



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

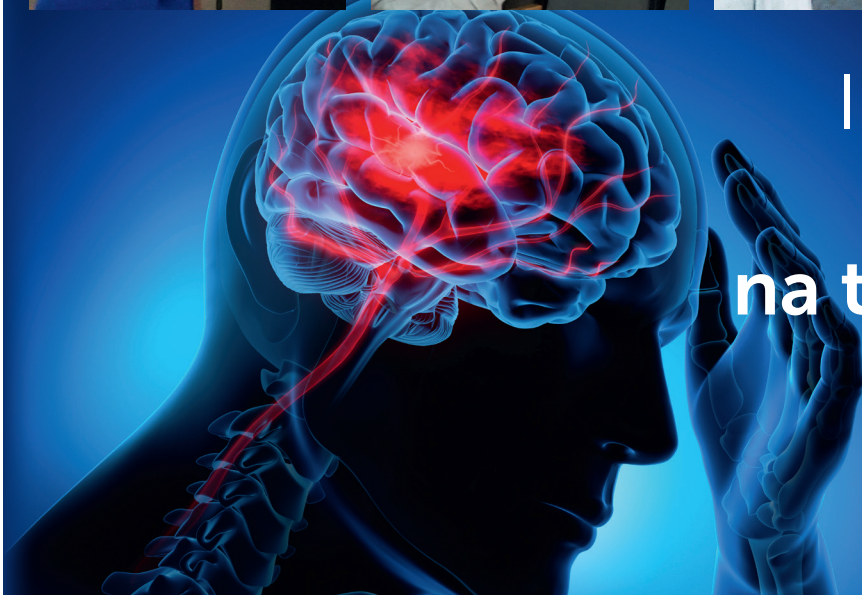
PULS SZPITALA

NR 78

styczeń-marzec 2023

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162



Interesujących
spotkań
na temat udarów
nigdy dość
– s. 4



Pomagamy dzieciom
z Angoli – s. 22



Rugby po 15:05
– s. 24

PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie

Redaktor naczelny

Przemysław Prais

Redakcja

Alicja Biernacka
Magdalena Rubczewska

Wsparcie graficzne

Elżbieta Wojciechowska

Stała współpraca

Jerzy Badowski
Hanna Taraszkiewicz
Beata Jastrzębowska
Radostaw Kowalski
Beata Kiernożek

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. 22 404 72 60
www.ccp.com.pl

Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmiany tytułów.

Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności za treść
nadsyłanych publikacji.

- 3 Kształtujemy przyszłość naszego szpitala – to wyzwanie, odpowiedzialność i zobowiązanie
- 3 Późna na medal pracuje w naszym Szpitalu!
- 4 Interesujących spotkań na temat udarów nigdy dość
- 10 Przegląd zarządzania w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym
- 11 Są pieniądze na nowoczesny aparat dla kardiologów
- 12 Digitalizacja archiwum. Dostęp do dokumentacji medycznej stał się łatwiejszy
- 15 Jak najskuteczniej rehabilitować pacjentów z ciężkimi urazami
- 17 Wyższa jakość wyżywienia przygotowywanego dla pacjentów
- 19 Pani do zadań specjalnych – rozmowy, śpiewania, jedzenia
- 22 Pomagamy dzieciom z Angoli
- 24 Rugby po 15:05
- 27 Jolka Szpitalna



Kształtujemy przyszłość naszego szpitala

– to wyzwanie, odpowiedzialność i zobowiązanie

Moi Kochani, nasz szpital czeka kolejny etap rozwoju, już wkrótce rozpoczniemy budowę nowego budynku na potrzeby Centrum Urazowego, w którym będzie zlokalizowany Szpitalny Kliniczny Oddział Ratunkowy, Oddział Ortopedii i 10-cio stanowiskowy Oddział Intensywnej Terapii. Projekt realizowany będzie przy udziale środków finansowych pochodzących z Rządowego Funduszu Nowy Ład. Dzięki tej inwestycji zyskamy ok. 4000m² powierzchni oddziałów, co pozwoli na poprawę warunków leczenia pacjentów i poprawę warunków pracy personelu.

Trudnym wyzwaniem będzie realizacja Ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej. Strukturę sieci będą tworzyć Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego I, II i III poziomu zabezpieczenia opieki onkologicznej wraz z Centrami Kompetencji i Ośrodkami Satelitarnymi oraz Ośrodkami Kooperacyjnymi. Tylko podmioty lecznicze wchodzące w skład wspomnianej sieci będą uprawnione do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki onkologicznej. Kwalifikacja na poszczególne poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej Krajowej Sieci Onkologicznej będzie oparta na kryteriach, które uwzględniają liczbę i kwalifikacje personelu medycznego, liczbę wykonywanych procedur onkologicznych oraz potencjał diagnostyczno-terapeutyczny, zapewniający odpowiednią jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń onkologicznych.

Równie istotną kwestią będzie zdefiniowanie i zaplanowanie docelowej struktury organizacyjnej naszego szpitala, rozszerzonej o nowe świadczenia zdrowotne uzupełniające potrzeby diagnostyczno-terapeutyczne

leczonych pacjentów, zwłaszcza wymagających leczenia interdyscyplinarnego przez zespoły specjalistów.

Reasumując, można powiedzieć, że kształtujemy przyszłość naszego szpitala, ale wspólna wizja i cele nie wystarczą, musimy budować jasne zasady współpracy i atmosferę twórczego działania, żeby osiągnąć planowaną synergię współpracy. Stale powinniśmy poprawiać sprawność organizacyjną swoich miejsc pracy i reagować na wszelkie przejawy obojętności.

Pamiętajmy, że praca w szpitalu takim jak nasz to nie tylko wyzwanie dla najlepszych specjalistów z różnych dziedzin, to także odpowiedzialność i zobowiązanie. Wymaga pełnego zaangażowania i profesjonalnego podejścia, a nie rzadko poświęcenia. Największym wkładem w rozwój szpitala jest wysiłek wszystkich Pracowników, sumienne i uczciwe wykonywanie obowiązków oraz kreatywność i zaangażowanie. Wspólnym elementem jest etyka zawodowa, która wymaga w szczególności życzliwości i wzajemnego szacunku.



Dyrektor Irena Kierzkowska

Położna na medal pracuje w naszym Szpitalu!

Mariola Tanajewska z Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie zdobyła tytuł położnej na medal z województwa warmińsko-mazurskiego w 9. edycji konkursu Położna na medal.

- Ogoralnie się cieszę z tego zaszczytnego wyróżnienia dla koleżanki z naszego oddziału – mówi Beata Dotzycka, pielęgniarka oddziałowa Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka. – Swoją codzienną pracę wykonuje z zaangażowaniem i pasją, opiekując się noworodkami i ich mamami.

Mariola Tanajewska w zawodzie pracuje od 10 lat. Przez trzy lata pracowała w środowisku pomagając w przygotowaniu do porodu i wspierając na wizytach patronażowych. Jest certyfikowaną doradczynią laktacyjną.

Swoją dzień zaczyna od kawy i czytanie ze swoją córeczką, a wymarzony cel turystycznej eskapady to USA.

Przemysław Prais

[...] wyróżnienie to znak, że to co robisz jest ważne i docenione przez kobiety, którym towarzyszyłam na początku macierzyństwa.



