podziękować całemu personelowi medycznemu z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, który jest zaangażowany w proces zgłoszenia dawców, a następnie w pobranie narządów. W sposób szczególny chcemy podziękować za pomoc dnia 15.03.2021 r. Nasz zespół transplantacyjny był pod dużym wrażeniem Państwa sposobu koordynacji pobrania i pomocy, jaką otrzymał na miejscu. Wasza ciężka praca jest dla nas szczególnie ważna, gdyby nie ona nasz zespół nie mógłby nikomu pomóc. Wyrazy szacunku dla Państwa od całego zespołu transplantacyjnego.

Dr n. med. Roman Przybylski  
Lek. Maciej Bochenek  
Mateusz Rakowski

## Dr n. med. Janusz Pieczyński, ordynator Oddziału Okulistycznego mówi, że praca przebiega sprawnie:

– Oczywiście z zachowaniem reżimu sanitarnego oraz wykonywaniem testów u pacjentów zarówno przed zabiegami pilnymi, jak i planowymi – podkreśla. – Zgodnie z planem przebiegają operacje zaćmy, gdzie oczekiwanie wynosi około miesiąca. Na bieżąco wykonujemy witrektomie, operacje jaskry, a także program lekowy leczenia wysiłkowego AMD oraz leczenie innych postaci neowaskularyzacji podsiatkówkowych. Rozpoczęliśmy również przeszczepy rogówek [pierwszy zabieg odbył się 16 października 2020 r., pisaliśmy o tym szeroko w 69 wydaniu Pulsu Szpitala – red.] w zależności od dostępności tkanek. W sumie do końca kwietnia 2021 r. wykonaliśmy 7 przeszczepów rogówek.



Przeszczepy rogówki rozpoczęły się w październiku 2020 r., a do końca kwietnia 2021 r. wykonano siedem przeszczepów

## Zmiany w oddziale noworodkowym...

Dr n. med. Norbert Dera, ordynator Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka informuje, że postępowanie z pacjentami jest zgodne z aktualnymi zaleceniami obowiązującymi w całym kraju. – W czasie obowiązywania stanu epidemii COVID-19 zmieniły się z zasady odwiedzin – mówi neonatolog. – Dlatego w trosce o bezpieczeństwo dzieci przebywających w naszym oddziale, zostały wprowadzone ograniczenia dotyczące odwiedzin.

Wprowadzono następujące obostrzenia:

1. Odwiedziny wcześniaków hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka przez mamy przebywające w oddziale położniczym, odbywają się wg przyjętego regulaminu odwiedzin, z zachowaniem środków bezpieczeństwa, tj.:
  - a) stosowania środków ochrony indywidualnej (poruszając się po terenie oddziału i szpitala noszenie maseczek),
  - b) dezynfekcji rąk,
  - c) zachowania tzw. dystansu społecznego,
  - d) brak spotkań towarzyskich na terenie oddziału i szpitala,
  - e) obowiązuje całkowity zakaz odwiedzin przez osoby spoza szpitala.
2. Odwiedziny wcześniaków w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka przez mamy wypisane ze Szpitala lub opiekunów, każdorazowo odbywają się po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym z lekarzem prowadzącym, lekarzem dyżurnym lub zespołem pielęgniarskim. W przypadku ciężkiego stanu dziecka oraz innych okoliczności istnieje możliwość ustalenia dodatkowych odwiedzin, po uzgodnieniu z Ordynatorem Oddziału.
 

Podczas odwiedzin należy przestrzegać następujących zasad:

  - a) u każdego dziecka może przebywać tylko jeden opiekun (mama lub tata), wyjątkowo obydwój rodziców w przypadku zaistnienia szczególnych okoliczności tj. pożegnania z umierającym dzieckiem.
  - b) rodzic/opiekun wchodzi do Szpitala przez wejście Głównie od strony ul. Żołnierskiej,
  - c) przy wejściu do Szpitala rodzic/opiekun przechodzi pretriage (pomiar temperatury ciała, wypełnienie formularza ankiety epidemiologicznej),
  - d) odzież wierzchnią należy pozostawić w szatni, rzeczy osobiste w szafce, która znajduje się przy wejściu na oddział OITN,
  - e) przed wejściem do oddziału zdezynfekować ręce, założyć otrzymaną od personelu odzież ochronną (fartuch fizeleinowy, rękawiczki, maseczkę),
  - f) wychodząc z oddziału odzież ochronną wyrzucić do kosza na odpady medyczne, znajdujące się przed wejściem na OITN,
  - g) w trakcie odwiedzin nie można opuszczać oddziału,
  - h) dostarczany pokarm odbiera personel oddziału w służbie wejściowej.
3. Rodzice wcześniaków, którzy szczepili się przeciwko SARS-CoV-2, po uzyskaniu względnej (częściowej) odporności (okres 4 tygodni od podania pierwszej dawki szczepionki), mogą uczestniczyć w opiece nad dzieckiem po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem prowadzącym terminu i czasu pobytu w Oddziale, z zachowaniem środków bezpieczeństwa tj.:
  - a) stosowania środków ochrony indywidualnej (noszenie maseczek, a na prośbę personelu założenie przed wejściem na Oddział fartucha i rękawiczek),
  - b) dezynfekcję rąk,
  - c) zachowanie tzw. dystansu społecznego.

Neonatolodzy podkreślają, iż pomimo uzyskania pełnej odporności na zakażenie rodzice mogą stanowić wektor przenoszenia wirusa. Dlatego zwracają się do z prośbą do mam/opiekunów odwiedzających dzieci i/lub dostarczających pokarm o zwrócenie uwagi na ograniczenie kontaktów do osób zdrowych z najbliższej rodziny (stałych domowników). – Jeżeli ktokolwiek w Państwa domu ma objawy infekcji, czyli gorączki powyżej

38 °C, brak węchu i smaku, dreszcze, katar lub kaszel, bądź też kontaktował się z osobą chorą, przebywającą na kwarantannie/izolacji, dostarczanie mleka do szpitala i odwiedziny muszą być wstrzymane.

– Dokładamy wszelkich starań, aby zabezpieczyć rodziców i dzieci przed zakażeniem. Liczymy, że Państwo nam w tym pomogą, stosując się do naszych zaleceń – podkreśla dr Norbert Dera.

## ... i ginekologiczno-położniczym

– Ze względu na profil Kliniki centralizującej najcięższą patologię ciąży z całego województwa, hospitalizującej ciężko chore ciężarne, często z zaburzeniami odporności, ale także ze względu na skrajne wcześniactwo w Oddziale Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodkowej, musimy szczególnie dbać o „czystość” epidemiologiczną w naszej jednostce – informuje prof. Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Klinicznego Ginekologiczno-Położniczego. – Z tego powodu wszystkie pacjentki przyjmowane planowo do Kliniki mają wykonywany przed hospitalizacją test PCR na obecność wirusa SARS-CoV-2. Natomiast pacjentki zgłaszające się w trybie pilnym – czyli np. do porodu lub z nagłymi powikłaniami ciąży – mają wykonywany test antygenowy w Izbie Przyjść. Wynik tego testu mamy już po kilkunastu minutach. Test ten jest w okresie późniejszym weryfikowany testem PCR. Pozwoliło to nam na postawienie dość ścisłej bariery dla pacjentek „dodatnich” i oddzielenie ich od zdrowych ciężarnych. Zreorganizowaliśmy strukturę Kliniki wydzielając jedno z pięter tylko dla zakażonych lub podejrzanych ciężarnych, z oddzielną salą porodową i zabiegową. W ten sposób pacjentki „ujemne” nie mają żadnego kontaktu z podejrzаныmi lub „dodatnimi” ciężarnymi.

Tomasz Waśniewski dodaje, że na skutek przekształcenia niektórych szpitali powiatowych w „covidowe” występuje większe obciążenie łóżek dla pacjentek z patologią ciąży.

Zmiany dotyczą także wizyt osób z zewnątrz przy porodach rodzinnych. Zalecenia dotyczące uczestnictwa osoby towarzyszącej w porodzie rodzinnym przewidują:

1. Możliwość obecności osoby towarzyszącej dotyczy wyłącznie porodu drogami i siłami natury, obejmuje okres porodu oraz 2 godziny po porodzie, gdy mama i dziecko pozostają w warunkach traktu porodowego.
2. Osoba towarzysząca musi być zdrowa (brak cech infekcji górnych dróg oddechowych), nie może być objęta kwarantanną lub izolacją oraz w ciągu 14 dni nie miała kontaktu z chorymi lub podejrzаныmi o zakażenie COVID-19 (potwierdzone w wypełnionej i podpisanej ankiecie epidemiologicznej)
3. Decyzje o możliwości porodu rodzinnego podejmuje lekarz i położna po analizie ankiety epidemiologicznej, ocenie sytuacji położniczej rodzącej oraz sytuacji epidemiologicznej w klinice.
4. Osoba towarzysząca zobowiązana jest do noszenia środków ochrony osobistej (jednorazowego fartucha ochronnego, maseczki oraz rękawiczek ochronnych) przez cały czas pobytu w sali porodowej.
5. Mile widziany, ale nieobowiązkowy jest test antygenowy lub PCR w kierunku SARS-CoV-2
6. Osoba towarzysząca nie może opuszczać sali porodowej. Opuszczenie sali możliwe tylko po uzgodnieniu z położną prowadzącą poród.
7. Po dwóch godzinach po porodzie osoba towarzysząca zobowiązana jest do opuszczenia oddziału i szpitala.
8. W przypadku decyzji o wykonaniu cięcia cesarskiego osoba towarzysząca zobowiązana jest do opuszczenia oddziału i szpitala.

W przypadku niedostosowania się do powyższych zaleceń osoba towarzysząca w porodzie rodzinnym zostanie poproszona o opuszczenie szpitala.

Prof. Waśniewski, który jest również ordynatorem Oddziału Klinicznego Ginekologii Onkologicznej dodaje, że pacjentki onkologiczne są leczone tak, jak przed epidemią. – Prowadzimy terapie na bieżąco, bez przeszkód – informuje.



## Gastroenterolodzy: w pandemii spotykamy się ze zmienionym profilem napływających pacjentów

– Pandemia COVID-19 dotknęła gastroenterologię jak wszystkie inne dziedziny. Warto wspomnieć, że wiemy już, że wirus wykazuje szczególne powinowactwo do przewodu pokarmowego, niszczy barierę jelitową, która stanowi o naszej odporności. Przewód pokarmowy „cierpi” również w toku leczenia infekcji i jej powikłań (antybiotyki, leki przeciwgorączkowe) – mówi dr n. med. Tomasz Artukowicz, ordynator Oddziału Gastroenterologicznego.

I kontynuuje: Na początku w trakcie pierwszego ostrego lockdownu wiosną 2020 r. wstrzymaliśmy zabiegi endoskopowe, ale szybko do nich wróciliśmy w reżimie sanitarnym. Należy podkreślić, że procedury endoskopowe, które są solą naszej działalności są procedurami najwyższego ryzyka. Dlatego choć oczywiście stosujemy zabezpieczenia według wytycznych konsultanta krajowego i Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego, to nie chronią ona w 100 proc. przed zakażeniem COVID-19. Dlatego spory odsetek lekarzy i pielęgniarek przeżył zakażenie. Duża ekspozycja występuje szczególnie przy pilnych endoskopiach, kiedy nie ma jeszcze wyniku testu albo wiadomo, że pacjent jest zakażony.

Mimo jednak, że wznowiliśmy planowe procedury, obserwujemy nierzadko problemy ze zgłaszalnością się chorych na badania endoskopowe. Niektórzy czekali i czekają na koniec pandemii, inni czekają na zaszczepienie – w efekcie trafiają z zaawansowanymi procesami nowotworowymi. Martwi nas także słaba zgłaszalność na badania przesiewowe jelita grubego, które prowadzimy w ramach programu Ministerstwa Zdrowia. Mogę zapewnić, że są one zorganizowane w sposób, który praktycznie likwiduje ryzyko zakażenia, a osoby obawiające się bólu w trakcie badania mogą je przeżyć w znieczuleniu.

Innym efektem pandemii jest mniejsza wykrywalność chorób nowotworowych przewodu pokarmowego, trzustki, wątroby – w 2020 r. wykryto ich w Polsce 20-30 proc. mniej. To skutek ograniczeń diagnostyki endoskopowej, mniejszej dostępności do lekarzy rodzinnych – trudno się nich dodzwonić, czy dostać. W obecnym czasie spodziewamy się a właściwie już obserwujemy napływ pacjentów z zaawansowanymi schorzeniami nowotworowymi, który możemy już zaoferować tylko opiekę paliatywną.

Skutkiem przekształcenia oddziałów internistycznych w regionie w oddziały „covidowe” jest wzrost liczby pacjentów zaniebanych ogólnointernistycznie. Hospitalizujemy pacjentów septycznych, z infekcjami w układzie moczowym, zapaleniami płuc, czy powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi.

Prawdziwą „plagą” w ostatnim czasie są przypadki poantybiotykowego zapalenia jelit w etiologii *Clostridiodes difficile*, które przed pandemią były leczone w szpitalach zakaźnych, a teraz tacy pacjenci są kierowani do nas. Dodatkowym problemem obok zakaźności jest duża nawrotowość i brak dostępu do leczenia ambulatoryjnego. Oddziały zakaźne leczą tylko COVID-19, inne choroby zakaźne ich nie interesują – tak jest sytuacja na tę chwilę, czyli początek maja 2021 r..

W pandemii spotykamy się ze zmienionym profilem napływających pacjentów – zwiększyła się liczba powikłań, np. krwawienie z przewodu pokarmowego na skutek większej ilości zażywanych leków przeciwgorączkowych typu ibuprofen. Pacjenci zażywają je czasem bez wyraźnej potrzeby, aby czuć się bezpieczniej w swoim mniemaniu.

Musimy także zmagać się ze zmienionym przez COVID-19 przebiegiem niektórych chorób, jak choroba Leśniowskiego-Crohna gdzie stosowana jest m.in. agresywna immunosupresja. Zakażenie koronawirusem zaostrza także przebieg innych chorób jelit, dekompensuje marskość wątroby.

## SKOR – cały czas na pierwszej linii

O tym, jak wyglądała praca SKOR w warunkach epidemii COVID-19 pisaliśmy obszernie w 67 numerze Pulsu Szpitala. Przypomnijmy w tym miejscu najważniejsze informacje, które przedstawił dr n. med. Rakesh Jalali, koordynator SKOR:

- Ryzyko rozprzestrzeniania się i wzrostu zagrożeń związanych z chorobą COVID-19 oceniono, jako bardzo wysokie, dlatego też natychmiast podjęliśmy szereg działań w celu przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się zachorowań, podejmując decyzję o wprowadzeniu w SKOR bardziej zastrzonych środków bezpieczeństwa związanych m.in. z przyjmowaniem pacjentów. Pierwsze takie działania podjęliśmy już 28.02.2020 r.
- W związku z zagrożeniem epidemicznym przed wejściem do SKOR pojawiły się tzw. „wysunięte punkty wstępnej segregacji” w postaci kontenerów, gdzie ratownik medyczny lub pielęgniarka dokonuje przez wideofon identyfikacji oraz wstępnej oceny medycznej pacjenta.
- W związku z sytuacją epidemiologiczną, celem zapewnienia bezpieczeństwa zarówno personelu, jak i pacjentów, zmuszeni byliśmy stworzyć procedurę szpitalną, która jasno określi sposób postępowania pracowników SKOR, jak i pracowników całego szpitala (PA/ZK 1.10a) względem osób z dodatnim wywiadem w kierunku COVID-19. Procedura powstała przy ścisłej współpracy pielęgniarek epidemiologicznych (Ewa Pietrusińska, Katarzyna Grabowska) z koordynatorem SKOR dr n. med. Rakeshem Jalali oraz pielęgniarką oddziałową SKOR Joanną Kozłowską.
- Z uwagi na fakt, iż w sytuacji epidemii każdego pacjenta należy traktować, jako potencjalnie zarażonego wirusem SARS-CoV-2, personel SKOR pracuje w środkach ochrony indywidualnej (ŚOI). Ponadto elementem ochrony personelu medycznego jest również odpowiednie zabezpieczenie pacjenta przed rozprzestrzenieniem się czynnika zakaźnego. Jako że wirus rozprzestrzenia się głównie drogą kropelkową ważne jest, aby już na samym początku zastosować podstawowy środek ochrony w postaci maseczki na twarz pacjenta.
- Ogromne podziękowania należą się personelowi SKOR: lekarzom, pielęgniarkom, ratownikom medycznym, rejestratorom oraz zespołowi pomocniczemu za zaangażowanie oraz pełne odzwierciedlenie tego, jak powinna wyglądać praca zespołowa. To właśnie wspólna praca całego zespołu pozwoliła na sprawne wdrożenie oraz realizację



procedur i wytycznych we właściwy sposób tak, aby kontakt pomiędzy pacjentem a personelem medycznym przebiegał płynnie, z zachowaniem wszelkich środków bezpieczeństwa. Rozsądne i odpowiedzialne podejście personelu SKOR do sytuacji epidemiologicznej, z którą przyszło się nam zmierzyć, a także zachowanie dyscypliny w dbaniu o wspólne bezpieczeństwo pozwoliły uniknąć paraliżu pracy Oddziału Ratunkowego wywołanego ograniczeniami zasobów kadrowych, mogącymi nastąpić wskutek stwierdzenia potencjalnego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wśród pracowników SKOR.