Mariola Tanajewska
najlepsza położna w woj. warmińsko-mazurskim






Interesujących spotkań na temat udarów nigdy dość



W dniu 16 marca odbyło się szkolenie dotyczące systemu udarowego dla udaru niedokrwinnego mózgu realizowanego w naszym szpitalu. Trochę niezauważone w natłoku wielu innych szkoleń przeprowadzanych w okresie przygotowań do akredytacji a pośrednio też z powodu niewielkiej reklamy. Ponieważ wg opinii uczestniczących w nim osób temat jest ważki i warty rozpropagowania postanowiliśmy streścić czytelnikom przebieg szkolenia.

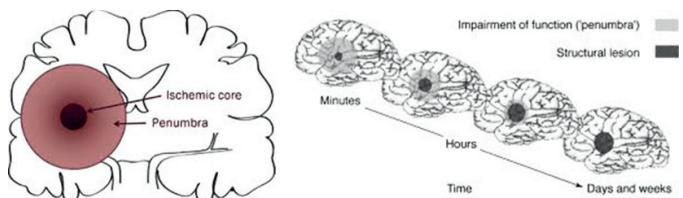
Rozpoczęliśmy przypomnieniem problematyki udaru i historii rozwoju metod leczenia. Większość przypadków udaru to udary niedokrwienne mózgu spowodowane zamknięciem skrzepliny tętnic do- i wewnątrzmożgowych. W ciągu ostatnich kilkadziesiąt lat opracowano metody udrożnienia zatkanych tętnic. Dokonuje się to dzięki albo rozpuszczeniu skrzepu za pomocą rt-PA (rekombinowany aktywator plazminogenu), czyli leczeniu trombolitycznemu lub za pomocą trombektomii mechanicznej, mechanicznemu usunięciu skrzepliny; czasami stosuje się obie te metody. Jest to leczenie swoiste udaru niedokrwiennego – usuwa przyczynę udaru, gamę dopełnia leczenie w oddziale udarowym.

Leczenie swoiste udaru niedokrwiennego mózgu	
Oddziały udarowe	NNT* 22-25
Leczenie trombolityczne za pomocą rt-PA	NNT 4,4-14
Trombektomia mechaniczna	NNT 3,2-7,5

* NNT – liczba chorych, których trzeba leczyć, aby osiągnąć pożądany efekt – dobrą sprawność chorego

W naszym Szpitalu oddział udarowy funkcjonuje od ponad dwudziestu lat, leczenie trombolityczne stosujemy od 2005 roku, a od 2016 roku wykonujemy trombektomię mechaniczną. Od dwóch lat, jako jeden z dwóch ośrodków w województwie (praktycznie jedyne aktywne), a osiemnastu w kraju, uczestniczymy w programie pilotażowym Ministerstwa Zdrowia trombektomii mechanicznych.

Postępowanie z pacjentami z objawami udaru niedokrwiennego mózgu narzuca zasada „czas to mózg”. Ognisko niedokrwienia składa się z dwu stref. W wewnętrznej zwanej rdzeniem dochodzi do szybkiej, prawie całkowitej martwicy. W zewnętrznej, zwanej strefą półcienia, penumbra, martwica przebiega dużo wolniej dzięki krążeniu obocznemu. Jeśli doprowadzimy do odblokowania zatkanej tętnicy, czyli jej rekanalizacji, penumbra przeżyje na drodze reperfuzji. Im szybciej to nastąpi tym więcej uda się uratować, a chory odzyska większą sprawność.



	Utrata neuronów	Utrata włókien	Starzenie
1 udar	1,2 mld	7140 km	36 lat
1 godzina	120 mln	714 km	3,6 roku
1 minuta	1,9 mln	12 km	3,1 tygodnia
1 sekunda	32 tys.	200 m	8,7 godziny

Z tego powodu przed laty wymyślono pojęcie „złotej godziny”, czyli czasu od przybycia chorego do szpitala do wdrożenia leczenia trombolitycznego. Jednak z biegiem czasu zaczęto wdrażać działania mające maksymalnie skrócić ten czas a promowanym stał się tak zwany model helsiński. Dzięki temu można zwiększyć liczbę pacjentów poddanych leczeniu reperfuzyjnemu, bo głównym ograniczeniem jest okno terapeutyczne, czyli czas od wystąpienia udaru niedokrwiennego do wdrożenia leczenia określone na 4,5 godziny dla rt-PA oraz 6 godzin dla trombektomii. W ciągu ostatnich kilku lat ustalono wytyczne pozwalające na leczenie pacjentów z udarem niedokrwiennym o nieznanym czasie zachorowania – po obudzeniu ze snu, oraz rozszerzenie okna terapeutycznego. Warunkiem jest posiadanie odpowiedniej aparatury diagnostycznej oraz oprogramowania obrazującego ognisko udarowe. Czas potrzebny do wykonania poszczególnych procedur u pacjenta z udarem niedokrwiennym mózgu jest wskaźnikiem jakości systemu udarowego monitorowanym zarówno przez NFZ, jak i Ministerstwo Zdrowia. Rozważany jest pomysł, aby finansowanie oddziałów udarowych

było uzależnione od takich parametrów jak Door-to-Needle (czas od przybycia do szpitala do leczenia trombolitycznego), Door-to-CT (czas od przybycia do wykonania badania neuroobrazującego), Door-to-Puncture (czas od przybycia do trombektomii mechanicznej).

Skrócenie czasu do wdrożenia reperfuzyjnego ma oprócz poprawy rokowania dla Pacjenta również wymiar ekonomiczny. Skracają się czas pobytu chorego na SKOR i w oddziale udarowym, co oznacza mniejsze obciążenie pracą dla personelu i poprawę rentowności.

Po wprowadzeniu dr n. med. Rakesh Jalali przedstawił zasady postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru niedokrwiennego mózgu. Przypomnień o historii tworzenia systemu udarowego w naszym województwie i w naszym szpitalu. Z inicjatywy konsultantów wojewódzkich do spraw neurologii, radiologii i medycyny ratunkowej w 2016 r. odbyła się pierwsza konferencja „Czas to Mózg” na której określiliśmy zasady tworzenia systemu udarowego, wzorując się na rozwiązaniach zachodnich centrów udarowych. Powstał dokument nazwany przez nas Kartą RZM, zawierający zasady postępowania na etapie Zespołów Ratownictwa Medycznego. W celu akceptacji wystąpił do Ministerstwa Zdrowia przepadł i słuch po nim zaginął. Jednak rok później MZ wydało bliźniaczo podobny dokument „Dobre praktyki postępowania Dyspozytorów Medycznych i Zespołów Ratownictwa Medycznego z Pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu”. Przypadek?

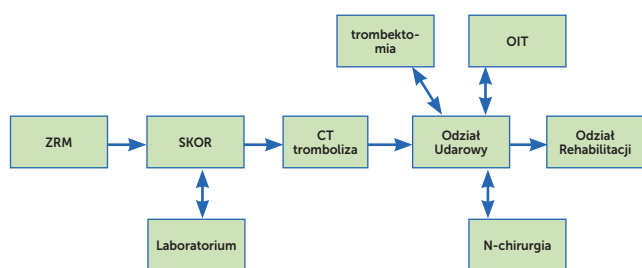
W naszym szpitalu zdecydowaliśmy się na wdrożenie modelu helsińskiego, który powstał w fińskim ośrodku uniwersyteckim. Przeanalizowano tam wszystkie procedury pod kątem skrócenia czasu potrzebnego do zastosowania leczenia przyczynowego w udarze niedokrwiennym mózgu. Nie wszystkie składowe mogliśmy zaadaptować do naszych warunków, na przykład wynikające z norm prawnych czy przeszkód architektonicznych w szpitalu. Ale te wdrożone u nas spowodowały skrócenie czasu pobytu pacjenta z udarem na SKOR o ponad połowę. Szczególnie pomocne okazało się wprowadzenie „komórki udarowej”, telefonu umożliwiającego prenotyfikację chorego, ustalenie priorytetu udarowego do badań laboratoryjnych oraz CT i MR, umożliwienia leczenia trombolitycznego już w Pracowni CT.