Joanna Kozłowska, pielęgniarka oddziałowa Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego ocenia obecnie, że po pewnym czasie udało się „oswoić” koronawirusa. – Przez ponad rok nauczyliśmy się żyć z tą pandemią, można powiedzieć, że lepiej „poznaliśmy” koronawirusa, dysponujemy testami antygenowymi, które ułatwiają szybką diagnostykę pacjentów – mówi. – Personel jest mniej zestresowany, ale większe jest fizyczne obciążenie, trafia do nas bowiem coraz więcej pacjentów w ciężkim stanie, czego przyczyną jest przebyte zakażenie COVID-19 lub zaostrzenie przebiegu zaniedbanych chorób przewlekłych. To z kolei skutkuje koniecznością wykonania większej liczby badań diagnostycznych, np. tomografii komputerowej, czy rezonansu magnetycznego.

Inaczej wygląda też praca z pacjentem. – Z powodów epidemiologicznych nie możemy wszystkich wpuścić do poczekalni, jak robiliśmy przed pandemią. W razie konieczności izolujemy pacjentów w osobnych pomieszczeniach, a niektórzy muszą czekać na zewnątrz. Mamy nadzieję, że epidemia się skończy i wróci normalność – mówi Joanna Kozłowska.

## Dializy bez zakłóceń – nawet w czasie pandemii

**O sytuacji w Stacji Dializ opowiada kierownik dr Norbert Kwella:**

W okresie pandemii cały zespół Stacji Dializ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie wspólnie realizuje bez zakłóceń swoje codzienne zadania w warunkach wymagających wiedzy i zaangażowania, aby jak najlepiej wspomóc swoich pacjentów w tym trudnym i niebezpiecznym dla nich okresie. Właśnie [początek maja] ku końcowi zmierza akcja szczepień drugą dawką szczepionki przeciw koronawirusowi.



W marcu 2020 cały Zespół Stacji Dializ włączył się w przygotowania Szpitala Wojewódzkiego do trudnej sytuacji związanej z pandemią zakażeń koronawirusem. Zapoznaliśmy się z informacjami na temat objawów zakażenia oraz zasad zapobiegania przenoszeniu tego groźnego patogenu. Nauczyliśmy się również korzystać z indywidualnych środków ochrony.

Przebieg procedury hemodializy, przewożenie pacjentów busami sprawia, że zarówno personel i pacjenci ośrodka dializ pozostają ze sobą w bliskim kontakcie, co stwarza idealne warunki do rozwoju epidemii. Tak więc, mając na uwadze dobro naszych pacjentów, którzy obciążeni są wieloma chorobami dla nich właśnie przygotowaliśmy materiały edukacyjne, ulotki oraz plakaty. W powtarzanych rozmowach indywidualnych odpowiadaliśmy na ich pytania i przypominaliśmy o podstawowych zasadach bezpieczeństwa oraz zmianach w organizacji pracy Stacji Dializ.

Pacjenci na terenie stacji i w czasie podróży na trasie pomiędzy miejscem zamieszkania a stacją zobowiązani zostali do noszenia maseczek, częstszej niż zwykle dezynfekcji rąk. Prosiłmy o informację telefoniczną na temat ewentualnych objawów zakażenia koronawirusem u naszych pacjentów lub członków ich rodzin jeszcze przed skorzystaniem ze wspólnych naszych środków transportu lub przed wyznaczoną porą dializy. Prowadziliśmy codzienne pomiary temperatury ciała personelu i dwukrotnie w czasie sesji dializy pomiary temperatury u pacjentów.

W sierpniu 2020 roku w naszej Stacji Dializ rozpoznano pierwszy przypadek objawowego zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Początkowo większość zakażonych pacjentów kierowaliśmy do Szpitala Zakaźnego w Ostródzie. Gdy lawinowo zwiększała się liczba nowych zakażeń prowadziliśmy w naszym ośrodku leczenie nerkozastępcze hemodializami w warunkach izolacji, korzystając również z dedykowanych środków transportu indywidualnego dla osób zakażonych. Izolacji wymagali również pacjenci w trakcie kwarentanny.

Zakażenia diagnozowaliśmy z wykorzystaniem testów PCR i testów antygenowych dostarczonych przez Szpital. Samodzielnie personel stacji dializ wykonywał setki wymazów na zasadach skriningu lub w indywidualnych przypadkach.





Zakażeniom ulegali nie tylko pacjenci, ale również pracownicy stacji. Nie spowodowało to jednak przerw w pracy naszego ośrodka i przez cały okres pandemii realizowaliśmy nasze zwykłe zadania utrzymując przy życiu około 150 osób pozbawionych funkcji nerek. Kilkunastu chorych naszej stacji przegrało walkę z groźnym wirusem, stan pozostałej większości powoli poprawia się.

Postępowanie nasze opieraliśmy na naszej wiedzy, doświadczeniu i zaangażowaniu przy wsparciu Zespołu ds. Zakażeń. Podjęte działania były zgodne z zaleceniami Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii prof. Ryszarda Gellerta. Dzięki współpracy z Oddziałem Wewnętrznym w Ostródzie oraz Oddziałem Klinicznym Nefrologii byliśmy w stanie pomóc wielu z naszych podopiecznych.

Obecnie nie mamy nowych zakażeń wśród pacjentów i personelu. Akcją szczepień przeprowadziliśmy sprawnie wspólnie ze Szpitalnym Punktem Szczepień nie odnotowując groźnych powikłań poszczepiennych.

## Największym wyzwaniem dla radiologów były zabiegi trombektomii w przypadku udaru mózgu u chorych z potwierdzonym zakażeniem

**O wpływie COVID-19 na pracę Działu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej opowiada zastępca kierownika dr Magdalena Rzeczowska:**

Praca naszego Działu w czasie pandemii COVID-19, tak jak całego Szpitala, ulegała zmianom zgodnie z zaleceniami i wytycznymi organów rządowych i służb sanitarno-epidemiologicznych.

Podlegaliśmy też zmianom losowym, związanym z licznymi zachorowaniami personelu narażonemu na bezpośredni kontakt z pacjentami, a w konsekwencji z okresami izolacji i kwarantanny naszych pracowników, co wiązało się z kilkutygodniową nieobecnością części pracowników naszego Działu.

Zalecenia epidemiologiczne nakazujące rygorystyczne stosowanie środków ochrony indywidualnej – w tym stosowanie kombinezonów ochronnych, masek, gogli, podwójnego i potrójnego zestawu rękawic ochronnych – utrudniały obsługę badań diagnostycznych przy pacjentach, wydłużały czas procedury.

Nasze pracownie diagnostyczne świadczą usługi dla wszystkich chorych, nie tylko zakażonych COVID-19. Zanieczyszczenie aparatów lub pracowni diagnostycznych mogłoby skutkować zwiększonym ryzykiem dodatkowego narażenia innych pacjentów i personelu zarówno radiologicznego jak i całego Szpitala. Dlatego zwróciliśmy szczególną uwagę na opracowanie specjalnych procedur dotyczących pracy i dezynfekcji poszczególnych pracowni.

Wyraźnie zwiększyła się ilość badań rentgenowskich w warunkach przytóżkowych, co wiązało się z diagnostyką i leczeniem pacjentów zakażonych wirusem COVID-19 i w ciężkim stanie.

W związku z pandemią, głównie na zlecenia SKOR- u, wykonywaliśmy całodobowo badania TK klatki piersiowej u pacjentów z podejrzeniem infekcji COVID-19. Badanie takie było oceniane niemal natychmiast po jego wykonaniu, co umożliwiało szybkie zidentyfikowanie chorego pacjenta, wdrożenie odpowiedniego leczenia oraz stosowną ochronę personelu przez zakażeniem.

Badania u wszystkich podejrzanych, jak i chorych na COVID-19 pacjentów przebiegały w podwyższonym reżimie sanitarnym, a po ich zakończeniu przebiegała procedura czyszczenia i mycia gabinetu i sprzętu – co wydłużało czas pracy i ograniczało dostępność Pracowni dla pozostałych pacjentów Szpitala. Mimo tego nie została trwale ograniczona ilość wykonywanych badań w Pracowni Tomografii jak i również w innych Pracowniach



**Badanie tomografem komputerowym pacjenta zakażonego COVID-19**

Diagnostycznych Szpitala. Priorytetowo obsługiwani byli Pacjenci w stanie ciężkim i zagrażającym życiu. Nie ograniczyliśmy badań diagnostycznych (w tym tomograficznych, ultrasonograficznych i rezonansowych) pacjentów ambulatoryjnych jak i z kartą DİLO.

Podobne, niedogodne ograniczenia występowały w gabinetach badań USG.

W Pracowniach Rezonansu Magnetycznego i Mammograficznej badania odbywały się również z zachowaniem podwyższonego reżimu sanitarnego.

W Pracowni Naczyniowej zaobserwowano wzrost liczby chorych pacjentów chorych na COVID-19 i po przebyciu zakażenia tym wirusem. Zakażenie wirusem SARS-CoV-2 związane jest ze zwiększonym ryzykiem zatorowo-zakrzepowym i częstszym występowaniem schorzeń leczonych w trybie dyżurowym w naszej pracowni w trybie dyżurowym – takim jak udar mózgu i ostre niedokrwienie kończyn. Największym wyzwaniem dla zespołu były zabiegi trombektomii w przypadku udaru mózgu u chorych z potwierdzonym zakażeniem.

Zabiegi u pacjentów z potwierdzonym zakażeniem COVID-19 jak i u pacjentów w trybie dyżurowym wykonywane były zarówno w fartuchach ołowianych jak i w środkach ochrony indywidualnej, a pracownia po zabiegu poddawana była dezynfekcji.

Dzięki dużemu wysiłkowi i zaangażowaniu całego Zespołu, udało się utrzymać ciągłość pracy w systemie pracy codziennej i dyżurowej – całodobowo.

W dalszym ciągu dokładamy wszelkich starań aby w bezpiecznych warunkach, zarówno dla pacjentów jak i pracowników Zakładu, prowadzić szeroką diagnostykę bez przeszkód i opóźnień.

## Całe nasze dotychczasowe postępowanie miało uchronić chorego przed infekcją, a teraz to my chroniliśmy się przed COVID-19

**O wpływie COVID-19 na pracę Oddziału Klinicznego Ortopedii, Traumatologii i Chirurgii Kręgosłupa mówi ordynator, dr hab. n. med. Janusz Płomiński:**

Pandemia to epidemia o szczególnie dużych rozmiarach, na dużym obszarze, obejmującej kraje, a nawet kontynenty. Tyle sucha definicja. Pandemia COVID-19 zaskoczyła nas wszystkich, ale przede wszystkim świat naukowy, który musiał na nowo i szybko zdefiniować tę chorobę. Zaskoczyła

nas duże śmiertelność, wysoka zaraźliwość i szybkie rozprzestrzenianie się z ogniska pierwotnego na cały świat.

Początkowo pojawiło się uczucie strachu i niepewności o nasze zdrowie i życie. Wydawać by się mogło, że środowisko medyczne, którego na co dzień lecząc chorych ma do czynienia z takimi zagrożeniami, będzie przygotowana merytorycznie i wyposażona w sprzęt do walki z pandemią. Ale nie spodziewaliśmy się, że z jednej strony wszystkie składowe ochrony zdrowia musiały zmierzyć się z dwoma problemami, kontynuacją diagnozowania i leczenia chorych oraz leczenia nowej grupy chorych z zakażeniem COVID-19, których liczba dziennych zachorowań rosta z dnia na dzień. Nagle okazało się, że brakuje zarówno personelu medycznego jak i wystarczającej liczby sprzętu koniecznego do leczenia zakażonych na COVID-19.

Nowego znaczenia nabrało mycie i dezynfekcja rąk. Oczywiście jako zabiegowcy, a zwłaszcza my ortopedzi, którzy wiemy co znaczy zakażenie narządu ruchu, przyzwyczajeni jesteśmy do noszenia maseczek, częstego mycia i dezynfekcji rąk jak i do pracy w strojach operacyjnych. Co się zmieniło? Całe nasze dotychczasowe postępowanie miało uchronić chorego przed infekcją, a teraz to my chroniliśmy się przed COVID-19.

Schorzenia o charakterze przewlekłym, takie jak zmiany zwyrodnieniowe narządu ruchu, musiały ustąpić miejsca urazom i pilnym przypadkom. COVID-19 nie oszczędził personelu, co wiązało się z ograniczonymi możliwościami kadrowymi. Tylko dzięki dobremu zarządzaniu szpitalem udało nam się zabezpieczyć ciągłość opieki nad chorymi z ciężkimi urazami i innymi schorzeniami. Poza kilkoma początkowymi miesiącami pandemii, kiedy to wstrzymaliśmy przyjęcia planowe, pozostała część roku to typowa praca w trybie ostrego dyżuru z niezauważalnym spadkiem liczby urazów w tym urazów wielomiejscowych i wielonarządowych.

Dzięki uprzejmości NFZ pozyskaliśmy dane o epidemiologii urazów podczas na terenie całego województwa, z których wynika, że lato w Polsce pod względem urazów nie różniło się od lat poprzednich. Okresy lockdownów to czas, w którym powinniśmy się spodziewać zmniejszonej aktywności społeczeństwa, co powinno przełożyć się zmniejszenie liczby urazów. Dane mówiące o wykonaniu kontraktu w tym czasie nie potwierdzają tej opinii. Zmniejszyła się liczba zachorowań, ale liczba urazów już nie.

Na pewno kolejne miesiące pandemii charakteryzują się tak zwaną „większą normalnością”. Przyzwyczajenie to dobra i zła cecha. Dobra, bo rzeczy stają się przewidywalne i łatwiejsze do wykonania, a zła, bo narażamy się na rutynę i możliwość popełnienia błędów. Dlatego praca w ciągłym napięciu prowadzi do szybkiego wyczerpania, co obserwujemy obecnie w środowisku medycznym. Nigdy nie wykonywaliśmy tylu badań chorym i sobie. Nigdy nie żyliśmy tak długo w ciągłej niepewności, co dalej. Myślenie o powrocie do normalności to perspektywa miesięcy lub lat.

## Przeszliśmy trudną szkołę i wiele się nauczyliśmy. I teraz wiemy, że zawsze można sobie poradzić!

**O wpływie COVID-19 na pracę Oddziału Neurologicznego opowiada koordynator dr n. med. Jacek Zwiernik:**

Pandemia COVID-19 zastała nas w bardzo niedogodnym momencie. Oddział był w trakcie remontu i korzystaliśmy z użyzanych łóżek na wielu oddziałach szpitala. Zapomniane słowo „epidemia” niosło poczucie grozy tym większej, że nigdy czegoś tak wielkiego nie widzieliśmy a nasza wiedza o epidemii pochodziła głównie z historii medycyny. Przez pierwszych kilka tygodni emocjonalnie reagowaliśmy na zagrożenie a lęk przed chorobą był powszechny. Jednak nieoczekiwanie nawet dla nas samych praca oddziału przebiegała sprawnie. Nie doszło do spodziewanych masowych zwolnień chorobowych, znakomita większość osób, nawet tych mających dzieci w domu czy opiekujących się rodzicami nadal pracowała.

Dobrym posunięciem było szybkie powołanie Zespołu Kryzysowego i wydawanie codziennych komunikatów, zaleceń i opracowywanie procedur,

co niosło poczucie bezpieczeństwa i podnosiło poziom wiedzy. Podzielony pomiędzy Oddział Rehabilitacji i Neurochirurgii zespół pielęgniarski naprawdę dzielnie radził sobie tym trudnym czasie. A nie było im łatwo pracować w maskach, przyłbicach, dodatkowych fartuchach, kombinezonach; pielęgniarki i pielęgniarze opiekowali się również naszymi chorymi czekającymi na wynik wymazu w oddziale tymczasowym. Trzeba przyznać, że wychodziło to bardzo dobrze mimo pracy rotacyjnej, pod telefonem, nieoczekiwanych wymian związanych z kwarantanną. Zespół lekarski początkowo pracował w mocno okrojonym składzie, dodatkowo obciążony pracą rotacyjną. Również rehabilitantki i logopedzi pozostawali w pracy, ale musieli ograniczać swój kontakt z pacjentami do minimum zgodnie z obowiązującymi początkowo restrykcyjnymi zaleceniami, co niestety wpływało na mniejszą poprawę kliniczną naszych chorych, zwłaszcza pacjentów z udarem mózgu.