Adaptacja modelu helsińskiego w WSS

Metoda	Realizacja	WSS
Zaangażowanie ZRM	Edukacja, nadanie priorytetu dla udaru mózgu	OK
Prenotyfikacja ZRM	Bezpośredni kontakt z oddziałem udarowym – telefon udarowy	OK
Prenotyfikacja CT i Laboratorium	Wcześniejsze opróżnienie pracowni CT, priorytet w badaniach laboratoryjnych	OK
Skrócenie oceny CT	Interpretacja ustna obrazu CT przez radiologa	OK
Wcześniejsze przygotowanie rt-PA	Wyselekcjonowani wcześniej „pewni kandydaci” do leczenia trombolitycznego	
Rozpoczęcie leczenia w Pracowni CT	Podanie rt-PA na stole CT	OK
Pracownia CT w obrębie SOR	Skrócenie czasu transportu	
Priorytet CT	Transfer chorego do Pracowni CT realizowany przez ZRM	
Szybkie badanie neurologiczne	Badanie na noszach ZRM	OK
Pogłębienie wywiadu	Pozyskiwanie danych z baz elektronicznych szpitala, telefoniczna rozmowa z rodziną chorego lub świadkami zdarzenia w trakcie transportu do szpitala	OK
Pomiar INR	W SOR, tylko dla uzasadnionych przypadków	
Pierwszeństwo CT	Badanie CT z wyboru, inne tylko w przypadkach wątpliwych	OK

Obecnie postępowanie z pacjentem w ramach SKOR wygląda następująco: neurolog czeka na SKOR na przyjazd ZRM, wcześniej zapowiedziany dzięki komórce udarowej. Po badaniu neurologicznym w holu SKOR, rozmowie z członkami ZRM, przejrzeniu przywiezionej dokumentacji medycznej i przyjmowanych leków dokonuje się kwalifikacji do ewentualnego leczenia reperfuzyjnego. Wdraża się tak zwaną ścieżkę udarową. Pacjent jest przewożony do sali R z dedykowanym ratownikiem/pielęgniarką i przekładany na łóżko szpitalne. Tu pobiera się krew do badań w Laboratorium szpitalnym (z priorytetową naklejką „Udar”), na grupę krwi do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej oraz do analizatora RKZ w SKOR. Pacjent jest podłączany do monitora z pomiarem RR. Jednocześnie jest powiadamiana Pracownia TK. Jeśli nie powoduje to opóźnień w transporcie na TK wykonywane jest EKG, cewnikowanie pęcherza moczowego, przebieganie chorego. Następnie pacjent w asyście ratownika i neurologa jest przewożony na badanie TK. Ten etap zajmuje obecnie kilkanaście minut. W Pracowni TK wykonuje się zazwyczaj kilka sekwencji badań. W pierwszej, czyli badaniu TK bez kontrastu, wyklucza się inne niż niedokrwienne przyczyny udaru. Badanie zatrzymuje się na kilka minut i rozpoczyna leczenie trombolityczne, podając bolus leku, a następnie podłączając pompę infuzyjną z resztą leku. Kolejne sekwencje, o ile to potrzebne, są wykonywane z użyciem programu Brainomix uwidaczniającego obszar rdzenia niedokrwienia i penumbry, a także ewentualnie niedrożność dużego naczynia, jak na przykład tętnicy szyjnej wewnętrznej, tętnicy środkowej mózgu, czy tętnicy podstawnej będącej podstawą do wykonania trombektomii mechanicznej. U pacjentów, u których objawy uwidoczniły się po obudzeniu, czasami wykorzystujemy badanie MR zamiast TK.

Czas od przyjazdu chorego do szpitala do podania leczenia trombolitycznego oscyluje wokół 20-25 minut. Następnie pacjent przewożony jest do Oddziału Udarowego. Tu ocenia się skuteczność leczenia. Jeśli potwierdzono niedrożność dużego naczynia i brak jest poprawy klinicznej, bądź niedrożność jest rozległa i nie rokuje rekanalizacji po leczeniu trombolitycznym, to rozpoczyna się przygotowanie do trombektomii mechanicznej. Jak widać na poziomie SKOR zaangażowanych jest wiele osób, ratownicy, pielęgniarki, lekarze, dyspozytorzy, pracownicy pomocniczy. Koordynacja ich działań przynosi pożądany efekt.



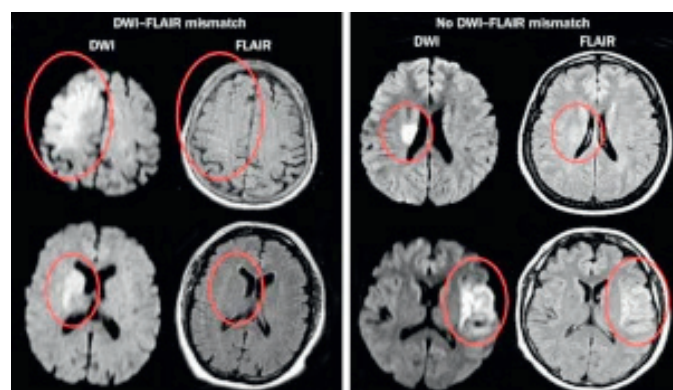
Następnym prelegentem była pani mgr Ewa Niklewska reprezentująca Medyczne Laboratorium Diagnostyczne. Zapoznała zebranych z zasadami wykonywania badań laboratoryjnych. Zwróciła uwagę na konieczność szybkiego zlecenia elektronicznego badań. Probki krwi w probówkach oznakowanych UDAR/SOR są traktowane priorytetowo, jako pierwsze trafiają do analizatora i bezpośrednio po wykonaniu wyniki są zamieszczane w Laboratoryjnym serwisie internetowym – Lab2k oraz w AMMS. Ciekawą nowością jest zapowiedź określenia aktywności nowych leków przeciwkrzepliwych, NOACs. Grupa chorych przyjmujących NOACs nie może być leczona trombolitycznie, a czasem nie wiadomo, czy chory z udarem przyjmował zalecane leki przeciwkrzepliwie.

W kolejnym wystąpieniu dr n. med. Grzegorz Datek omówił wskazania i przeciwwskazania do leczenia trombolitycznego oraz opowiedział o naszej współpracy z Inicjatywą Angels. W ciągu ostatnich kilku lat pojawiły się nowe wytyczne dotyczące stosowania leczenia trombolitycznego w szczególnych przypadkach, np. w ciąży i połogu, współistnieniem zawału mięśnia serca STEMI i NSTEMI czy u chorych z tętniakiem aorty. Wytyczne poszerzają krąg możliwych beneficjentów leczenia trombolitycznego.



Najważniejszą zmianą jest jednak możliwość leczenia trombolitycznego w przypadkach nieznanego czasu zachorowania oraz poza dotychczasowym 4,5 h oknem czasowym:

1. Udary mózgu po obudzeniu, tzw. wake-up stroke, zachorowania w trakcie snu. W takich przypadkach wykorzystuje się obrazowanie MR lub TK. Dokładniejszą metodą jest wykorzystanie badania MR, w którym można uwidocznic zarówno bardzo świeże zmiany niedokrwienne (tzw. restrykcja dyfuzji w sekwencji DWI), jak i takie, które uwidaczniają się po kilku godzinach (sekwencja FLAIR). Jeżeli więc widzimy zmiany w DWI, a nie ma jeszcze wyraźnych zmian we FLAIR, to taki przypadek kwalifikuje się do leczenia trombolitycznego. Metoda ma swoje ograniczenia, zgodnie z wytycznymi dotyczy chorych do 80 r.ż., badania MR nie można wykonywać u osób ze stymulatorami serca, wszczepami metalicznymi itp. U takich pacjentów wykorzystujemy badanie TK głowy analizowane programem Brainomix, które uwidacznia i mierzy objętość rdzenia niedokrwienia i obszaru penumbry. Po spełnieniu warunków wielkości obszarów – rdzeń niedokrwienia mniejszy niż 70 ml, penumbra większa o 10 ml niż rdzeń i stosunek penumbry do rdzenia większy niż 1,2 można zastosować leczenie trombolityczne i to w rozszerzonym oknie – w ciągu dziewięciu godzin od wyliczonego środka snu!
2. Udary o znanym czasie zachorowania w oknie czasowym 4,5-9 godzin. Tu również wykorzystujemy program Brainomix z takimi samymi kryteriami wolumetrycznymi.



Po lewej obraz świeżego udaru – bez zmian we FLAIR kwalifikujący do leczenia trombolitycznego

Jak widać wskazania do leczenia trombolitycznego poszerzają się, co pozwala objąć nim większą grupę chorych. Dzięki dopracowaniu zasad postępowania w SKOR i Oddziale Udarowym oraz Dziale Radiologii 23% udarów jest u nas poddawanych leczeniu rt-PA. Dzięki tak dobrym wynikom otrzymaliśmy Złotą Nagrodę Europejskiej Organizacji Leczenia Udarów Mózgu Angels Awards.



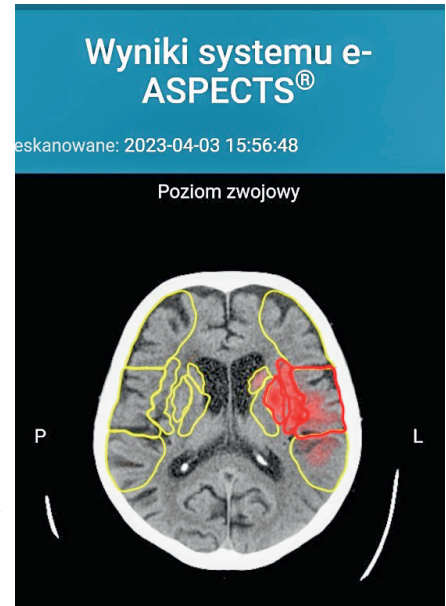
Krew pobrana, dwa wkłucia założone, RR w normie, możemy jechać na TK

Inicjatywa Angels działająca w ramach ESO – European Stroke Organisation prowadzi ośrodki szkoleniowe dla osób zaangażowanych w leczenie udaru mózgu, organizuje kampanie informacyjne dla społeczeństwa oraz nadzoruje jakość leczenia w ośrodkach udarowych. Podobnie jak w przypadku MZ i NFZ kryteriami jakości są przede wszystkim czasy poszczególnych etapów diagnostyki i leczenia. Do oceny jakości ośrodków wykorzystywane są również symulacje udarowe i możemy pochwalić się, że przeprowadzona u nas symulacja została materiałem szkoleniowym Inicjatywy Angels w Polsce. Na bazie symulacji stworzyliśmy również komiks, który uczy bawiąc. Złota odznaka Angels bardzo nas cieszy, bo znaleźliśmy się w gronie najlepszych ośrodków w Polsce, ale chcemy więcej – przed nami Nagroda Diamentowa a potem, kto wie, certyfikat udarowy ESO?

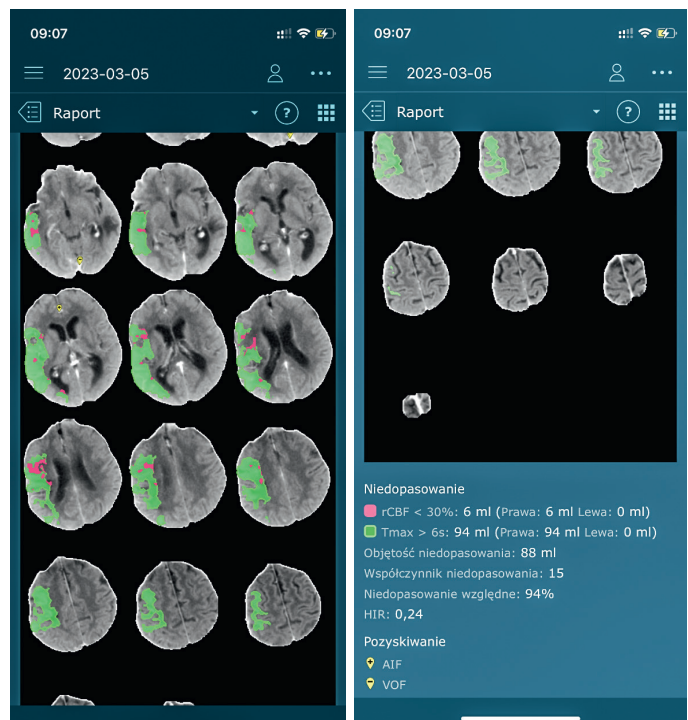
Wykład dr. n. med. Grzegorza Wasilewskiego, kierownika Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, był poświęcony metodom obrazowania udaru niedokrwiennego mózgu oraz leczeniu wewnątrzczaszkowemu. Nasz Szpital, jako jedyny w województwie dysponuje całodobowym dostępem do badania rezonansu magnetycznego. Pozwala to na leczenie wg wspomnianej wyżej procedury Wake-up udarów o nieznanym czasie



zachorowania (po obudzeniu). Dodatkowo ułatwia diagnozowanie i kwalifikacje do leczenia reperfuzyjnego udarów o nietypowym obrazie klinicznym i w lokalizacjach, gdzie badanie TK bywa mało dokładne. Opracowana przed kilkoma laty procedura opcji udarowej, ograniczonej do niezbędnych sekwencji DWI, FLAIR, SWI skróciła badanie MR do około 10 minut, co sprzyja zasadzie „czas to mózg”. Tomograf komputerowy jest wyposażony w oprogramowanie Brainomix pozyskane dzięki Konsultant Krajowej do spraw neurologii oraz przy zaangażowaniu dyrekcji Szpitala. System ten pobiera surowe dane ze skanera TK i przesyła je na zewnętrzny serwer, skąd po obróbce komputerowej powracają w formie graficznej. Na podstawie badania bez kontrastu obrazuje obszar niedokrwienia w skali ASPECTS wskazując oznaki udaru w odgałęzieniach tętnicy środkowej mózgu (10 pkt – brak objawów udaru, 0 pkt – udar z pełnego zakresu unaczynienia). Skala ASPECTS jest wykorzystywana do kwalifikacji do leczenia reperfuzyjnego.