Po opuszczeniu Oddziału Neurochirurgii, a następnie zamknięciu oddziału tymczasowego sytuacja łóżkowa znacznie się pogorszyła. Dużym utrudnieniem w diagnostyce i leczeniu stała się konieczność znalezienia miejsc izolacji chorych do czasu uzyskania wyniku wymazu na SARS-CoV-2, co-dziennie poszukiwaliśmy izolatek, a to na Okulistyce, a to na Laryngologii czy Kardiologii. Część badań mogła być wykonana dopiero po „uwolnieniu” pacjenta, co wydłużało czas hospitalizacji. Choć liczba pacjentów mimo obaw nie wzrosła znacząco, to zachorowania były wyraźnie cięższe i cechowały się skłonnością do ciężkich powikłań, szczególnie naczyniowych. Ponieważ dysponowaliśmy małą liczbą łóżek, zapewnienie dystansu pomiędzy pacjentami nie zawsze było możliwe, nasi chorzy byli umieszczani na wielu oddziałach, jesteśmy wdzięczni personelowi tych jednostek za okazaną pomoc.

Na jesieni 2020 roku decyzją wojewody zostaliśmy powołani do leczenia pacjentów z udarem i infekcją COVID-19 w zakresie leczenia trombolitycznego i do wykonywania trombektomii mechanicznej. Pracując w warunkach narażenia na zakażenie radiolodzy interwencyjni i anestezjologów wykonali w tym czasie około 50 takich zabiegów, kilkakrotnie również u zarażonych chorych.

Mimo ryzyka epidemiologicznego nie przerwałam działalności Pracowni EEG oraz leczenia w ramach programów lekowych – leczenia stwardnienia



**Krystyna Rohun, pielęgniarka oddziałowa Nefrologii w podręcznym magazynku środków ochrony indywidualnej**



rozianego czy terapii toksyną botulinową. Pacjenci ze stwierdzoną przy przyjęciu infekcją COVID-19 byli po wykonaniu niezbędnych badań i ustabilizowaniu stanu klinicznego przekazywani do szpitali covidowych. Szczęśliwie w ciągu pierwszych ośmiu miesięcy mieliśmy kilka pojedynczych przypadków zachorowania na COVID-19 wśród personelu oddziału i żadnego u chorych.

W listopadzie 2020 r. wróciliśmy do wyremontowanego oddziału. Wydzieliliśmy siedmiotóżkowy pododdział covidowy z oddzielnym wejściem, mamy dwie izolátky na czas wykonywania testu. Korzystamy z szybkiego testowania w naszym Zakładzie Bakteriologii. Na odcinku covidowym hospitalizowaliśmy łącznie kilkudziesięciu zainfekowanych chorych, co zwłaszcza w czasie fal pandemii znacznie obciążało zespół pielęgniarstwa. Niestety doszło do powstania kilku ognisk epidemicznych wśród pacjentów, szczęśliwie były one szybko wygaszane. Mieliśmy również kilka infekcji wśród personelu, ale o lekkim przebiegu. Obecnie po szczepieniach i dzięki dużej liczbie ozdrowieńców widzimy spadek ryzyka zachorowań wewnątrzszpitalnych. Poziom leczenia i rehabilitacji jest już normalny.

Z perspektywy roku widzimy, że nasz oddział zwycięsko przeżył czas próby. Mamy nadzieję, że równie dobrze poradzimy sobie z problemem narastającej liczby powikłań po infekcji COVID-19 oraz powikłań poszczepiennych. Przeszliśmy trudną szkołę i wiele się nauczyliśmy. I teraz wiemy, że zawsze można sobie poradzić!

## Naszym codziennym doświadczeniem było zajmowanie się bardzo ciężkimi pacjentami

– mówi prof. dr hab. med. Tomasz Stompór, ordynator Oddziału Klinicznego Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych.

W związku z narastaniem drugiej fali pandemii w październiku 2020 roku Oddział Kliniczny Nefrologii, Hipertensjologiczny i Chorób Wewnętrznych został przekształcony w 12-tóżkowy oddział dla pacjentów z COVID-19. Decyzja ta była podyktowana kilkoma względami: w oddziale zaczęły pojawiać się coraz liczniejsze ogniska (jednocześnie u kilku pacjentów hospitalizowanych wykrywano zakażenie), zakażenie zaczęło szerzyć się wśród pacjentów dializowanych, oddział jest zlokalizowany najbliżej Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego oraz Pracowni Tomografii Komputerowej, gdzie wykonywane są badania płuc u pacjentów z podejrzeniem zakażenia. Ważnym powodem była także realizacja innych zadań Szpitala podczas pandemii, które stwarzały konieczność zapewnienia leczenia hemodializą u chorych zakażonych wirusem SARS-CoV-2 hospitalizowanym w innych oddziałach. My, jako personel Oddziału, także byliśmy od pewnego czasu zwolennikami takiego rozwiązania, ponieważ tylko ono stwarzało możliwość zapewnienia opieki naszym Pacjentom – w ich przypadku nie można było bowiem „wstrzymać przyjęć”, a „teledializy” u zakażonych jak dotąd nie wymyślono. Oddział starał się prowadzić także „normalną”, choć znacznie ograniczoną aktywność w zakresie diagnostyki i leczenia chorób nerek, powikłań dializoterapii oraz powikłań po przeszczepieniu nerki u pacjentów bez zakażenia. Zadania te realizowano na oddziałach: diabetologii, laryngologii, okulistyki, neurochirurgii, neurologii i innych, dzieląc zespół lekarski na „covidowy” i „nie-covidowy”. Kontynuowano także współpracę w zakresie prowadzenia „akcji przeszczep” z Oddziałem Chirurgii Transplantacyjnej, a liczba nowych przeszczepień w tym trudnym okresie była nawet większa, niż przeciętnie.

Oddział pracował w trybie „covidowym” do drugiego tygodnia lutego 2021 roku. Warto podkreślić, że w drugiej połowie roku 2020 na COVID-19 zachorowała większość personelu Oddziału – niezakażonych pozostało tylko trzech lekarzy i jedna pielęgniarka!!! W pracy Oddziału cały czas uczestniczyli nasi Koledzy z Oddziału Hematologii. Hospitalizowaliśmy w pierwszym rzędzie pacjentów dializowanych, po przeszczepieniu nerki, oraz pacjentów którzy trafiali z na inne oddziały Szpitala i wykryto u nich zakażenie podczas pobytu na tych oddziałach. Przebywało także u nas wielu pacjentów będących na co dzień pracownikami naszego Szpitala.

Należy podkreślić, że podczas pracy w trybie „covidowym” obowiązki tzw. ostrych dyżurów internistycznych przejęli za nas Koleżanki i Koledzy z oddziałów: gastroenterologii oraz endokrynologii. Dializy oraz plazmaferezy u pacjentów wolnych od SARS-CoV-2 prowadziliśmy na salach Oddziału Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej. Koledzy i Koleżanki z wielu wymienionych powyżej oddziałów pomagali nam udostępnianiu łóżek dla pacjentów nie zakażonych. Bardzo wspierali nas także Koledzy i Koleżanki z Oddziału Intensywnej Terapii.

Od połowy lutego 2021 oddział utrzymuje cały czas gotowość w zakresie przyjmowania pacjentów z COVID-19. Do 14 kwietnia 2021 w oddziale przebywało 1–3 pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 (zazwyczaj dializowanych i po transplantacji nerki), staraliśmy się także zabezpieczyć jedną dodatkową izolatkę dla pacjentów o nieznanym statusie pcr. Paradoksalnie, trzecia fala pandemii w Polsce uderzyła w nas w mniejszym stopniu, co wynikało zarówno z lepszego przygotowania regionu (szpitale tymczasowe), jak i doskonałej organizacji pracy Stacji Dializ działającej w Szpitalu. Przetrawienie trzeciej fali przez olsztyńską nefrologię to wielka zasługa Dr Norberta Kwelli oraz wszystkich Lekarzy i Pielęgniarek Stacji, którzy stworzyli organizacyjne możliwości przyjazdu pacjentów zakażonych do stacji dializ i ich dializowanie w trybie ambulatoryjnym. Trzecia fala bardzo silnie uderzyła bowiem w chorych dializowanych. Personel stacji dializ był także skuteczny w przekazywaniu pacjentów zakażonych do Szpitala w Ostródzie; ponadto podczas trzeciej fali wiele stacji dializ Regionu, które nie prowadziły dializoterapii u chorych COVID+ na jesieni, podjęła taką działalność w roku 2021. Z wiadomych względów przestał chorować personel Oddziału i Stacji.

Naszym codziennym doświadczeniem było zajmowanie się bardzo ciężkimi Pacjentami i liczne porażki terapeutyczne; wielu chorych w tym okresie zmarło. Był to bardzo trudny czas w historii Oddziału i chciałbym wyrazić, że już się nie powtórzy. Pisząc te słowa chciałbym wyrazić wielką wdzięczność i szacunek wszystkim moim Wyjątkowym Koleżankom pracującym na co dzień w Oddziale: Lekarkom i Pielęgniarkom (nie zapominam także o naszym jedynym Koledze w oddziale, pielęgniarzu Arku); także tym Pielęgniarkom i Pielęgniarzom, którzy przychodzili do nas do pracy z innych oddziałów. Pragnę podkreślić, że w apogeum pracy z chorymi na COVID-19 nikt z personelu nie spodziewał się dodatków z tego tytułu.

## Nowa broń przeciwko koronawirusowi

Jak pisaliśmy w poprzednim wydaniu Pulsu Szpitala Zakład Bakteriologii wzbogacił się w urządzenie do wykrywania groźnych drobnoustrojów, w tym wirusa SARS-CoV-2.

To GeneXpert, aparat działający w oparciu o technologię Real Time PCR zapewniający izolację DNA, amplifikację i detekcję w jednym procesie.

Jak informowała Beata Muraszko, kierownik Zakładu Bakteriologii system jest w pełni zautomatyzowany i „zamknięty”, przez co gwarantuje wykonanie i pełne kontrolowanie wszystkich etapów PCR: izolacji materiału genetycznego, amplifikacji, analizy i detekcji powstałych produktów oraz otrzymanie gotowego wyniku w bardzo krótkim czasie.

Najkrótsze oznaczenie trwa 30 minut, najdłuższe 2,5 godziny.

– Kolejną zaletą jest oznaczanie obecności materiału genetycznego patogenów bezpośrednio w materiale klinicznym pobranym od pacjenta bez etapu hodowli, co znacznie przyspiesza identyfikację czynnika etiologicznego – podkreśliła Beata Muraszko. - Wymienione cechy analizatora gwarantują otrzymanie wyniku w maksymalnie krótkim czasie, co ma bezpośrednio odniesienie i znaczenie w podjęciu odpowiednich działań terapeutycznych. Wynik badania jest w tym przypadku wartością diagnostyczną a nie statystyczną czy epidemiologiczną.

W ofercie znajdują się testy wykrywające bezpośrednio w materiale klinicznym obecność wirusa grypy i RSV w pojedynczym wymazie w czasie



30 minut, wirusa SARS-CoV-2 w czasie 45 minut oraz testy wykrywające geny oporności drobnoustrojów z listy czynników alarmowych: MBL (NDM, VIM, IMP), KPC, OXA-48, VRE, MRSA oraz toksyny C.difficile.

Możliwość szybkiego wykrywania genów oporności umożliwia ochronę zdrowia pacjentów, personelu oraz chroni szpital przed roszczeniami o zakażenia.

## Laboratorium z nowym sprzętem

Jak informuje Beata Drozdowska, kierownik Medycznego Laboratorium Diagnostycznego, w dobie koronawirusa zaczęto prowadzić nowe badania.

– Pod koniec stycznia 2021r. prowadziliśmy test immunologiczny do ilościowego oznaczania w ludzkiej surowicy i osoczu przeciwciał IgG przeciwko domenie wiążącej receptor białkowy kolca (S) koronawirusa 2, powodującego zespół ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARS-COV-2) – mówi Beata Drozdowska. – Test jest testem pomocniczym w ocenie adaptacyjnej humoralnej odpowiedzi immunologicznej na białko S wirusa SARS-COV-2.

Z kolei na początku kwietnia 2021 r. Medyczne Laboratorium Diagnostyczne wprowadziło pilotażowo test do ilościowego oznaczania stężenia Interleukiny-6 (IL-6) w surowicy lub osoczu. Test stosowany jest u krytycznie chorych pacjentów, jako test pomocniczy we wczesnym wykrywaniu procesu ostrego zapalenia.

**Przemysław Prais**

## Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie otrzymał pomoc od samorządu województwa

W ramach projektu partnerskiego pn. „Wsparcie podmiotów leczniczych utworzonych przez Województwo Warmińsko-Mazurskie na dofinansowanie potrzeb sprzętowych i materiałowych przeznaczonych do zapobiegania rozprzestrzeniania oraz zwalczania zakażenia wirusem SARS-CoV-2” dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020.

Przedmiotem projektu jest zakup przez i na rzecz partnerów projektu środków trwałych, elementów wyposażenia i materiałów służących do zapobiegania rozprzestrzeniania oraz zwalczania zakażenia wirusem SARS-CoV-2:

1. Defibrylatory z wyposażeniem – 4 szt.
2. Respiratory stacjonarne – 2 szt.
3. Aparat do znieczulenia – 2 szt.
4. Respirator transportowy – 1 szt.
5. Zestawy do wspomagania układu oddechowego HFNC – 2 szt.
6. Lampa szczelinowa typu Haag –Streit – 1 szt.
7. Tonometr impresyjny – 1 szt.
8. Kardiomonitor przewoźny – 2 szt.
9. Fiberoskop intubacyjny – 1 szt.
10. Bronchofibroskop z wyposażeniem – 2 szt.
11. Aparat USG wielofunkcyjny – 1 szt.
12. ECMO z wyposażeniem – 1 szt.
13. Aparat do dializoterapii z niezbędnym wyposażeniem (stacja uzdatniania wody) – 1 szt.

14. Komora laminarna – 1 szt.
15. Automatyczny system zamknięty do real time PCR (z oprzyrządowaniem i panelami diagnostycznymi) – 1 szt.
16. Aparat do dekontaminacji – Robot UVD – 1 szt.
17. Myjnia endoskopowa – 1 szt.
18. Zamgławiacze-aparat do szybkiej dezynfekcji pomieszczeń – 2 szt.
19. Sterylizator parowy przelotowy – 1 szt.

Środki ochrony osobistej:

1. Rękawice ochronne.
2. Maski p/bakteryjne.
3. Maski ochronne zwykłe.
4. Komplet operacyjny.
5. Czepki ochronne.
6. Fartuchy ochronne.
7. Ochraniacze na buty.

Partnerem Wiodącym i koordynatorem projektu jest Województwo Warmińsko-Mazurskie.

Po zakończeniu realizacji projektu zakupiony sprzęt i aparatura nadal będą wykorzystywane dla ochrony przed nawrotem epidemii i ochroną przed innymi chorobami zakaźnymi.

Wartość projektu – **2 830 000,00 zł**

Wkład Funduszy Europejskich – dofinansowanie (84,66%)  
– **2 395 878,00 zł**

## Wsparcie nadeszło również z Ministerstwa Zdrowia

Na mocy umowy zawartej ze względu na konieczność przeciwdziałania dynamicznemu rozprzestrzenianiu się zakażeń wirusem SARS-CoV-2 w Polsce w związku ze stanem epidemii, który został wprowadzony od dnia 20 marca 2020 r. na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii Szpital otrzymał bezpłatnie:

1. Kardiomonitor wraz z modułami, 2 sztuki – wartość **43 456,30 zł brutto**
2. Pulsoksymetr MASIMO RAD-5 – 3 sztuki – wartość **10 692,00 zł brutto**
3. Urządzenia do mechanicznej kompresji klatki piersiowej EASY PULSE, – 1 sztuka – wartość **36 180,00 zł brutto**.



# Bezpieczeństwo i jakość kształcenia w zawodach medycznych w trakcie trwającej pandemii COVID-19

W dobie COVID-19 kształcenie studentów w zawodach medycznych stało się dużym organizacyjnym wyzwaniem. Czy i które z elementów zajęć praktycznych można zastąpić technikami nauczania na odległość zastanawiały się władze Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie oraz dyrektorzy placówek medycznych z Panią Dyrektorką Ireną Kierzkowską u progu rozwijającej się pandemii.