Kolejnymi etapami badania są sekwencje pokontrastowe. Pierwszą z nich jest określenie zaburzeń perfuzji z uwidocznieniem rdzenia niedokrwienia i obszaru penumbry z automatycznym pomiarem objętości zmian.



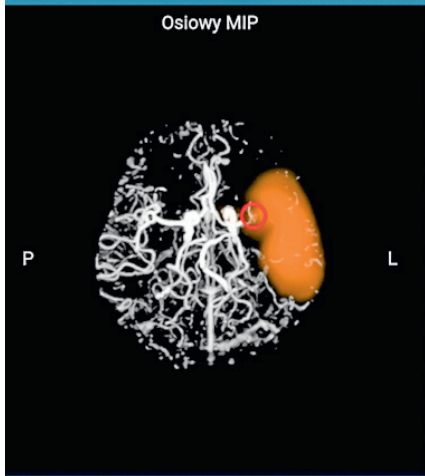
Wynik wolumetrii rdzenia niedokrwienia (kolor czerwony) i penumbry (kolor zielony), kwalifikacja do leczenia reperfuzyjnego (tromboliza i/lub trombektomia mechaniczna) w rozszerzonym oknie czasowym

Drugą jest badanie angiografii w poszukiwaniu niedrożności tętnic do wewnątrzczaszkowych. System graficznie wskazuje miejsce niedrożności oraz spodziewany zasięg niedokrwienia.

Wyniki e-CTA®

zeskanowane: 2023-04-03 16:00:11

Osłowy MIP



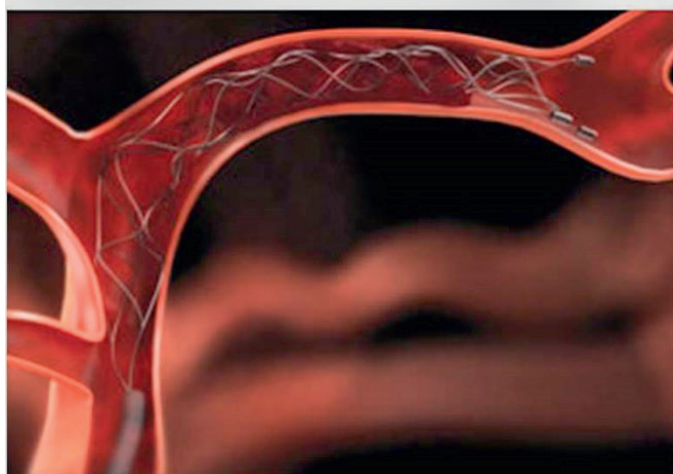
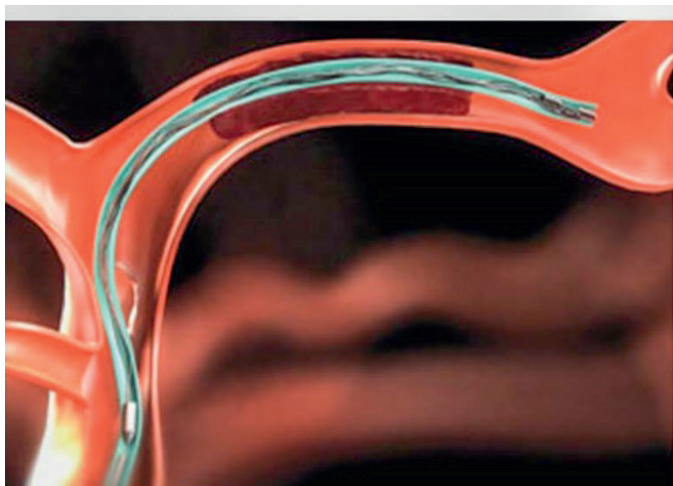
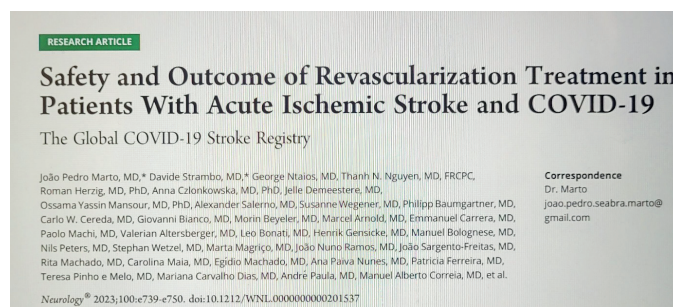
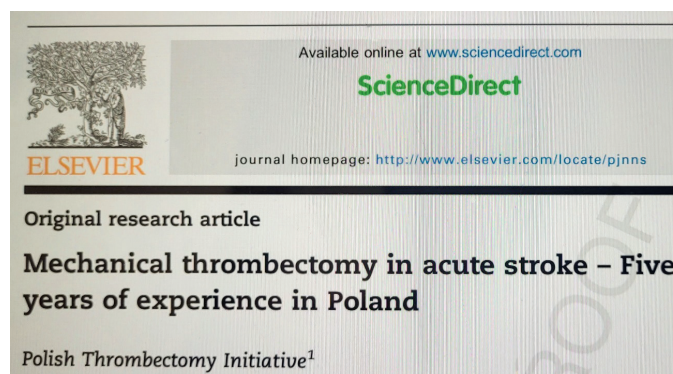
Trzeba jednak powiedzieć, że nasz aparat TK posiada własne wbudowane funkcje oceny zaburzeń perfuzji, a radiolodzy dzięki nabytemu doświadczeniu potrafią samodzielnie dokonać pomiaru wielkości stref niedokrwienia. Pomiaru są niezbędne do kwalifikacji chorych do leczenia za pomocą trombektomii mechanicznej w rozszerzonym oknie – już nie w ciągu 6, a nawet 16 godzin. Mamy trzech radiologów interwencyjnych wykonujących te zabiegi. Historia trombektomii

mechanicznej rozpoczęła się w naszym ośrodku w 2016 roku. Od ponad dwu lat uczestniczymy w programie pilotażowym trombektomii mechanicznej Ministerstwa Zdrowia. Średnio wykonujemy rocznie 100 zabiegów, co przy wielkości populacji naszego województwa daje odsetkowy wynik wyższy niż w innych ośrodkach w kraju.

Radiolodzy zdobywają doświadczenie nie tylko przy stole zabiegowym, ale przede wszystkim na szkoleniach i warsztatach w najważniejszych centrach udarowych Europy – Barcelonie i Grenoble. Równie cenne są treningi doświadczalne na modelach zwierzęcych, gdzie najpierw wywołuje się udar tworząc zakrzep tętnicy, a następnie naczyń się udrażnia. Choć brzmi to prosto, to proste nie jest. Radiolog wybiera metodę – próba odessania

zatoru/zakrzepu za pomocą systemu zabiegowego Penumbra lub usunięcie go stent retrieverem, specjalnym chwytakiem, który rozpręży się i wiąże skrzeplinę. Zazwyczaj wykonuje się kilka pasaży, aby całkowicie usunąć skrzeplinę. Wcześniej przebija się poza czoło skrzepu i rozkłada tak zwaną neuroprotekcję zapobiegającą rozsiewowi drobnych zatorów powstających w trakcie trombektomii. Zabieg trombektomii angażuje zarówno personel Zakładu Radiologii – lekarzy, techników i pielęgniarki oraz zespoły anestesjologiczne, razem pracuje przy chorym 5-6 osób.

W zakresie trombektomii mechanicznej wymieniamy się doświadczeniami w obrębie grup badawczych. Współpraca z innymi ośrodkami w kraju, a także za granicą zaowocowała wspólnymi projektami badawczymi. Szczególnie cieszy publikacja w *Neurology*, najbardziej prestiżowym piśmie neurologicznym.



Mimo postępów w leczeniu udaru niedokrwinnego mózgu nadal borykamy się z powikłaniami. O jednym z najcięższych, złośliwym obrzęku mózgu opowiedział neurochirurg dr n. med. Mirosław Smółka. W niektórych przypadkach, zwłaszcza u młodszych pacjentów, dochodzi do rozwinięcia nasilonego obrzęku mózgu powodującego efekt masy. Zjawisko to wiąże się z bardzo dużą śmiertelnością, bo obrzęk doprowadza do wgłębienia się tkanki mózgowej pod sierp mózgu lub wcięcie namiotu mózgu, a w przypadkach tak zwanych udarów tylnojamowych – do wgłębienia migdałków mózgu do otworu potylicznego wielkiego. Leki p/obrzękowe zazwyczaj nie przynoszą poprawy. W takim przypadku bierzemy pod uwagę wykonanie kraniektomii – usunięcie kości czaszki nad obrzękniętym obszarem mózgu, co pozwala rozprężyć się tkance mózgowej nad poziom kości.

Trzeba przyznać, że na tym polu współpraca pomiędzy neurologami udarowymi, a neurochirurgami układa się bardzo dobrze. Decyzje o kwalifikacji do zabiegu są wykonywane już w czasie objawów zapowiadających obrzęk i uwzględniają zachowanie optymalnego stosunku ryzyka do spodziewanych korzyści. Nasi neurochirurdzy mają szczęśliwą rękę do tych zabiegów. Koronnym przypadkiem jest młody, 19-letni wówczas pacjent, który w przebiegu rozsianej zakrzepicy tętniczej doznał udaru mózgu, był leczony trombolitycznie, a następnie po wystąpieniu złośliwego obrzęku mózgu miał wykonaną kraniektomię odbarczającą. I dzięki temu przeżył, choć z widocznym kalectwem, ale w pełni samodzielny. Kilka miesięcy temu stał się twarzą medialną akcji promującej działania prozdrowotne naszego Szpitala. Film promocyjny można znaleźć na stronie Szpitala w zakładce Promocja Zdrowia.

Dwa przypadki wczesnego aktywnego leczenia udaru niedokrwiennego mózgu o różnej etiologii

Two cases of early active treatment of different etiology cerebral ischemic stroke

M. Smółka, G. Dalek*, W. Och, A. Tutaj*, T. Budzisz

Oddział Neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie
*Oddział Neurologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Ostatni wykład wygłosiła dr n. med. Agnieszka Strepikowska, ordynator Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej. Poświęcony był rehabilitacji neurologicznej w udarze mózgu. Wykład wyczerpujący, mimo małej ilości czasu uzmysłowił słuchaczom jak skomplikowany jest proces przywracania sprawności chorym. Rehabilitacja zaczyna się już przy przyjęciu do szpitala. Oceniane są funkcje ruchowe, zaburzenia poznawcze, czynność połykania pokarmów, nastrój pacjenta. Określany jest plan działań usprawniających, początkowo realizowany w oddziale udarowym a następnie, w zależności od uzyskanych rezultatów, kontynuowany w ramach rehabilitacji środowiskowej, oddziale rehabilitacji neurologicznej lub w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Jedną z cennych procedur wdrożonych przez logopedów w naszym oddziale udarowym jest test połykania. Zaburzenia połykania są częste w początkowej fazie udaru i mogą powodować zachłyśnięcia, rozwiniecie zapalenia płuc i w konsekwencji pogorszenie stanu chorego. Test połykania pozwala na dostosowanie diety (płynna, półpłynna,

rozdrobniona) dla pacjenta, a czasami wdrożenie żywienia za pomocą zgłębnika żołądkowego. W całym procesie rehabilitacji neurologicznej widoczna jest kompleksowość i wymiana informacji pomiędzy członkami zespołu zbudowanego z fizjoterapeutów, lekarzy, pielęgniarek, logopedów, psychologa i pracownika socjalnego.

W podsumowaniu szkolenia za bardzo ważny fakt uznano wspólne zaangażowanie w leczenie udaru wielu zespołów szpitalnych. Dobre działanie systemu udarowego, szybkiej ścieżki udarowej, jest wynikiem skoordynowanej współpracy SKOR, laboratorium, Działu Radiologii, zespołów anesteziologicznych. Potrzebne są kolejne szkolenia i symulacje – medycyna nie stoi w miejscu.

Dr n. med. Jacek Ziwnik

Koordynator Oddziału Udarowego i Oddziału Neurologicznego



PRZYDATNE LINKI

Promocja Zdrowia „Udar mózgu jak zapobiegać, jak reagować”

- <https://wss.olsztyn.pl/promocja-zdrowia>
- <https://youtu.be/VeXQNS4mo8M>

Symulacja udarowa

- <https://drive.google.com/file/d/1XisyYrrQmXnWRHJFh1q0yEFvIYghg9u/view?usp=sharing>
- <https://youtu.be/mGn68A7j3kw>



Przegląd zarządzania w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym

W dniach 9-10 marca 2023 r. Kadra Kierownicza Szpitala uczestniczyła w przeglądzie zarządzania, który stanowi niezbędny element funkcjonującego systemu zarządzania jakością opartego na wymaganiach międzynarodowej normy EN-PN ISO 9001:2015. Przegląd organizowany jest w celu przedstawienia analizy sytuacji szpitala, wdrożonego w niej systemu zarządzania jakością oraz zmian, które wpłynęły na firmę od czasu poprzedniego przeglądu. Organizowany jest raz w roku. Tradycją jest, że odbywa się on poza siedzibą szpitala.

Spotkanie tegoroczne składało się z kilku części. W trakcie pierwszej ordynatorzy i kierownicy zaprezentowali kierunki rozwoju działalności medycznej swoich oddziałów/komórek organizacyjnych. Przedstawione oczekiwania oraz możliwe założenia rozwoju zostaną wykorzystane do opracowywania strategii szpitala na kolejne lata 2023-2026.

W drugiej części spotkania, prowadzonej przez Panię Irenę Kierzkowską Dyrektora Szpitala i Hannę

Taraszkiewicz Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości, zaprezentowano wyniki działalności szpitala za 2022 r., cele i zadania na 2023 r. oraz cele poprawy bezpieczeństwa i jakości opieki.

Liczna obecność kadry kierowniczej stanowiła sposobność do przeprowadzenia szkolenia z zakresu prawa zamówień publicznych. Szkolenie przygotowała i poprowadziła Pani Stanisława Mastowska Kierownika Działu Zamówień Publicznych. Ponadto Pani Elżbieta Majchrzak – Kłokocka Kierownik Działu Organizacji i Funduszy Zewnętrznych zaprezentowała projekt finansowany przez Ministerstwo Zdrowia, którego celem jest poprawa dostępności do świadczeń osób ze szczególnymi potrzebami.