Ustalenia rekomendowane przez Panią Dyrektorkę dotyczące wymagań reżimu sanitarnego z zastosowaniem środków ochrony osobistej, zachowania dystansu, dezynfekcji rąk i odczyszczenia oraz minimalizacji liczebności grup studenckich przebywających jednocześnie w oddziałach/poradniach szpitala umożliwiły studentom kontynuację studiów w wymarzonych kierunkach studiów: pielęgniarstwo,

położnictwo, ratownictwo medyczne, dietetyka a także na kierunku lekarskim. Także Uczelnia powyższe ustalenia umożliwiła utrzymanie odpowiedniej do wymagań standardów jakości kształcenia.

Nauczania w odpowiedzialnych zawodach medycznych w tym zajęć kształtujących umiejętności praktyczne, nie da się zrealizować





z pominięciem bezpośredniego kontaktu z nauczycielem i pacjentem, w oderwaniu od warunków laboratorium, ambulatorium czy szpitala. Stąd w ogłoszonych stanowiskach uczelnie zrzeszone w Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM) rekomendowały przywrócenie zajęć w warunkach klinicznych w najwyższym możliwym wymiarze.

Studenci UWM w Olsztynie odbywający zajęcia w WSS w Olsztynie stanowią jedną z grup wśród pracowników szpitala szczególnie narażoną na zainfekowanie koronawirusem. Nie można jednak nauczać powyższych zawodów rezygnując z kontaktu z pacjentami w związku z powyższym przestrzegając obowiązujących zasady DDM (dystans, dezynfekcja, maseczka) studenci w roku akademickim 2020/2021 realizują zaplanowane zajęcia w placówce z niewielkimi przesunięciami w zaplanowanych terminach zajęć.

Szpital, to miejsce, w którym zawsze byliśmy, jako pracownicy gotowi do kształcenia praktycznego studentów, ale jakie będą możliwości tego kształcenia w trakcie pandemii COVID-19 trudno było powiedzieć.



Ministerstwo Zdrowia nie zdecydowało się na wprowadzenie przesiewowego testowania studentów uczelni medycznych przed rozpoczęciem roku akademickiego, ale umożliwiło zaszczepienie szczepionką przeciwko COVID-19 w grupie zero wszystkich zainteresowanych studentów. Dzięki temu już dzisiaj prawie 100% studentów kierunków medycznych zostało zaszczepionych. W przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem w trakcie zajęć klinicznych studenci byli testowani, tak jak personel medyczny szpitala oraz, w razie konieczności, poddawani kwarantannie lub izolacji.

Dzisiaj już z pewnego dystansu i znacznie spokojniej patrzymy na zaistniałą sytuację, która wszystkich nas zmobilizowała do podjęcia bardziej intensywnych działań, bieżącej analizy sytuacji epidemiologicznej i wzajemnej współpracy. Zajęcia realizowane w warunkach pandemii wymagały dokładnego przeanalizowania zakresu nauczania praktycznego tak, aby do niezbędnego minimum ograniczyć kontakt studentów z pacjentami i personelem medycznym.

W kulisach studenci jednogłośnie twierdzą, że wartością dodaną do kształcenia praktycznego w czasie trwania pandemii jest uwrażliwienie



wszystkich na ważność wszelkich zasad i standardów postępowania w kontakcie z pacjentem podejrzanym o zakażenie a także z zakażonym, izolowanym w oddziałach szpitala.

W imieniu społeczności akademickiej UWM w Olsztynie oraz własnym dziękuję Pani Dyrektor Irenie Kierzkowskiej za udostępnienie placówki do realizacji zajęć klinicznych i praktyk zawodowych a wszystkim pracownikom/nauczycielom, mistrzom w zawodach medycznych serdecznie dziękuję za trud pracy dydaktycznej w tym trudnym okresie kształcenia.

Poniżej migawki z zajęć klinicznych, praktycznych i praktyk zawodowych studentów kierunków: lekarskiego, pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego, dietetyki w WSS w Olsztynie.

Z wyrazami szacunku

**dr n.med.Olga Bielan**

Pielęgniarka oddziałowa Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej,  
wicedyrektor ds.studenckich i kształcenia Collegium Medicum Szkoła Zdrowia Publicznego UWM w Olsztynie



## Bezpieczna farmakoterapia – Bezpieczny pacjent – Bezpieczny personel



Farmakoterapia, która nie jest dostatecznie bezpieczna oraz błędy związane z lekami stanowią wiodącą przyczynę szkody możliwej do uniknięcia w systemach ochrony zdrowia we wszystkich krajach. Podkreślając wagę tego problemu Światowa Organizacja Zdrowia wraz z instytucjami krajowymi promuje i wdraża projekty poprawy bezpieczeństwa związanego z procesem farmakoterapii. W Polsce, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia promuje projekty „Bezpieczna Farmakoterapia” oraz „Koncyliacja lekowa”, zaś Narodowy Fundusz Zdrowia wraz Izłą Lekarską w ramach trwającej kampanii edukacyjnej „Świadomy

pacjent – skuteczna terapia” upowszechnia wiedzę na temat polipragmatyzacji.

Proces farmakoterapii przebiega w czasie i uczestniczy w nim przynajmniej kilka osób, w tym lekarze, pielęgniarki lub położne, farmaceuta oraz pacjent. Na poszczególnych etapach mogą występować różnorodne zagrożenia, czy

też błędy będące przyczyną zdarzeń niepożądanych.

**Zdarzenia niepożądane** związane z podaniem leku dzieli się na możliwe do uniknięcia (np. zdarzenia będące następstwem błędów) lub niemożliwe do uniknięcia (np. nieprzewidywana reakcja alergiczna u pacjenta, który po raz pierwszy

Wśród respondentów, którzy osobiście lub pośrednio mieli do czynienia ze szpitalnym leczeniem w ciągu ostatnich 12 miesięcy, 12% doświadczyło w jego trakcie jakiegoś niepożądanego zdarzenia. Do zdarzeń niepożądanych najczęściej dochodzi w trzech obszarach: diagnostyka i rozpoznanie (34%), zakażenie (29%) oraz zabieg operacyjny (28%). Rządziej dotyczą one zastosowanego leczenia (13%) oraz uszkodzeń okotoporodowych (9%). Zdaniem większości respondentów (61%) konsekwencje niepożądanych zdarzeń były bardzo poważne: 45% ocenia, że nastąpiło znaczne pogorszenie stanu zdrowia, a 16% uważa, że spowodowały zgon.

www.cmj.org.pl „Raport z polskich badań na temat bezpieczeństwa opieki przeprowadzonych w 2016r, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia



przyjął dany lek). **Błędne podanie leku** to możliwe do uniknięcia zdarzenie, które może prowadzić lub prowadzi do niewłaściwego zastosowania leku lub doznania szkody przez pacjenta. Takie zdarzenia mogą mieć związek z praktyką zawodową, produktami leczniczymi, producentami i systemami organizacji opieki, w tym z: przepisaniem leku, zleceniem podania leku, oznakowaniem produktu, opakowaniem i nazwą; składem produktu; wydaniem leku; dystrybucją leku; podaniem leku; edukacją i monitorowaniem terapii oraz stosowaniem leków.

W warunkach szpitala do zagrożenia może dochodzić na różnych etapach procesu leczenia.

**Na etapie zlecenie leków** błędy dotyczą przepisania złej dawki, złego leku, złej drogi podania, niewłaściwej pory. Mogą one wynikać z niedostatecznie przeprowadzonego wywiadu dotyczącego dotychczas stosowanego leczenia oraz występujących alergii i reakcji niepożądanych.

**Na etapie przygotowania i podania leków** błędy dotyczą złej dawki podanej niewłaściwemu pacjentowi, podania leku nieodpowiednią drogą, w nieodpowiednim czasie, zastosowanie nieodpowiedniego leku.

Zdarzenia niepożądane związane z farmakoterapią często mają charakter wieloczynnikowy. Punktem wyjścia do podjęcia działań zapobiegawczych jest wiedza i świadomość pracowników oraz organizatorów systemu ochrony zdrowia, w tym w zakresie czynników zwiększających ryzyko oraz sposobów podnoszenia bezpieczeństwa pacjentów.

#### Czynniki związane z cechami leku:

- podobne nazwy lecz zupełnie inne działanie,
- niejednoznaczne oznakowanie leku, różne preparaty lub dawki a bardzo podobne opakowania,
- zbyt mała etykieta, tym samym trudne do przeczytania informacje dotyczące nazwy czy dawki,
- zbliżone wyglądem tabletki (kształt, kolor).

#### Czynniki związane z organizacją miejsca pracy:

- brak kultury bezpieczeństwa, w tym brak systemu zgłaszania lub niechęć do wyciągania wniosków ze zdarzeń niepożądanych,
- nieprawidłowe przechowywanie leków, np. różne leki o myląco podobnych nazwach ułożone w szafie obok siebie,
- braku procedur kontrolnych, niezachowanie czujności, słaba organizacja miejsca pracy.

#### Czynniki związane z personelem:

- brak doświadczenia personelu,
- pośpiech, np. w nagłych przypadkach,
- wielozadaniowość, przerywanie pracy w trakcie wykonywania zadania,
- zmęczenie, brak czujności,
- brak nawyku sprawdzania dwukrotnego sprawdzania leków albo sprawdzania przez inne osoby,
- słaba komunikacja między współpracownikami,

- nieprawidłowości w dokumentacji np. podanie leku ale nie udokumentowanie jego podania może spowodować że inny członek personelu może także podać ten lek,
- nieczytelność zlecenia,
- pomyłki podczas wyliczania dawek leków podawanych dożylnie, np. liczba kropli / godzinę, liczba kropli/ minutę lub ilość ml/ minutę,
- niechęć do korzystania z pomocy pamięciowych.

#### Czynniki związane z pacjentem:

- przyjmowanie wielu leków przepisywanych przez wielu lekarzy, wielochorobowość,
- brak zainteresowania swoim stanem zdrowia i informacjami o przyjmowanych lekach,
- zaburzenia pamięci, trudności z porozumiewaniem się, np. pacjenci nieprzytomni, niemowlęta i małe dzieci oraz niemówiący tym samym językiem, co personel.

#### Niektóre sposoby zwiększania bezpieczeństwa stosowania leków:

- zbieranie pełnego wywiadu dotyczącego stosowanych leków,
- przestrzeganie prawa pacjenta, rodziny, opiekunów do informacji i świadomego udziału w proponowanym leczeniu,
- zlecenie leków w sposób dostosowany do indywidualnych potrzeb pacjentów, w tym uwzględnianie czynników takich jak uczulenia, ciąża, karmienie piersią, choroby współistniejące, inne stosowane leki, waga pacjenta, itp.
- doskonała znajomość leków stosowanych w danej specjalności, które wiążą się z wysokim ryzykiem występowania zdarzeń niepożądanych,
- doskonała znajomość przepisywanych leków,
- doskonała znajomość podawanych leków,
- pamiętanie o regule „5W” podczas przepisywania i podawania leków : właściwy lek, właściwa droga, właściwy czas, właściwa dawka i właściwy pacjent,
- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia działań niepożądanych,
- odpowiednia dokumentacja,
- prawo pielęgniarek, położnych do oczekiwania wyjaśnień lekarza w przypadku wątpliwości dotyczących ordynowanych leków,
- korzystanie z pomocy pamięciowych, np. programy komputerowe do wykluczenia interakcji, ulotki dołączone do leku, receptariusz szpitalny, procedury postępowania,
- przekazywanie informacji w sposób jasny i wyraźny celem wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych, które mogą prowadzić do błędów. To co jest oczywiste dla lekarza nie musi być oczywiste dla pielęgniarki czy położnej,
- wykształcenie nawyku sprawdzania. Sprawdzanie powinno być istotnym elementem procesu przepisywania, wydawania i podawania leków. Dwukrotnie

sprawdzenie działań kolegów, koleżanek tak samo jak weryfikacja własnych działań, przyczyniają się do efektywności pracy zespołowej i stanowią dodatkowe zabezpieczenie,

- wykształcenie nawyku czytania wszystkich etykiet na ampułkach, fiolkach, blistrach przed pobraniem leku,
- przestrzeganie zasady :leki nieoznakowane należy wyrzucić oraz, że nigdy nie wolno podawać leku, o ile nie jest się pewnym, co to za lek,
- opracowanie i wdrożenie w szpitalu jednolitych, profesjonalnych wymagań,
- wdrożenie profesjonalnych systemów zarządzania jakością opartych na uznanych, mierzalnych kryteriach i wskaźnikach jakości,
- wdrożenie systemu monitorowania i oceny bezpieczeństwa i jakości opieki

Każdy przypadek identyfikacji zdarzenia niepożądanego lub zdarzenia niedosłego stanowi okazję do nauki. Wyciąganie wniosków z popełnionych błędów i wdrażanie działań zapobiegawczych to istotne elementy systemu poprawy jakości opieki. Działaniami tym sprzyja wdrożenie standardów procesu akredytacji, będących przewodnikiem do wdrażania zasad bezpieczeństwa oraz podstawą samooceny i oceny zewnętrznej. W naszym Szpitalu wdrożono szereg rozwiązań organizacyjnych i procedur celem spełnienia wymagań standardów akredytacyjnych w tym standardów bezpieczeństwa farmakoterapii. Dotyczą one między innymi:

#### 1. Gromadzenia informacji podczas przyjęcia pacjenta do szpitala, udzielania informacji i zaangażowania pacjentów i ich bliskich w proces terapeutyczny, ciągłości i precyzji informacji niezbędnych do kontynuacji leczenia:

##### Dokumentacja medyczna pacjenta zawiera między innymi wyniki badania podmiotowego.

Określono minimalny zestaw informacji, które powinny być uwzględnione w rutynowym wywiadzie oraz udokumentowane w historii choroby: powód przyjęcia, główne dolegliwości, ewentualne inne dolegliwości, przebieg dotychczasowego leczenia, stosowane leki, uczulenia i idiosynkrazje, przebyte choroby i operacje, używki, diety, wywiad rodzinny i środowiskowy.

##### Pacjenci otrzymują zrozumiałe informacje o stanie zdrowia.

Każdy chory przebywający w szpitalu ma prawo uzyskać w pełni zrozumiałe informacje o swoim stanie zdrowia i planowanym postępowaniu medycznym. Informacja powinna być zrozumiała dla pacjenta i rodziny. Pacjent ma prawo wskazać osobę bliską, której może być udzielana informacja o jego stanie zdrowia.

##### Wszyscy wypisani pacjenci otrzymują kartę informacyjną.

Karta informacyjna zawiera przynajmniej informacje o: przyczynie hospitalizacji, rozpoznaniu, wynikach badań, zastosowanym leczeniu, w tym stosowanych lekach i wykonanych zabiegach, skutkach leczenia, ewentualnych powikłaniach lub zdarzeniach niepożądanych oraz wskazówki dla pacjenta i lekarza przejmującego opiekę nad pacjentem.

## 2. Zlecenia leków i dokumentowania leczenia:

### Zlecenie leków jest dokumentowane

Określono zasady zlecenia leków. Kompletnie zlecenie powinno zawierać:

- dentyfikację zlecającego/odstawiającego lek,
- datę zlecenia/odstawienia leku,
- dawkę i formę podania leku,
- czas podania,
- drogę podania.

### Dokumentacja medyczna jest czytelna, kompletna i autoryzowana.

Wszystkie wpisy w dokumentacji medycznej powinny być czytelne i autoryzowane (data, godzina, czytelny podpis). Obecnie wdrażany jest system elektronicznej karty zleceń, który powinien umożliwić spełnienie powyższego wymagania.

## 3. Zapewnienie dostępności leków, ciągłości stosowanego leczenia, warunków przygotowania i podawania leków:

### Szpital posiada receptariusz szpitalny.

Opracowano receptariusz szpitalny, który funkcjonuje od kilkunastu lat i jest systematycznie aktualizowany. Określono rodzaj dostępnych leków, specjalistycznych środków pielęgnacyjnych i opatrunkowych oraz zasady zlecenia leków i wykonywania tych zleceń.

### Określono zasady stosowania leków spoza receptariusza.

Ustalono, w jakich sytuacjach i jakie rodzaje leków spoza receptariusza mogą być zlecane i przez kogo oraz sposób szybkiego pozyskiwania tych leków.

### Określono i wdrożono zasady pozyskiwania leków w trybie nagłym.

Opracowano i wdrożono procedurę pilnego dostarczania na oddziały leków w godzinach nocnych, podczas świąt, itp.

### W szpitalu określono zasady podawania leków bez pisemnego zlecenia lekarskiego.

Określono, jakie leki i w jakich przypadkach mogą lub powinny być podane bez zlecenia lekarskiego, a także jakie leki i w jakich sytuacjach mogą być podane w oparciu o ustne zlecenie lekarskie. Dotyczy to w szczególności sytuacji nagłych, bezpośredniego zagrożenia życia.