Spotkanie stanowiło znakomitą okazję do wymiany doświadczeń oraz integracji kadry kierowniczej wszystkich komórek organizacyjnych szpitala.

Hanna Taraszkiewicz
Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości



Są pieniądze na nowoczesny aparat dla kardiologów

Dobre wiadomości dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Dyrektorka Irena Kierzkowska podpisała z zarządem województwa umowę na dofinansowanie zakupu angiografu na potrzeby Pracowni Hemodynamiki.



Projekt nr RPWM.13.02.00-28-0014/22 pt. „Kardiologiczne leczenie inwazyjne najwyższej jakości – zakup nowoczesnego aparatu angiograficznego na potrzeby Pracowni Hemodynamiki”. Projekt realizowany w ramach **Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 z zakresu: OSI PRIORYTETOWEJ 13 Odporna i zdrowa gospodarka przyszłości, Działanie 13.2 Ochrona zdrowia.**

Szpital Wojewódzki znalazł się wśród 42 beneficjentów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 Z ZAKRESU: OSI PRIORYTETOWEJ 13 Odporna i zdrowa gospodarka przyszłości, Działanie 13.2 Ochrona zdrowia.

Uroczystość podpisywania umów odbyła się 27 marca w sali sesyjnej Sejmiku Województwa Warmińsko-Mazurskiego. Podpisy na umowie przyznającej Szpitalowi Wojewódzkiemu 2,55 mln zł oprócz dyrektor Ireny Kierzkowskiej

złożyli także marszałek Gustaw Marek Brzezina i członek zarządu województwa Miron Sycz, który nadzorował przebieg konkursów. Ogólna wartość projektu to 4 mln zł.

Zakup aparatu angiograficznego jest niezbędnym dla zabezpieczenia prawidłowego procesu leczenia pacjenta, zwłaszcza w kontekście powikłań po przebytej chorobie w związku z pandemią COVID-19.

Nowoczesny angiograf umożliwi rozszerzenie zakresu diagnostyki i leczenia o wysokiej skuteczności klinicznej, co w znacznym stopniu przyczyni się do poprawy stanu zdrowia pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi oraz z przewlekłymi chorobami serca, wymagającymi

specjalistycznego leczenia inwazyjnego, zwiększając bezpośrednio szanse przeżycia chorego oraz minimalizując następstwa zdrowotne, w tym ewentualny stopień utraty sprawności i samodzielnego funkcjonowania.

Kilka słów o pracowni

Pracownia Hemodynamiki jest jednostką organizacyjną funkcjonującą w strukturze Oddziału Kardiologicznego. W pracowni wykonywane są zabiegi inwazyjne z zakresu leczenia ostrej choroby wieńcowej – koronarografia, zabiegi przeszłokornej angioplastyki wieńcowej.

Przeprowadzane są także zabiegi planowe z dziedziny kardiologii. Dzięki całodobowemu funkcjonowaniu pracowni pilne zabiegi wykonywane są o każdej porze dnia i nocy. Rocznie w pracowni wykonywanych jest ponad 3000 procedur medycznych kardiologii inwazyjnej.

Użytkowany obecnie aparat angiografu jest sprzętem przestarzałym – 15 letnim, wyeksploatowanym i bardzo awaryjnym. Ze względu na wiek aparatu angiograficznego na rynku serwisowym brakuje części i podzespołów, co powoduje brak możliwości przeprowadzenia szybkiej naprawy w przypadku awarii, zakłócając w ten sposób ciągłość pracy Pracowni.

Elżbieta Majchrzak-Kłockocka

Wartość zakupu ogółem: 4 012 134,00 zł
Wydatki kwalifikowalne: 3 000 000,00 zł
Wysokość dofinansowania: 2 550 000,00 zł

Data rozpoczęcia realizacji projektu: 07.09.2022 r.
Data rozpoczęcia rzeczowej realizacji projektu: 01.07.2023 r.
Data finansowego zakończenia realizacji projektu: 31.12.2023 r.

Digitalizacja archiwum.

Dostęp do dokumentacji medycznej stał się łatwiejszy

Od początku 2023 r. rozpoczęliśmy w naszym Szpitalu nowy etap w elektronicznej dokumentacji medycznej. Przekształcamy dokumentację prowadzoną w formie papierowej w postać elektroniczną. Dotyczy to dokumentacji medycznej pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitala, a także dokumentacji w poradniach specjalistycznych.

Szpital zakupił system do skanowania dokumentacji papierowej (urządzenia oraz oprogramowanie), dzięki któremu zeskanowany dokument opatrzony podpisem elektronicznym trafia bezpośrednio do szpitalnego systemu informatycznego AMMS. Pozwala to na łatwy dostęp do pełnej dokumentacji pacjenta, bez konieczności wypożyczenia teczek z archiwum.

Nowy proces spowodował konieczność zmian w organizacji pracy Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej oraz w obiegu dokumentacji.

Obecnie sekretarka medyczna po skompletowaniu historii choroby pacjenta ma obowiązek jej zeskanowania, a następnie dokumentacja trafia do pracowników Archiwum. Pracownik Archiwum, przed przyjęciem historii choroby na stan, sprawdza czy została ona zdigitalizowana.

Cały proces skanowania i składowania dokumentacji medycznej odbywa się w nowych pomieszczeniach, zlokalizowanych poza budynkiem głównym Szpitala. Zostały one wyremontowane i wyposażone w profesjonalne



Z lewej: Małgorzata Badowska, sekretarka medyczna (neurochirurgia), Małgorzata Btorńska (noworodki), Marlena Zgutka, Katarzyna Lewandowska.
U dołu: Aleksandra Kisielewska i Elżbieta Kmieć

regaty jezdne. Służą przechowywaniu zdigitalizowanej dokumentacji medycznej do czasu, kiedy zgodnie z nowymi regulacjami prawnymi będzie można ją zniszczyć.

Pierwsze niszczenie papierowej wersji zdigitalizowanych dokumentów przewidziano na luty 2024 roku, kiedy temu procesowi zostanie poddana dokumentacja medyczna pacjentów wypisanych z oddziałów Szpitala w styczniu 2023 roku. Rok przechowywania wersji papierowej zdigitalizowanej dokumentacji to wymóg ustawowy. W tym czasie pacjent ma prawo zabrać swoją dokumentację, a informacja o tym uprawnieniu jest zawarta na każdej karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.

Dzięki zmianom prawnym oraz poczynionej inwestycji umożliwiającej digitalizację dokumentacji medycznej, Szpital nie musi podejmować działań zmierzających do zwiększania powierzchni magazynowych przeznaczonych na cele archiwizacji dokumentacji papierowej. Ciągły przyrost zasobu archiwalnego w Szpitalu powodował wiele problemów organizacyjnych związanych z koniecznością zapewnienia bezpiecznych warunków do przechowywania dokumentacji.

Zasady archiwizacji wskazuje ustawa

Każda placówka medyczna musi mierzyć się z zadaniem archiwizacji wytworzonej dokumentacji medycznej.

Zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dokumentację medyczną przechowuje się przez 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu. Do wyjątków należą:

- dokumentacja medyczna w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia (30 lat od końca roku, w którym nastąpił zgon),
- zdjęcia rentgenowskie przechowywane poza dokumentacją medyczną pacjenta (10 lat od końca roku, w którym wykonano zdjęcie),
- skierowania na badania lub zlecenia lekarza, które są przechowywane przez (5 lat od końca roku, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lub 2 lata w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie),
- dokumentacja medyczna dotycząca dzieci do ukończenia 2. roku życia (22 lata).