### W szpitalu funkcjonują procedury bezpiecznego przechowywania leków.

Określono, w jaki sposób należy przechowywać i zabezpieczać leki w aptece szpitalnej oraz w oddziałach, aby ograniczyć niekontrolowany i nieuzasadniony dostęp do leków, ale jednocześnie zapewniać możliwość użycia potrzebnego leku bez zbędnej zwłoki. Leiki przechowywane są zgodnie z zaleceniami producenta w zamkniętych szafkach, wózkach, lodówkach w sposób minimalizujący możliwość pomyłkowego użycia leku. Leiki bardzo silnie działające, a także narkotyczne przechowywane są w sposób istotnie ograniczający dostęp do nich. Leiki, których omyłkowe użycie w formie nie rozcieńczonej może być szczególnie groźne powinny być przechowywane osobno. Określono i wdrożono zasady zabezpieczenia i dystrybucji leków własnych pacjenta podczas hospitalizacji.

### Leki są przygotowywane i podawane z zachowaniem zasad bezpieczeństwa.

Opracowano i wdrożono procedurę przygotowywania, przechowywania i podawania oraz transportu leków, z którymi wiąże się określone ryzyko. W szczególności dotyczy to cytostatyków i mieszanek do żywienia pozajelitowego. Przygotowaniem leków zajmują się farmaceuci w warunkach apteki szpitalnej.

### W szpitalu opracowano system oznakowania przygotowanych leków.

Leki przygotowane do podania (strzykawki z lekiem, płyny do wlewów kroplowych) powinny być oznakowane. Oznakowanie powinno zawierać:

- nazwę leku,
- dawkę,
- informację dla kogo dany lek jest przeznaczony

### W szpitalu wdrożono procedurę postępowania z niewykorzystanymi lekami i preparatami krwiopochodnymi.

W szpitalu funkcjonuje procedura postępowania z lekami i preparatami krwiopochodnymi, które nie zostały zużyte lub nie mogą być użyte np.: przeterminowane leki lub preparaty, niewykorzystane leki narkotyczne, zmiana wskazań do leczenia, itp.

## 4. Monitorowanie bezpieczeństwa, identyfikowanie, rejestrowania i monitorowania zdarzeń niepożądanych:

### W szpitalu opracowano i wdrożono procedurę nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach.

W szpitalu funkcjonuje system nadzoru nad lekami przechowywanymi w oddziałach. Polega on na okresowej kontroli sposobu przechowywania leków w oddziałach, ich ilości, sposobu stosowania, przyjętych w szpitalu zasad ułożenia leków oraz sprawdzaniu terminu ważności leków, a także zgodności stanu z dokumentacją wydawania.

### Niepożądane działania stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych są dokumentowane.

Informacje na temat niepożądanych działań stosowanych leków i preparatów krwiopochodnych powinny być zamieszczane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów, a także raportowane do apteki szpitalnej i punktu krwiodawstwa.

### W szpitalu funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii

W szpitalu od 2002 roku funkcjonuje zespół ds. farmakoterapii. Zespół ten kreuje politykę lekową w szpitalu i dokonuje okresowej oceny stosowanej w szpitalu terapii lekami i preparatami krwiopochodnymi.

### W szpitalu identyfikuje się i gromadzi dane na temat zdarzeń niepożądanych

Głównym celem systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych jest uczenie się na doświadczeniach własnych i innych oraz poprawa bezpieczeństwa pacjenta i bezpieczeństwa pracowników. System raportowania i zgłaszania danych o zdarzeniach ma znaczenie tylko wtedy, jeżeli zdarzenia te stanowią przedmiot analizy, a personel medyczny, uczestniczący w zdarzeniu, uzyskuje informację zwrotną. System gromadzenia danych nie może służyć identyfikacji i stygmatyzacji osób uczestniczących w zdarzeniu. Źródłem dodatkowych informacji o zdarzeniach mogą być wyniki badań anatomopatologicznych, czy analiza doświadczeń pacjentów, których zdarzenie bezpośrednio dotyczy.

Przyjęty przez szpital system funkcjonuje od 2011r. Zgłoszone zdarzenia niepożądane są analizowane, a formułowane wnioski stanowią punkt wyjścia do wdrożenia działań zapobiegawczych i/lub korygujących.

Należy pamiętać, że bezpieczeństwo stosowanych leków zależy od pracy zespołowej zaś pacjent jest członkiem tego zespołu. Zasadnym więc jest zachęcanie pacjentów aby aktywnie uczestniczyli w procesie leczenia i farmakoterapii zaś nieodzownym jest informowanie pacjentów na temat przyjmowanych przez nich leków, oczekiwanych efektów leczenia, możliwych interakcji w tym z suplementami diety, i wszelkich zagrożeniach. Świadomość pacjentów oraz przestrzeganie zasad bezpieczeństwa przez pracowników szpitala mogą istotnie przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa stosowanych leków i procesu farmakoterapii.

Opracowano na podstawie:

- Program akredytacji, zestaw standardów akredytacyjnych dla szpitali, CMJ 2009r.
- [www.cmj.org.pl](http://www.cmj.org.pl), Edukacja, Bezpieczeństwo Pacjenta
- [www.cmj.org.pl](http://www.cmj.org.pl), Bezpieczna farmakoterapia

**Hanna Taraszekiewicz**

Z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa  
Pełnomocnik dyrektora ds. jakości



## Jacek Zwiernik koordynatorem Oddziału Neurologicznego



Dr n. med. Jacek Zwiernik 1 maja 2021 r. objął funkcję koordynatora Oddziału Neurologicznego i Oddziału Udarowego. W związku z tym poprosiliśmy go o przybliżenie swojej sylwetki czytelnikom Pulsu Szpitala.

### W neurologii urzekło mnie to, że...

Jak u większości ludzi, moje życie prywatne i zawodowe były wynikiem dobrego spłotu okoliczności. Z medycyną obcowiałem odkąd pamiętam, w ośrodku zdrowia taty i w szpitalu gdzie mama była Oddziałową na położnictwie, do tej pory pamiętam leniwe ze szpitalnej kuchni.

Sam jakoś nie myślałem by pójść w tą stronę aż do liceum, gdzie okazało się, że dobry byłem z biologii i chemii, więc nie pozostawało nic innego jak startować na medycynę. Wybrałem

Akademii Medyczną w Gdańsku i był to strzał w dziesiątkę. Trafitem do „olsztyńskiej” grupy, większość koleżanek i kolegów była z Olsztyna. Tu poznałem moją przyszłą żonę, choć musiałem na nią sporo poczekać. Moje starania zakończyły się sukcesem i po piątym roku wzięliśmy ślub.

Po studiach miałem już sprecyzowane plany, chciałem wrócić do rodzinnego miasta i zostać anestezjologiem, ale dzięki żonie i teściowi przypomniałem sobie, że zawsze chciałem być neurologiem i osiąść w Olsztynie. I tak trafitem do Szpitala Wojewódzkiego. Staż to kontakt z takimi lekarzami jak doc. Dutkiewicz, dr Kopeć, dr Stefanowiczowie i inni, było się od kogo uczyć.

Po stażu – neurologia u dr Frola. Tu nauka od podstaw. To były czasy gdzie chorobę trzeba było wy badać młotkiem neurologicznym i igłą, nowoczesna diagnostyka dopiero raczkowała. Spodobało mi się to i od tej pory jestem urzeczony sposobem myślenia neurologa, interpretacją kolejnych objawów, przypisywaniem ich do konkretnych obszarów układu nerwowego i dochodzeniem do rozpoznania.

Od 2000 roku pracowałem u mojego kolejnego Szefa, dr Tutaja. On wprowadził oddział w nowoczesną neurologię. Stworzyliśmy oddział udarowy wdrażając leczenie trombolityczne a następnie wprowadzając trombektomię mechaniczną. Rozpoczęliśmy nowoczesne leczenie stwardnienia rozsianego. Udział w badaniach klinicznych dał okazję do poznawania najnowszych trendów w neurologii. Znalazłem swoje miejsce w leczeniu chorób układu pozapiramidowego, zostałem członkiem International Parkinson and Movement Disorder Society, wyspecjalizowałem się też w leczeniu za pomocą toksyny botulinowej.

Ale najbardziej jestem dumny z mojego wkładu w rozwój programu udarowego w naszym oddziale, a po objęciu funkcji konsultanta wojewódzkiego do spraw neurologii rozszerzeniem

go na całe województwo z utrzymaniem nadrzędnej roli Szpitala Wojewódzkiego.

Powstanie Wydziału Lekarskiego UWM było okazją do pracy dydaktycznej i naukowej, po obronie doktoratu zostałem adiunktem Katedry Neurologii. Dzięki temu mam możliwość współprojektowania badań, które z koleżankami i kolegami prowadzimy w naszym szpitalu dzięki przychylności Dyrekcji szpitala. Jedno z badań dotyczy oceny sztywności tętnic, jako czynnika ryzyka w udarze mózgu, drugie próby wykorzystania przeszczepu flory jelitowej do leczenia stwardnienia rozsianego.

A teraz przede mną kolejne cele. Nie zawieść zaufania Dyrekcji szpitala i dobrze poprowadzić Oddział Neurologiczny i Udarowy. To duże wyzwanie, duży zespół i duży budżet. Ale jestem gotowy, za mną prawie trzydzieści lat doświadczenia, przygotowanie merytoryczne - ukończyłem studia podyplomowe Menedżer Ochrony Zdrowia, a dodatkowo wiem, że mogę liczyć na życzliwość i pomoc wielu ludzi. I muszę się spieszyć, bo mamy już propozycje wieloosrodkowej współpracy w sieci ośrodków udarowych i leczenia SM. Dam radę. A tak naprawdę damy radę, cały zespół Oddziału.

Kariera to fajna rzecz, która daje frajdę, ale nie można żyć tylko tym. Mam parę innych zainteresowań, które pozwalają wyluzować, odprężyć się. Chyba najważniejsze są podróże, od zawsze, najpierw z dziećmi (są już dorośli, Łukasz jest w trakcie specjalizacji z psychiatrii, Dominika kończy medycynę) a teraz w gronie przyjaciół. Łączymy to z poznawaniem nowych ludzi i smaków lokalnej kuchni. A jeśli dobre jedzenie to oczywiście z winem, odwiedziliśmy naprawdę wiele regionów winiarskich i winnic. Jest też czas na sportową rekreację, fitness, w zimie narty, po kilku latach przerwy wróciłem na rower – okolice Olsztyna są stworzone do rowerowych wycieczek. Tak nabieram energii potrzebnej w pracy i tak nie czuję upływu czasu. Zatem do dzieła!

**Jacek Zwiernik**

## Nowy lekarz zakładowy w Szpitalu Wojewódzkim



Dr Lidia Wałdoch od początku 2021 r. opiekuje się pracownikami Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Poprosiliśmy ją o napisanie kilku słów o sobie.

Nazywam się Lidia Wałdoch. Mam przyjemność od 1 stycznia 2021 roku sprawować opiekę profilaktyczną w charakterze lekarza medycyny pracy nad pracownikami WSS w Olsztynie.

Ukończyłam Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Gdańsku w 2000 r. Od 2002 do 2009 roku odbyłam rezydenturę w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym WSS w Olsztynie i w 2007 roku zdałam egzamin specjalizacyjny z medycyny ratunkowej.

Do dnia dzisiejszego pracuję w SKOR Naszego Szpitala. Ciągła chęć do nauki i poznawania medycyny skłoniła mnie do odbycia szkolenia specjalizacyjnego z medycyny pracy, zakończonego egzaminem w 2019 roku.

Lubię poznawać ludzi oraz spędzać czas w podróży i czytając książki. Największą radością mojego życia jest moja Rodzina. Cieszę się, że będę mogła poznać Państwa osobiście.

Pozdrawiam

**Lidia Wałdoch**

# Kinesiotaping w okresie okołoporodowym

Kinesiotaping jest metodą fizjoterapeutyczną, polegającą na aplikacji tzw. plasterów dynamicznych. Jej twórcą jest Japończyk - dr Kenzo Kase i wprowadzona w krajach azjatyckich w latach 1970-1980, w Stanach Zjednoczonych w połowie lat 90-tych, a w Europie dopiero na początku XXI wieku.

Kinesiotaping oddziałuje na skórę, głównie na zakończenia Ruffiniego, receptory bólu, czucia głębokiego oraz na układ limfatyczny, mięśnie i stawy. Podstawowa funkcja fizjologiczna kinesiotapingu to redukcja bólu w skórze, czy też nadwrażliwości czuciowej w skórze (przeczulica bądź niedoczulica w obrębie blizny pooperacyjnej), w mięśniach, stabilizowanie i korygowanie pozycji stawu i działania mięśni, jak również redukcja obrzęków poprzez poprawę przepływu krwi i limfy. Narzędziem wykorzystywanym w kinesiotapingu jest plaster/taśma z wysokogatunkowej bawełny utkanej w sposób przypominający włókna ludzkiej skóry, przepuszczający wodę i powietrze, co ułatwia dbanie o higienę miejsca aplikacji. Rozciągliwość plastra jest porównywalna ze skórą człowieka – ok. 130–140 proc. względem długości spoczynkowej. Ponadto plaster do tapingu nie zawiera lateksu, co daje gwarancję hipoalergicznosci. Do pełnej aktywacji plastra potrzebne jest ok. 20 minut. Dzięki tym cechom plaster można nosić do kilku dni, gdyż są również wodoodporne. Siłę naciągnięcia taśmy stosuje się w zależności od pola zabiegowego oraz techniki. A wykorzystywane są techniki: mięśniowa, więzadłowo-przestrzenna, limfatyczna, powięziowa, korekcyjna.

Ciąża jest szczególnym okresem dla kobiety i jej organizmu. W tym czasie dochodzi do wielu zmian na poziomie biochemicznym, fizycznym, czy biomechanicznym w funkcjonowaniu jej organizmu. Dlatego też zmiany statyki i dynamiki ciała przyszłej mamy, spowodowane powiększającym się brzuchem, oraz rozluźnienie aparatu więzadłowo-torebkowego to najważniejsze elementy z punktu widzenia fizjoterapii. Kinesiotaping w ciąży wykorzystujemy przy: bólach kręgosłupa ( w odc. L, LH), wsparciu podbrzusza przy dużej ciąży, wspomaganie pracy mięśni brzucha, wspomaganie pracy przepony oddechowej, bólach stawów krzyżowo-biodrowych, rozejściu się mięśnia prostego brzucha, odciążeniu gruczołu piersiowego, drenażu piersi przy obrzękach

w ciąży, obrzękach podudzi, imitacja cieśni nadgarstka.

Okres potogu to czas regeneracji ciała kobiety, wymagający wsparcia nie tylko psychofizycznego, ale również fizjoterapeutycznego. Dlatego kinesiotaping znajdzie tu zastosowanie w sytuacji: drenażu okolic blizny po cięciu cesarskim, wsparcia macicy w obkurczaniu po cięciu cesarskim, aktywacja powięzi brzucha po porodzie, aktywizacja gruczołu piersiowego przy niedoborze pokarmu, pobudzenie gruczołu w zastoju pokarmu i obrzęku, rozejście się mięśnia prostego brzucha, rozejście spojenia tonowego, stabilizacja miednicy przy hiper mobilności, aktywizacja głębokich mięśni brzucha po porodzie, wsparcie kości ogonowej, mobilizacja blizny po cięciu cesarskim, osłabiony pęcherz moczowy i nietrzymanie moczu, korekcja powięzi piersiowej i piersi, korekcja pogłębionej lordozy po ciąży, korekcja pogłębionej kifozy po ciąży, łagodzenie dolegliwości menstruacyjnych po powrocie płodności.

Do przeciwwskazań wdrożenia kinesiotapingu należą: przeciwwskazania ogólne do terapii okołoporodowej ( zgoda lekarska), ogólne stany zapalne (wirusowe, bakteryjne, grzybicze), przerwanie ciągłości skóry w miejscu aplikacji, zmiany skórne (również znamiona), hiperalergiczna zona (HAZ), delikatne miejsca (okolice pachy, dołu pachowego, pachwin), stany zapalne w obrębie jamy brzusznej, bóle brzucha z objawami ogólnymi ( podwyższona temperatura, tachykardia, hipotensja itp.), zagrażający poród przedwczesny, hipertensja, zmiany w moczu, blizny niezagojone.

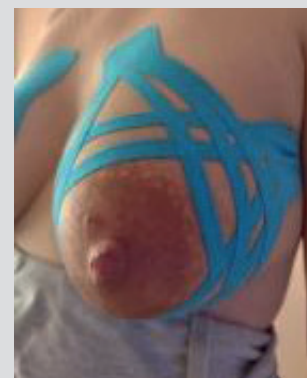
Pomimo, że kinesiotaping jest techniką bezpieczną, wymaga odpowiedniego przygotowania pacjentki oraz przeszkolenia osoby wdrażającej wyżej wymienioną technikę.

**Alina Moszczyńska**

Certyfikowany Doradca Laktacyjny, położna

Źródła:

1. „Kinesiotaping, jako nowa forma fizjoterapii kobiet w okresie ciąży” Katarzyna Zięba, dr n.med. Dariusz Białoszewski, AM w W-Wie
2. „Kinesiotaping w ciąży i potogu” www.twoj-doktor.eu



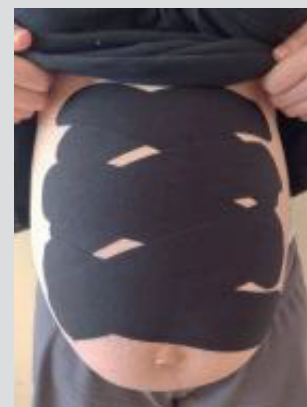
Nawat pokarmowy z obrzękiem gruczołu piersiowego.  
Technika limfatyczna



Nawat i obrzęk gruczołu piersiowego.  
Technika limfatyczna



Ból kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym.  
Technika mięśniowo-więzadłowa



Wspomaganie mięśni brzucha w potogu.  
Technika powięziowa





## Ordynator oddziału nefrologicznego objął ważną funkcję w naukowym wydawnictwie

„Kompedium” w językach angielskim, hiszpańskim, ukraińskim i rosyjskim). Początkowo miał w redagowaniu „Interny” wspierać Pana Profesora Franciszka Kokota; po śmierci nieodżałowanego Profesora został głównym edytorem nefrologii w tej znanej wszystkim studentom i lekarzom internistom książce oraz autorem lub współautorem łącznie pięciu rozdziałów w najnowszym wydaniu, planowanym na rok 2021. W przygotowywaniu jest także angielska edycja pełnej wersji „Interny Szczeklika”, która powstaje we współpracy z McMaster University (Hamilton, Ontario, Kanada) oraz wydania w innych językach.

Od kwietnia 2021 Prof. Stompór pełni także funkcję Assistant Editor (jest jednym z dwóch zastępców Redaktor Naczelnej, Pani Profesor Anetty Undas) w najbardziej prestiżowym i najwyżej punktowanym polskim czasopiśmie medycznym, Polish Archives of Internal Medicine (dawniej: Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej; aktualny Impact Factor 3.007, oczekiwany za rok 2020 – 3.170). W pracach Rady Naukowej pisma uczestniczy od ponad 10 lat. Został uhonorowany przez Towarzystwo Internistów Polskich statuetką oraz trzykrotnie dyplomami uznania za zasługi dla rozwoju tego czasopisma. Utrzymanie wysokiego poziomu pisma to wielka odpowiedzialność

spoczywająca na Zespole Redakcyjnym i codzienna, ciężka praca.

Tomasz Stompór od roku 2020 jest również edytorem (Subject Editor – Nephrology) czasopisma Orphan Journal of Rare Diseases (IF: 3.687).

Profesor Stompór jest autorem ponad 250 publikacji (sumaryczny IF ok. 150) oraz ponad 80 rozdziałów w monografiach i podręcznikach z zakresu nefrologii, hipertensjologii, chorób wewnętrznych i geriatry. Większa część tego dorobku powstała podczas pracy w Olsztynie.

**Przemysław Prais**

Prof. dr hab. med. Tomasz Stompór został w roku 2021 redaktorem prowadzącym działu „Nefrologia” w referencyjnym, przygotowywanym wg zasad EBM i corocznie aktualizowanym podręczniku chorób wewnętrznych przeznaczonym dla lekarzy i studentów, „Interna Szczeklika”.

Od początku powstania podręcznika (tj. od roku 2005) profesor Stompór był współautorem dwóch rozdziałów (także w kieszonkowych wydaniach „Interna Szczeklika – Kompedium” oraz wydawanych od niedawna edycjach

Dr Anna Pawłowska z Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych, którego ordynatorem jest prof. Stompór zdała najlepiej w Polsce egzamin z transplantologii klinicznej.

– Przed czterema laty dr Pawłowska zdała egzamin z nefrologii również najlepiej w Polsce – dodaje prof. Stompór.

## Podziękowania od dyrekcji Szpitala dla znakomitego diagnosty



Dyrektor Irena Kierzkowska i zastępca dyrektora ds. leczenia dr Jerzy Górny pożegnali kończącego pracę w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dr Janusza Hosaję, specjalistę badań ultrasonograficznych.

Podczas spotkania, które odbyło się 23 kwietnia pani dyrektor wręczyła dr Hosai list z podziękowaniami za ponad 30 lat pracy na rzecz pacjentów Szpitala i kwiaty, a dr Górny przekazał pamiątkową statuetkę. – Ma kształt serca,

bo zostawiłeś tu swoje serce – mówiła dyr. Kierzkowska. – Kiedy na nie spojrzysz, to przypomnij sobie te miłe chwile, inne trzeba puścić w niepamięć.

Za lata wspólnej pracy podziękowali też współpracownicy Janusza Hosai – dr Magdalena Rzczkowska, zastępca kierownika Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, a także dr Józef Kozak i dr Katarzyna Oniszczyk-Bączkiewicz, którzy współpracowali z dr Hosają w Pracowni

USG. – W imieniu kolegów i koleżanek dziękujemy za wspólne lata, także w imieniu dr Grzegorza Wasilewskiego, który nie mógł być dzisiaj z nami – powiedziała Magdalena Rzczkowska.

Sam dr Hosaja nie ukrywał wzruszenia. – Nie spodziewałem się tak uroczystego pożegnania – mówił. – To także moment refleksji, że wszystko tak szybko minęło.

**Przemysław Prais**





## Trwa modernizacja budynku **Przychodni**

Zmodernizowane gabinety lekarskie i wygodna poczekalnia dla pacjentów to tylko niektóre efekty prac remontowych, które trwają w obiekcie mieszczącym przychodnię specjalistyczne Szpitala Wojewódzkiego.

Jak informuje kierownik ds. administracji przychodni Bożena Struczewska-Czajkowska remont, a właściwie modernizacja Przychodni rozpoczął się we wrześniu 2019 r. – Projekt przewiduje niewielką rozbudowę budynku. W pierwszym etapie zostało rozbudowane piętro w części 16 B. Dzięki temu powstało 6 nowych gabinetów oraz toaleta dla pacjentów. Oprócz tego dobudowana została rejestracja oraz hol dostosowany do potrzeb transportu sanitarnego – mówi. – W miejscu dotychczasowej rejestracji powstanie duża poczekalnia dla pacjentów. Modernizacja przewiduje zamontowanie w całym budynku systemu wentylacji (korytarze), klimatyzacji (gabinety), wymianę stolarki drzwiowej, remont wszystkich toalet, dobudowanie toalet dla niepełnosprawnych.

Pani kierownik dodaje, że wszystkie pomieszczenia zostaną dostosowane na potrzeby gabinetów, dodatkowo zostanie wymienione (ujednolicone) umeblowanie w każdym z nich. Na potrzeby pracowników przychodni powstanie pomieszczenie socjalne oraz dwie szatnie. Jedna – mała na parterze, druga duża na piętrze.

– Obecnie (koniec marca 2021 r.) zostały już „zasiedlone” dobudowane pomieszczenia. Znajdują się w nich poradnie diabetologiczna, endokrynologiczna oraz KAOS – dodaje Bożena Struczewska-Czajkowska. – W wyremontowanej części (na parterze przy Aptece) pomieszczenia

zyskały poradnie hematologiczna, nadciśnienia tętniczego oraz chemia jednego dnia dla pacjentów hematologicznych. Zakończenie budowy planowany jest na październik 2021 roku. Choć jeszcze wiele do zrobienia to wierzymy, że wszystko zostanie zrobione w terminie.

**Przemysław Prais**





# Medycyna fizykalna

– odcinek 1



Dr Hura-Ruintenbach z głowicą „fali uderzeniowej”. Jest to fala akustyczna o specyficznych właściwościach – wysokim, skokowym ciśnieniu powstającym w bardzo krótkim czasie. Leczenie falą uderzeniową to bardzo efektywna metoda stosowana w rehabilitacji. Jest to jeden z najbardziej skutecznych sposobów leczenia przeciwbólowego w schorzeniach narządu ruchu.

Stymulacją mikrokrążenia od niepamiętnych lat zajmuje się medycyna fizykalna i to ona w dzisiejszych czasach ma niezwykle duże znaczenie w jego skutecznej regeneracji.

We współczesnej terapii mamy wiele metod terapeutycznych, ale żaden lek nie potrafi skutecznie zadziałać na ten poziom z uwagi na to, że w mikronaczyniach nie ma mięśniówki, która dzięki receptorom mogłaby być punktem uchwytu dla leków.

Człowiek żyjący we współczesnym świecie narażony jest na liczne choroby i zagrożenia. Dlatego też powinien posiadać świadomość zdrowotną ich profilaktyki, a także umiejętność radzenia sobie z wieloma dolegliwościami.

Choroby przewlekłe stanowią największy problem współczesnej cywilizacji, a więc i współczesnej medycyny, gdyż dotyczą stale zwiększającej się populacji ludzi, a poza tym

skracają życie, pogarszają jego jakość i pochłaniają ogromne koszty.

## Kto jest odpowiedzialny za sukces w leczeniu przewlekłych chorób?

... Pacjenci z chorobami przewlekłymi mają do 90 proc. sukcesu leczenia w swoich rękach...

(Anderson Power-Pac C.E., New York - 2006, MVF Gänshirt et al. 2010 MVF Harms et al. 2014, IDF 2014)

Specjalne raporty naukowców z całego świata zwracają uwagę, że za przyczynę wielu zaburzeń związanych z przewlekłymi chorobami odpowiada MIKROKRAŻENIE.

ZDROWE MIKROKRAŻENIE jest decydującym czynnikiem zdrowia, ponieważ jest niezbędne:

- dla odżywczego zaopatrzenia komórki,
- do eliminacji odpadów metabolicznych,
- dla pobudzenia aktywności mitochondrialnej ...
- Etc...etc...etc...

Innowacyjne prace badawcze przeprowadzone w Instytucie Mikrokrążenia w Berlinie przez prof. dr. med. Rainera Kloppa i zespół naukowców z Uniwersytetu Charité w latach 2005-2009 nad procesami regeneracyjnymi ustroju udowodniły, że kwestią fundamentalną dla naszego zdrowia i ogólnej witalności człowieka jest dostateczne ukrwienie i dotlenienie całego organizmu, zależnego od obszaru mikrokrążenia (które stanowi aż 74 proc. całego układu krwionośnego człowieka).

Stymulacją mikrokrążenia od niepamiętnych lat zajmuje się medycyna fizykalna i to ona w dzisiejszych czasach ma niezwykle duże znaczenie w jego skutecznej regeneracji.

We współczesnej terapii mamy wiele metod terapeutycznych, ale żaden lek nie potrafi skutecznie zadziałać na ten poziom z uwagi

na to, że w mikronaczyniach nie ma mięśniówki, która dzięki receptorom mogłaby być punktem uchwytu dla leków. Mikronaczynia to „rury przepływowo” pozbawione mięśniówki, więc nie ma szans na takie oddziaływanie. Medycyna fizykalna – potrafi wpłynąć na nie, ale o tym w kolejnych odcinkach moich felietonów.

Od starożytności zabiegi zlecane w różnych metodach terapeutycznych miały za zadanie pobudzać krążenie, w tym też mikrokrążenie, dzięki czemu skutecznie pozwalały na regenerację i przywracanie sił witalnych.

75 proc. naszych pacjentów nie jest w stanie same poradzić sobie z ich stanem, stanem przewlekłych ich problemów zdrowotnych, więc porady nasze, jako specjalistów dotyczące wspomaganie leczenia są niezwykle cenne.

## Kto jest odpowiedzialny za własne zdrowie?

### Odpowiedzialność pacjenta:

- Przyjmij aktywną postawę wobec utrzymania swojego zdrowia.

### Odpowiedzialność lekarza:

- Podaj informacje, wiedzę medyczną, wskazówki.

Chciałabym przybliżyć Państwu te niezwykle skuteczne metody wspomagania terapii wielu chorób, które chciałabym jednocześnie zarekomendować, zwłaszcza tam, gdzie nie ma skutecznego leczenia przyczynowego, a jest jedynie leczenie objawowe. Metody te są często bardzo proste i po uświadomieniu tego zwłaszcza naszym przewlekłe chorym pacjentom możemy im skutecznie pomóc

Wyzwaniem współczesnych czasów są **choroby przewlekłe, w tym:**

### Przewlekłe choroby zapalne:

- Choroby naczyniowe, miażdżyca tętnic, choroba tętnic obwodowych.

### SPECIAL REPORT

## “Small Blood Vessels: Big Health Problems?": Scientific Recommendations of the National Institutes of Health Workshop

Francesca Bosetti, PharmD, PhD;\* Zorina S. Galis, PhD;\* Margaret S. Bynoe, PhD; Marc Charette, PhD; Marilyn J. Cipolla, PhD; Gregory J. del Zoppo, MD; Douglas Gould, PhD; Thomas S. Hatsukami, MD; Teresa L. Z. Jones, MD; James I. Koenig, PhD; Gerard A. Luty, PhD; Christine Maric-Bilkan, PhD; Troy Stevens, PhD; H. Eser Tolunay, PhD; Walter Koroshetz, MD; on behalf of the “Small Blood Vessels: Big Health Problems” Workshop Participants†

- Zaburzenia metaboliczne (np. Cukrzyca 2, dyslipidemia).
- Przewlekłe choroby zapalne i autoimmunologiczne.

#### i ich konsekwencje:

- Zaburzenia mikrokrążenia.
- Zaburzenia gojenia się ran.
- Zespół zmęczenia (nowotwory, stwardnienie rozsiane, stres).

#### Skutki zmian mikronaczyniowych są dramatyczne,

przedstawia: Prof. Dr. Ralf Lobmann

- Około 50 000 kończyn jest amputowanych rocznie w Niemczech z powodu cukrzycy.
- Co 15 minut osoba traci kończynę.

„Dane te są zbyt wysokie, nawet w porównaniu międzynarodowym”

Oczywiście nowoczesna chirurgia naczyniowa robi wiele dobrego dla naszych pacjentów, warto jednak zapoznać się także nad innymi niż standardowe metodami postępowania. Medycyna Fizykalna przynosi tu wiele cennych niespodzianek, potwierdzonych wielośrodkowymi badaniami klinicznymi, godnymi polecenia. Zanim jednak przejdziemy do najnowszych metod stymulacji mikrokrążenia, chciałabym Państwu przybliżyć te badziew klasyki, stosowane od wielu lat, które opisuje wielu znanych klinicystów. Dlatego postanowiłam zainteresować Państwa stopniowo coraz to nowszymi metodami z zakresu fizykoterapii, ale chcę to robić także w kolejnych odcinkach, mając nadzieję na podsyć Waszych emocji i ekscytując Państwa coraz to ciekawszymi doniesieniami.

Na początku chciałabym jednak pochylić się nad fizykochemicznymi aspektami działania bodźców fizykalnych i mechanizmami działania nie tylko miejscowego, ale i ogólnoustrojowego. Nie wszyscy bowiem wiedzą, że bodźce fizykalne stosowane na organizmie zrywają wywołują pewne reakcje ustrojowe, polegające na wyzwalaniu efektów samoleczenia. Dlatego, co ciekawe, warto porównać metody, którymi operujemy w dzisiejszych czasach w leczeniu naszych pacjentów. Pozwoliłam sobie zrobić to w specjalnej tabeli, którą prezentuję poniżej:

## MEDYCYNĄ FIZYKALNĄ a FARMAKOTERAPIĄ

### MEDYCYNĄ FIZYKALNĄ

- **Efekt terapeutyczny – powoli** (niezbędna obserwacja serii zabiegowych)
- **Osiągnięty efekt długotrwały** (ok. 3–6 miesięcy)
- **Pobudza mechanizmy samoregulacji**
- **BEZ DZIAŁAŃ UBOCZNYCH**
- **Końcowy efekt zabiegów – reguluje mechanizmy samoleczenia** (np. nad- i niedociśnienie)

Jak widać powyżej zabiegi fizykalne nie dają szybkiego efektu terapeutycznego, gdyż musimy ten efekt wypracować codziennymi zabiegami, które należy stosować w seriach, ale o ile już osiągniemy zaplanowany efekt – utrzymuje się on długotrwale, książkowo 3 – do 6 miesięcy, czego nigdy nie zapewni nam żadna tabletki. Okres półtrwania leków jest zdecydowanie krótszy. W związku z powyższym zabiegi należy oceniać nie po pojedynczo, ale po wypracowaniu minimum efektów 1 serii zabiegowej. Bardzo często, ale nie zawsze, serią jest ilość 10 zabiegów fizykalnych, a więc okres zazwyczaj 2 tygodni leczenia.

Co istotne także to to, że medycyna fizykalna, o ile przestrzega się zasad terapeutycznych dawkowania – jest pozbawiona działań ubocznych, czego nie można powiedzieć o lekach. Pospolite powiedzenie „Lek jedno leczy, drugie kaleczy” jest znaną prawdą.

W balneologii i kompleksowej rehabilitacji zastosowanie mają zabiegi lecznicze, oparte o bodźce fizjologiczne, z jakimi styka się organizm w otaczającym go środowisku.

#### Mechanizm oddziaływania bodźcowego polega na kumulowaniu się wybranych nieswoistych bodźców:

- w wymiernym czasie,
- w określonej dawce,
- ilościowo dobranym cyklu.

W wyniku takiego oddziaływania, organizm reaguje uruchomieniem odpowiednich mechanizmów adaptacyjnych.

Zastosowany bodziec musi być na tyle silny i obejmować taki obszar ciała, aby był w stanie wywołać reakcje ogólnoustrojowe, które byłyby w stanie przeciwdziałać tworzącemu się zakłóceniu homeostazy.

- Homeostaza – jest taką właściwością organizmu, która powoduje utrzymanie względnie stałego środowiska wewnętrznego ustroju.
- Prawidłowy stan homeostazy charakteryzuje się względną stałością wszystkich parametrów fizjologicznych, które jednak ciągle ulegają odchyleniu wokół dopuszczalnych

wartości i czym odchylenie jest mniejsze, tym sprawniejszy jest stan homeostazy.

Ta wyjątkowa zdolność kształtowania się poprawnej homeostazy określana jest ADAPTACJĄ, która warunkuje prawidłowy stan zdrowia. Bodziec, który jest w stanie wyzwolić procesy adaptacyjne nazywamy adaptogennym lub stresem, a zaistniały proces nazywamy adaptacją.

Po zaprzestaniu działania bodźca może nastąpić w różnym czasie i sile częściowy lub całkowity zanik adaptacji (dezadaptacja).

Podczas leczenia duże znaczenie ma też występowanie HABITUACJI, czyli PRZYZWYCZAJENIA (słabe bodźce o dużej częstotliwości). Habituacja jest zjawiskiem stale występującym w układzie nerwowym, w przypadku wielokrotnego występowania bodźca... Procesy HABITUACJI zachodzą u każdego człowieka w zakresie wszystkich zmysłów, chociaż nie zawsze uświadamiamy to np.:

- tykanie i bicie zegara,
- hałas regularnie przejeżdżającego tramwaju,
- stukanie kót pociągu.

Zastosowanie w kompleksowym leczeniu usprawniającym jednocześnie wielu tak zwanych łagodnych zabiegów o średniej, albo słabej sile bodźcowania, ale z licznymi, nawet drobnymi przerwami, będzie powodować wytworzenie się stałego stanu podwyższonej adaptacji, która mimo pozornie słabego bodźcowania będzie wymuszała na organizmie szereg intensywnych procesów regulacyjnych, w celu utrzymania homeostazy.

Bodziec wyzwala odpowiedź w zależności od zastosowanego czynnika z:

- fotoreceptorów (światłolecznictwo – okno optyczne skóry),
- mechanoreceptorów, baroreceptorów (masaż, ćwiczenia),
- dróg nerwowych (elektrolecznictwo, krio-terapia, pm),
- mikrokrążenia.

Sygnal odebrany przez poszczególne receptory ulega wzmocnieniu, a następnie przekazaniu do tkanek głębiej leżących. Odpowiedzią na te oddziaływanie czynników fizykalnych są fizykochemiczne reakcje i w konsekwencji wydzielanie naturalnych związków i substancji chemicznych, odpowiedzialnych, za procesy samoleczenia.

Skutki działania bodźców balneofizykalnych na ustrój:

Działanie miejscowe:

- przeciwbólowe,
- przeciwzapalne,
- przeciwbrzękowe,
- przekrwienne,
- niedokrwiennie,
- zwiększające lub zmniejszające napięcie mięśniowe.



Działanie ogólne:

- uruchomienie mechanizmów samoobrony,
- regulacja i uporządkowanie działania układów fizjologicznych:
  - a) krążenia i oddychania,
  - b) endokrynologicznego,
  - c) metabolicznego,
  - d) nerwowego układu autonomicznego,
- zwiększenie odporności swoistej,
- uzyskanie równowagi psychicznej.

## Odczyn miejscowy i ogólnoustrojowy

### Występowanie odczynu uzdrowiskowego:

Lecząc kompleksowo za pomocą wielu czynników fizykalnych musimy pamiętać o występowaniu tzw. odczynu zabiegowego (uzdrowiskowego), który związany jest z przestrojeniem organizmu i odpowiedzią na zastosowane kompleksowe bodźce. Część z moich kolegów opierając się na reakcjach pacjentów, którzy zgłaszają, że „dany zabieg mu zaszkodził” – wraz z pacjentem niepokoi się tym faktem, akceptując często przerwanie danego zabiegu czy kilku odpowiednio dobranych zabiegów. Jest to błędem, powoduje niezwykle złe dla pacjenta skutki, bo odstawiając leczenie fizykalne pozbawiamy go możliwości pobudzenia jego procesów samoregeneracji. Dlatego w takim przypadku warto poinformować pacjenta, że początkowe nasilenie dolegliwości jest normalnym procesem, należy to zgłosić terapeutycy, który powinien zmniejszyć dawkę terapeutyczną, ale nie odstawiać zabiegu.

Podczas zjawiska odczynu zabiegowego dochodzi do kilku faz tego odczynu:

- faza pierwsza: adaptacja – zazwyczaj od 3–4 dnia zabiegowego,
- faza druga: odczyn wczesny od 9–14 dnia leczenia,
- faza trzecia: etap poprawy klinicznej – odczyn późny – od 19–22 dnia leczenia.

Odczyn uzdrowiskowy (balneologiczny) – występuje o różnym natężeniu u wszystkich pacjentów w czasie kuracji uzdrowiskowej i jest następstwem bodźcowania organizmu wieloma zróżnicowanymi bodźcami. Intensywność odczynu zależna jest od:

- rodzaju i ilości stosowanych tworzyw leczniczych,
- natężenia bodźców klimatycznych,
- przebytych i toczących się procesów chorobowych,
- wydolności ogólnej,
- wieku pacjenta.

Odczyn uzdrowiskowy stanowi zespół objawów nieswoistych związanych z reaktywnością organizmu na zadane bodźce. Objawy swoiste i nieswoiste występują miejscowo i ogólnie o różnym natężeniu u wszystkich pacjentów w czasie kuracji uzdrowiskowej, u ok. 70 – 80 % chorych – w czasie pierwszego tygodnia leczenia.

Zdecydowana większość balneologów jest zdania, że odczyn uzdrowiskowy o umiarkowanej sile jest nieodzowny w procesie kompleksowego leczenia usprawniającego.

Objawy swoiste odczynu uzdrowiskowego – to zaostrzenie się procesu chorobowego lub wystąpienie utajonego procesu, który w skrajnych przypadkach może przebiegać pod postacią następujących objawów:

- wzrost temperatury,
- zmienność RR,
- wzrost leukocytów,
- wzrost OB,
- pogorszenie się prób wątrobowych,
- zmniejszenie wydolności ogólnej,
- zwiększenie napięcia mięśniowego.

### Kliniczny i subkliniczny odczyn uzdrowiskowy

#### – to objawy odczuwalne przez pacjentów:

- bóle stawów i mięśni,
- obrzęki,
- bóle głowy,
- uczucie znużenia i osłabienia,
- szybkie męczenie się,
- kołatania i kłucia w okolicy serca,
- brak łaknienia,
- wzdęcia,
- wzrost pragnienia,
- zmniejszona tolerancja na ciepło i zimno,
- wzmożona potliwość,
- niepokój,
- zaburzenia snu.

#### Fazy odczynu uzdrowiskowego:

Odczyn balneologiczny – występuje najczęściej ok. 2 – 3 dnia zabiegowego, osiąga najwyższe nasilenie ok. 7 dnia, następnie stopniowo zmniejsza się. Około 14 dnia pobytu jest już najczęściej słabo odczuwalny lub nie odczuwalny.

Możemy wyróżnić 3 fazy odczynu uzdrowiskowego:

- I faza pełnoobjawowa (trwająca przeciętnie tydzień),
- II faza przejściowa (trwająca też tydzień),
- III faza słabo objawowa (trwająca przez dalszy ciąg kuracji oraz w krótkim czasie po jej zakończeniu).

Rodzaje odczynu uzdrowiskowego:

- odczyn wygórowany – znaczny stopień zaburzeń układu krążeniowo – oddechowego oraz gwałtowne nasilenie objawów choroby podstawowej,
- odczyn wzmożony – przejściowe, krótkotrwałe wzrosty rr i tętna, okresowe duszności, bóle i kołatanie serca, zaostrzenie objawów choroby podstawowej,
- odczyn umiarkowany – przejściowe wahania rr i tętna, okresowe bóle mięśniowo – stawowe, osłabienie, senność,
- odczyn łagodny – uczucie zmęczenia bezpośrednio po zabiegach, zwiększone napięcie mięśniowe, wielomiejscowe zwiewne bóle,

- odczyn poronny – mniejsza tolerancja wysiłku, pocenie się, zwiększona diureza.

Przyjmuje się, że odczyn balneologiczny o umiarkowanym natężeniu jest korzystny, to odzwierciedlenie mobilizacji ustroju do zwalczania toczących się zmian chorobowych.

Wygórowany odczyn balneologiczny – jest wysoce niekorzystny, czasem niebezpieczny dla zdrowia i życia.

### Celem wyeliminowania wystąpienia wygórowanego i wzmożonego odczynu balneologicznego należy:

- Bezwzględnie przestrzegać wskazań i przeciwwskazań zabiegowych.
- Dawkować rodzaj i liczbę zabiegów leczniczych stosownie do ostrości toczącego się procesu chorobowego oraz wydolności ogólnej i wieku pacjenta.
- W okresie pierwszych 3–4 dni nie należy zlecać pełnej gamy zabiegów leczniczych.
- W okresie pierwszych 3–4 dni należy zalecać ograniczenie wysiłków fizycznych.
- Prowadzić wzmożoną obserwację chorych w pierwszym tygodniu leczenia.

Mimo powyższych niedogodności, które mogą pojawić się podczas leczenia fizykalnego, zwłaszcza kompleksowego, skutki oddziaływania bodźców balneofizykalnych na ustrój są w przeważającej części bardziej pozytywne niż negatywne. Te skutki to oprócz działania miejscowego, takiego jak przekrwienie, działanie przeciwzapalne i przeciwobrzękowe, przekrwienie lub niedokrwiennie, zwiększające lub zmniejszające napięcie mięśni, także działanie ogólne. Systematyczny trening pozwala na zachowanie rezerw zdrowotnych i mechanizmów samoobrony, ale także ma wpływ na regulację i uporządkowanie działania układów fizjologicznych:

- krążenia,
- oddychania,
- endokrynologicznego i metabolicznego,
- zwiększenie wydolności fizycznej i poprawę usprawniania ruchowego,
- zwiększenie odporności swoistej oraz
- uzyskanie równowagi psychicznej.

Dlatego też uważam, że warto wypróbować te sprawdzane metody leczenia. Polecam gorąco i zachęcam wszystkich moich kolegów lekarzy, aby stosowali je dla dobra naszych pacjentów. W kolejnych odcinkach postaram przybliżyć Państwu poszczególne metody fizykoterapeutyczne i mechanizmy ich oddziaływania na ustrój, zdradzę też zasady ich bezpiecznego dawkowania, a także przybliżę ich historię odkrycia, co jest z pewnością bardzo interesujące.

**Urszula Hura-Ruitenbach**  
Koordynator Oddziału  
Rehabilitacji Neurologicznej

# Bezpłatne badania profilaktyczne w kierunku raka piersi oraz szyjki macicy

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny zaprasza na badania mammograficzne oraz cytologiczne.

## Mammografia wykonywana nowym cyfrowym aparatem

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi około 23 proc. wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u Polek. Występuje częściej po menopauzie. Ryzyko wzrasta po 50 roku życia. Obserwacja częstości zachorowań w poszczególnych grupach wiekowych wykazała, że znaczący wzrost występował w przedziale wiekowym od 50 do 69 roku życia.

Najważniejszym czynnikiem w istotny sposób wpływającym na wyniki leczenia jest wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium rozwoju. Metodę w znacznym stopniu umożliwiającą rozpoznanie zmian patologicznych w utkaniu piersi stanowi mammografia. Jej czułość jest najwyższa, szacuje się, że dla kobiet po menopauzie wynosi ona 90-95 proc.. Randomizowane badania kliniczne wykazały, że w grupie kobiet w wieku 50-69 lat, które miały wykonywane badania mammograficzne co rok lub co 2 lata, nastąpiło zmniejszenie umieralności o 25-30 proc..

Na badanie mogą zgłaszać się pacjentki naszego regionu pomiędzy 50 a 69 rokiem życia, które w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miały przeprowadzonego tego typu badania finansowanego przez NFZ lub podczas szeszcioroecznego badania otrzymały zalecenie lekarza do ponowienia badania po upływie roku. Pacjentki mogą się rejestrować w Dziale Diagnostyki Obrazowej (II piętro), od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-15.00, tel. 089 5386 592.

Mammografia nadal pozostaje złotym standardem w diagnostyce raka piersi. Czułość samej mammografii zmniejsza się wraz ze wzrostem gęstości piersi. Liczba nowotworów niewykrytych w gęstej piersi osiąga 52-76 proc.. Przyczyny 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**



Nowoczesny cyfrowy mammograf bada już pacjentki

**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 mikrozwapnień.

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 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.

## Zapraszamy na badania cytologiczne

Z kolei rak szyjki macicy jest szóstym, co do częstości, nowotworem u kobiet w Polsce – stanowi 4,4 proc. nowotworów u kobiet. Rocznie ok. 1 730 kobiet umiera z tego powodu.





Badania przesiewowe w kierunku wykrywania raka szyjki macicy polegają na wykonywaniu badań cytologicznych wymazów z ujścia zewnętrznego kanału i z tarczy szyjki macicy. Skryning cytologiczny, ze względu na niski koszt i wysoką skuteczność, jest najpopularniejszą metodą badań przesiewowych. W wyniku przeprowadzenia badania cytologicznego można wykryć zmiany przedrakowe i raka we wczesnym okresie zaawansowania choroby. W przypadku stwierdzenia zmian o charakterze dysplastycznym należy w celu weryfikacji wstępnego rozpoznania wykonać badanie kolposkopowe z celowanym pobraniem wycinków do badania histopatologicznego.

Celem realizacji programu jest zmniejszenie wskaźnika umieralności kobiet na raka szyjki macicy do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej w szczególności poprzez wykrywanie stanów

przedrakowych oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i wprowadzenie na terenie całego kraju jednolitego modelu postępowania diagnostycznego.

Badanie mogą wykonać kobiety w wieku 25–59 lat, które nie miały badania cytologicznego w ciągu ostatnich 3 lat. Do udziału w programie nie jest wymagane skierowanie.

Badania cytologiczne są wykonywane podczas wizyty u ginekologa. Aby zarejestrować się tylko na badanie cytologiczne należy dzwonić na numer 89 53 86 222 w czwartki w godz. 13.00–13.30.

Więcej informacji na stronie internetowej: [wss.olsztyn.pl](http://wss.olsztyn.pl) w zakładce „Bezpłatne badania profilaktyczne” oraz [nfz-olsztyn.pl](http://nfz-olsztyn.pl).

*Przemysław Prais*

## Bezpłatne badania kolonoskopowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym

Zapraszamy do bezpłatnego skorzystania z możliwości wykonania badań dla wczesnego wykrycia raka jelita grubego, które odbywają się w Pracowni Endoskopowej. Program badań przesiewowych raka jelita grubego w latach 2019-2021 finansowany jest przez Ministerstwo Zdrowia w ramach „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych”.

### Opis Programu

Program polega na wykonywaniu kolonoskopii przesiewowych w populacji osób średniego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego. Identyfikacja kandydatów do badań odbywa się przez lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej lub poprzez samodzielne zgłoszenie się do ośrodka.

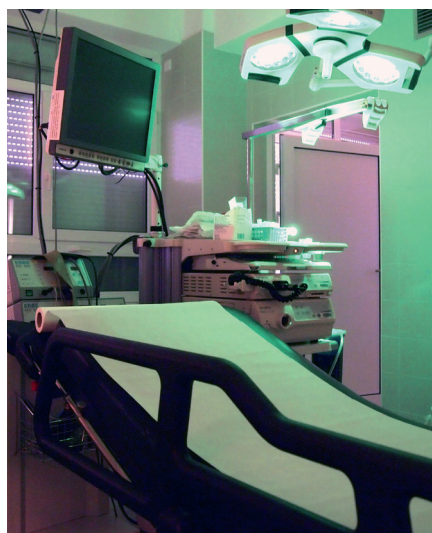
#### Do badań kwalifikują się:

- osoby w wieku 50–65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego,
- osoby w wieku 40–49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego,
- osoby w wieku 25–49 lat z rodziny z zespołem Lynch. W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny z zespołem Lynch z poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego. Członkowie takiej rodziny powinny mieć powtarzane kolonoskopie, co 2-3 lata, chyba, że badanie genetyczne wskaże, że u danej osoby nie ma mutacji genetycznych i że dana osoba może być zwolniona z wykonywania kontrolnych (nadzorczych) kolonoskopii,
- osoby w wieku 20-49 lat z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej

gruczolakowatej (FAP). W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny z FAP z poradni genetycznej. Niniejszy program finansuje tylko pierwsze badanie w tej grupie osób.

#### Kryteria wyłączenia:

- objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego,
- kolonoskopia w ostatnich 10 latach.



#### Główne cele Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych:

- zwiększenie odsetka raków wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania (A i B wg Dukes'a),
- zwiększenie odsetka wyleczenia (5-letnich przeżyć),
- obniżenie zachorowalności na raka jelita grubego,
- obniżenie umieralności na raka jelita grubego,
- obniżenie kosztów leczenia raka w skali kraju (dzięki leczeniu raków wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania i dzięki usuwaniu stanów przedrakowych – polipów).

Skierowaniem na badanie jest ankieta wypełniona przez osoby gotowe poddać się kolonoskopii.

Ankieta może być przesyłana pocztą oraz drogą elektroniczną e-mail: [kolonoskopia@wss.olsztyn.pl](mailto:kolonoskopia@wss.olsztyn.pl), lub osobiście przekazana do Pracowni Endoskopowej (budynek główny Szpitala V piętro – przy Oddziale Gastroenterologicznym) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, ul. Żołnierska 18.

W razie pytań i wątpliwości prosimy dzwonić tel. 89 538 62 04 od poniedziałku do piątku w godz. 7:30-14:30

Ankieta jest dostępna na stronie internetowej Szpitala Wojewódzkiego od adresu: <http://wss.olsztyn.pl/bezplatne-badania-profilaktyczne/profilaktyka-raka-jelita.html> lub w Pracowni Endoskopowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.



## Bezpieczne korzystanie ze stron internetowych

W przypadku stron internetowych nigdy nie mamy pewności, co do ich bezpieczeństwa. Wiele zagrożeń może być ukrytych głęboko w kodzie strony, przez co są one zwyczajnie niewidoczne na pierwszy rzut oka. Możemy jednak podjąć pewne działania zapobiegawcze.

Po co stosować bezpieczne hasła i chronić je przed ujawnieniem?

Hasła stosowane są w celu ochrony przed nieautoryzowanym dostępem do miejsc (na przykład medycznych baz danych), w których są przetwarzane kluczowe informacje. Zawsze istnieje ryzyko włamania do systemu i wycieku danych, ale odpowiednio zbudowane hasła do systemu oraz dodatkowe środki bezpieczeństwa minimalizują to ryzyko.

Znane są także włamania do systemów, wskutek których wyciekły dane uwierzytelniające użytkowników. Przykładowe informacje o włamaniach z ostatnich lat:

- Uber ujawnił informacje, że zapałcił okup atakującym, który wykradł dane 57 milionów użytkowników;
- Doszło do nieautoryzowanego dostępu do baz danych PKW, wykradzono hasła i dokumenty z GPW;
- Wyciekło 7 milionów haseł do serwisu Dropbox;
- Opublikowano 450 000 haseł użytkowników Yahoo.

Niebezpieczeństwa, jakie może nieść wyciek haseł do danego systemu, to m.in. możliwość uzyskania nieautoryzowanego dostępu do naszego systemu, w tym na przykład możliwość dokonania nieautoryzowanej zmiany w dokumentacji medycznej – co może nieść duże zagrożenie dla zdrowia i życia naszych pacjentów, nieautoryzowany dostęp może również skutkować kradzieżą danych – co również wiąże się z możliwością wystąpienia wielu negatywnych skutków – wyobraźmy sobie, że włamywacz udostępni bazę pacjentów zarażonych WZW. typu c, czy też wirusem HIV.

Bezpieczne hasło i przestrzeganie bezpiecznych zasad korzystania z niego, to kolejny podstawowy element w trosce o bezpieczeństwo. Hasła bronią dostępu do naszych danych systemów, czyli wszędzie tam gdzie gromadzimy istotne i cenne informacje!

Stosuj hasło składające się z:

- kombinacji liter,
- znaków specjalnych
- cyfr.

Hasło, którego używasz powinno być **unikalne**, dlatego bądź kreatywna/kreatywny.

W top 10 światowych haseł są takie hasła jak: 12345678, qwerty, password.

Nie stosuj hasła, które łatwo można z Tobą powiązać (np. Twoje imię i nazwisko z dodatkową cyfrą, imię Twojego psa, Twój ulubiony zespół muzyczny, imię Twojej żony/ imię Twojego męża itp.). Zawsze istnieje szansa, że atakujący, choć trochę zna swoją ofiarę, czyli Ciebie, dlatego stosowanie haseł kojarzących się z nami nie jest dobrym pomysłem. Haker zawsze może postąpić się atakiem socjotechnicznym.

Ulubione piosenki, ulubione cytaty, imiona osób bliskich, pewne nawyki, imię Twojego zwierzęcia – wszystko to może być wykorzystane przeciwko Tobie. Tak, samo jak dobrze zbudowane hasło jest ważną jego ochroną, dlatego kieruj się poniższymi zasadami:

- Nie zapisuj swojego hasła na karteczkach, w notatniku, na urządzeniu.
- Nigdy **nie podawaj osobom postronnym swojego hasła, w tym również współpracownikom**. Pamiętaj, że administrator NIGDY nie prosi Cię o potwierdzenie Twojego hasła w e-mailach, smsach czy w trakcie rozmów telefonicznych. W szczególności nigdy nie zażąda od nas podania hasła do konta – **hasło jest znane tylko i wyłącznie nam**.
- Wpisując hasło sprawdzaj, czy nikt nie stoi za Twoimi plecami albo nie nagrywa tego co robisz.
- Stosuj różne hasła do różnych kont, ponieważ atak i wyciek danych z systemu zawsze jest możliwy. Jeżeli nastąpi taki wyciek lub ktoś pozna Twoje hasło, będziesz musiał/musiała zmienić hasło we wszystkich systemach, dlatego, jeśli masz problem z zapamiętywaniem, stwórz bazowy ciąg, do którego będziesz dodawać różne wersje znaków, słów.

Niestety, w przypadku stron internetowych nigdy nie mamy pewności, co do ich bezpieczeństwa. Wiele zagrożeń może być ukrytych głęboko w kodzie strony, przez co są one zwyczajnie niewidoczne na pierwszy rzut oka. Możemy jednak podjąć pewne działania zapobiegawcze.

Jednym ze sposobów zweryfikowania zabezpieczeń jest tzw. Certyfikat SSL. Technologia Secure Sockets Layer (SSL) zapewnia bezpieczne przesyłanie informacji między komputerem, a serwerem. Realizowane jest to przez zaawansowane szyfrowanie danych. Dzięki temu wszystkie hasła i dane prywatne są poufne. Ponadto SSL gwarantuje integralność informacji. Oznacza to, że nie zostaną one zmienione w trakcie przesyłania. W praktyce oznacza to tyle, że strona (a właściwie serwer) nie może uzyskać Twoich danych, takich jak: numer karty, hasło, login, numer konta, dane dotyczące

Twojego komputera, czy karty sieciowej a także strona nie może sfałszować Twoich danych.

Jak zweryfikować czy strona posiada aktualny certyfikat SSL.

1. Po wejściu na stronę zweryfikuj, czy w pasku adresu widoczna jest kłódka symbolizująca bezpieczne połączenie.
2. Zwróć uwagę, czy w pasku adresu strony znajduje się przedrostek **https://**
3. W przypadku braku certyfikatu SSL, w pasku adresu będzie znajdowała się przekreślona kłódka.
4. Po kliknięciu lewym przyciskiem myszy na ikonę kłódki pojawi nam się informacja, że połączenie jest bezpieczne/lub nie oraz dane certyfikatu.

Podstawowe zasady bezpieczeństwa stron www.

- O każdej nieprawidłowości użytkownika Internetu należy powiadomić administratora systemów informatycznych.
- O zakresie dostępu do stron internetowych decyduje administrator systemów informatycznych.
- Nie należy w opcjach przeglądarki włączyć autouzupełniania formularzy oraz zapamiętywania haseł.
- Strony uznane za niebezpieczne są blokowane.

Sam certyfikat SSL nie jest jedyną możliwością wstępnego zweryfikowania bezpieczeństwa strony internetowej. Innym sposobem jest zwyczajnie przeanalizowanie adresu danej witryny.

Jeżeli adres wydaje się podejrzany, to w takim przypadku najlepiej w ogóle nie otwierać strony, do której on prowadzi.

W szczególności należy uważać na tzw. skrócone adresy URL, gdyż w tym przypadku najczęściej nie wiadomo dokąd one prowadzą.

Skracanie adresów to wygodna metoda wklejenia adresu (np. w wiadomości e-mail) bez konieczności używania dużej ilości znaków (przykładem są adresy wyników wyszukiwania Google, które są bardzo długie i zaburzają czytelność przesyłanej wiadomości e-mail). W związku z powyższym stosuje się skracanie adresów do kilkunastu znaków.

Przykładowe skrócone adresy do stron www mogą wyglądać następująco:

- <https://bit.ly/33DbYGa>
- [Shorturl.at/EHLTO](http://Shorturl.at/EHLTO)
- <http://tiny.cc/iizrlz>
- <https://cutt.ly/vtmFRT>

**Radostaw Kowalski**

*Pełnomocnik ds. cyberbezpieczeństwa WSS w Olsztynie*

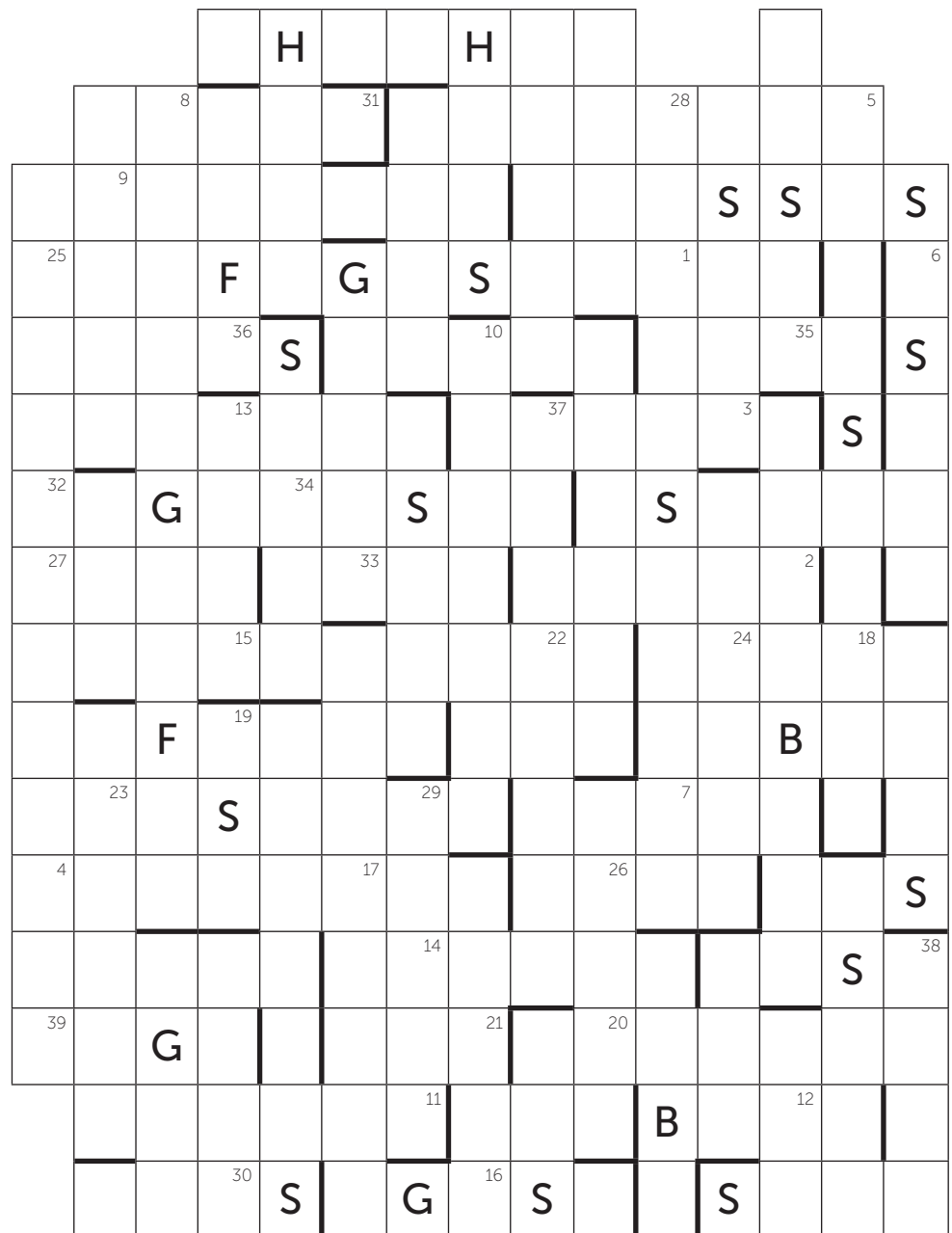


# 69 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 78 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, F, G, H i S. Na ponumerowanych polach ukryto 39 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Johna Maxwella. Rozwiązania należy dostarczać do Kancelarii Szpitala, podając miejsce pracy..

**Jerzy Badowski**

- endoskopia przetyku
- matka Izaaka
- ostatnia twierdza Krzyżowców
- imię Klossa
- piękny i unikalny u Kleopatry
- założyciel Krakowa
- psie toże
- miasto w Prowansji, 5-te we Francji
- najpopularniejsze badanie serca
- imię Santor
- na Syberii trwa 9 miesięcy
- twarożek sojowy
- mieszkanka Moskwy i Wołgogradu
- substancja żelująca z galaktozą
- ugrupowanie Krzaklewskiego
- np. ja, mój, tam
- utworzona przez Nidę z Działdówką
- wymarły nietop nowozelandzki
- kwas rybonukleinowy
- łośność pacyficzny
- mazak
- ind.-perski chordofofon
- ischias
- miś z Yellowstone
- pono nasi w nie biją
- tybetański wołowaty
- stomiany w Bronowicach
- partnerka Geigy
- drobny fragment filmu
- równouprawnienie
- zwiewny szal
- gryzoń laboratoryjny
- zabawne zdarzenie
- żona i modelka Rembrandta
- drżąca topola
- odbił Klitajmestrę Agamemnonowi
- w trójcy z czosnkiem i cebulą
- skalista podpora
- grecki Mars
- tekst poboczny dramatu
- święty papież (366-384)
- chwyt lub manewr ręką
- element skrzydła okiennego
- miasto w widłach Saony i Rodanu
- główna nagroda filmowa
- definicja, analiza
- między osmem a renem
- atakowane przez Don Kichota
- obrazy z cerkwi
- siwe konie
- zapas, pazucha
- kręci się w oku
- majtki
- japońskie bóstwo płodności
- popularne randkowe
- pojedynkują się w westernach
- chthonny pachowy
- dzielny wojownik lub barwny motyl
- mchy lub wątrobowce
- rzymska Afrodyta
- mąż wdowy po JFK
- natury, ojczyzny lub Abrahama
- główny amerykański tygodnik spot.-polityczny



- wykład, elaborat
- imię następcy Nasera
- ratowniczkę Charliego
- zmieszany z nordykiem daje typ subnordyczny
- obóz przed szczytem
- smakołyk
- opis dzieł plastycznych
- najdłuższy dopływ Donu
- saturnizm
- góra z Arką Noego
- koniec, horyzont
- antylopa górską lub grzywiastą
- pra-Estończyk
- lato bez szkoły
- Digitalis

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

Rozwiązanie krzyżówki nr 68 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 69): „Pomagaj sobie, a niebo dopomoże tobie”. Nagrodę otrzymuje Mariola Oklińska z Zakładu Medycyny Nuklearnej. Gratulujemy. Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.