Kilometry papierowej dokumentacji

W wielospecjalistycznym podmiocie, przy dużej liczbie leczonych pacjentów, archiwizowanie dokumentacji medycznej jest nie lada wyzwaniem organizacyjnym.

W naszym Szpitalu archiwalna papierowa dokumentacja medyczna zajmuje blisko 4000 metrów bieżących. Napływ w dokumentacji medycznej do archiwum jest z roku na rok coraz większy. Jest to wynik rozszerzania oferty medycznej, wprowadzania nowych procedur, rozwijania kolejnych działalności i tym samym zwiększania liczby leczonych pacjentów. Na archiwizację dokumentacji medycznej pacjentów leczonych tylko w samych oddziałach szpitalnych w ciągu jednego roku potrzeba ok. 200 metrów bieżących półek.

W 2020 r. weszło w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, które wprowadziło od 2021 r. zasadę, iż podstawową formą prowadzenia dokumentacji medycznej jest postać elektroniczna. W wyjątkowych sytuacjach dopuszczalne jest prowadzenie dokumentacji papierowej. Dokumentacja może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej.

Co ważne, zgodnie z przepisami, ten sam dokument nie może być przechowywany jednocześnie w formie elektronicznej i papierowej. W formie papierowej może pozostać karta przebiegu ciąży oraz książeczka zdrowia dziecka.

Z digitalizacji wyłączona jest również dokumentacja medyczna, która stanowi materiał archiwalny w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r.



o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. Materiałami archiwalnymi wchodzącymi do narodowego zasobu archiwalnego są wszelkiego rodzaju akta i dokumenty, bez względu na sposób jej wytworzenia, mająca znaczenie, jako źródło informacji o wartości historycznej o działalności Państwa Polskiego, jego poszczególnych organów i innych państwowych jednostek organizacyjnych oraz o jego stosunkach z innymi państwami, o rozwoju życia społecznego i gospodarczego, o działalności organizacji o charakterze politycznym, społecznym i gospodarczym, zawodowym i wyznaniowym, o organizacji i rozwoju nauki, kultury i sztuki, a także o działalności jednostek samorządu terytorialnego i innych samorządowych jednostek organizacyjnych – powstała w przeszłości i powstająca współcześnie.

Wrześniowa zmiana przepisów

W stosunku do dokumentacji medycznej Naczelny Dyrektor Archiwów Państwowych wydał Zarządzenie nr 36 z dnia 9 września 2019 r. w sprawie kryteriów wartościowania dokumentacji medycznej. Zarządzenie określa procedurę i kryteria włączania dokumentacji medycznej do narodowego zasobu archiwalnego.

Jednak największa zmiana w podejściu do dokumentacji medycznej nastąpiła z dniem 1 września 2020 r., kiedy weszła w życie zmiana ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Zmiana ustawy wprowadziła możliwość digitalizacji dokumentacji medycznej.

Zgodnie z tymi przepisami podmiot leczniczy może dokonać zmiany postaci dokumentacji medycznej prowadzonej i przechowywanej w postaci papierowej na postać elektroniczną. Digitalizacja dokumentacji medycznej następuje przez sporządzenie jej odwzorowania cyfrowego i opatrzenie go kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną do potwierdzenia zgodności odwzorowania cyfrowego z dokumentem w postaci papierowej. Co ważne, dokument powstały w wyniku digitalizacji dokumentacji medycznej jest równoważny oryginałowi tego dokumentu.

Aby proces digitalizacji był prawidłowy i kompletny, ustawodawca nakazał spełnienie dodatkowych obowiązków:

- podmiot leczniczy ma obowiązek poinformowania pacjenta, że jego dokumentacja medyczna będzie digitalizowana oraz
- umożliwić pacjentowi odbiór dokumentacji medycznej w postaci papierowej we wskazanym terminie, nie krótszym niż 1 rok od dnia przekazania informacji o digitalizacji.

Prawo odbioru dokumentacji medycznej w postaci papierowej przysługuje pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta, a po śmierci pacjenta także osobie bliskiej na zasadach określonych w art. 26 ust. 2-2b ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

W przypadku nieodebrania dokumentacji medycznej w postaci papierowej, mimo wypełnienia obowiązku informacyjnego, podmiot leczniczy może ją zniszczyć w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta.

Przepisy o digitalizacji stosuje się odpowiednio do deklaracji wyboru, o których mowa w art. 9 i art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, oraz dokumentów niezbędnych do rozliczenia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w przepisach wykonawczych wydanych na jej podstawie.

Digitalizacja to wiele korzyści

Raport Centrum e-Zdrowia wskazuje, że z możliwości digitalizacji dokumentacji medycznej skorzystało do tej pory stosunkowo niewiele



Skanowanie dokumentów

podmiotów medycznych. Powodem może być fakt, iż wdrożenie takiego procesu wiąże się z nowymi obowiązkami, koniecznością wprowadzenia zmian organizacyjnych oraz obawa przed ryzykiem utraty danych.

Jednak wydaje się, że w dłuższej perspektywie korzyści może być dużo więcej, m.in. skrócenie czasu dostępu do dokumentacji, łatwość udostępniania, zmniejszenie kosztów utrzymania powierzchni magazynowych.

Kierunek, w jakim idzie elektronizacja dokumentacji medycznej jest już przesądzony, nie da się uniknąć nowej rzeczywistości. Minister Zdrowia zapowiedział utworzenie Centrum Digitalizacji Dokumentacji Medycznej. Taki ośrodek ma powstać w Chetmie, w województwie lubelskim.

Zadaniem Centrum będzie przetworzenie istniejących dokumentów wytworzonych i funkcjonujących na papierze do formy cyfrowej. Zespół ma za zadanie przygotować koncepcję utworzenia Centrum Digitalizacji Dokumentacji Medycznej w Chetmie, w szczególności przez określenie organizacji i funkcjonowania Centrum, określenie zadań w zakresie digitalizacji dokumentacji medycznej, koordynowanie i monitorowanie prac realizowanych w związku z utworzeniem Centrum.

Dzięki temu postęp prac nad digitalizacją ma być szybszy. Końcowym beneficjentem tego przedsięwzięcia ma być sam pacjent, który dzięki temu zyska dostęp do całej dotyczącej go dokumentacji medycznej, a nie tylko tej wytworzonej już w formie elektronicznej.

Beata Jastrzębowska

Kierownik Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej

Jak najskuteczniej rehabilitować pacjentów z ciężkimi urazami

O tym zagadnieniu dyskutowali uczestnicy spotkania, które odbyło się 22 marca w sali konferencyjnej Szpitala Wojewódzkiego.

Na zaproszenie Katarzyny Oleszkiewicz, terapeutki zajęciowej z Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej wzięli w nim udział prof. Małgorzata Łukowicz, konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej (łączenie zdalne), dr Piotr Siwik, konsultant wojewódzki oraz Marcin Kliś, prezes Fundacji Podaruj Dobro i Daniel Kocur, jej fundator prowadzący jednocześnie kancelarię Vox Veritas, którzy prowadzili prelekcję.

– Chcemy pokazać jak bardzo istotna jest informacja jak najbliższe tóżka pacjenta – co zrobić dalej po udarze, po wypadku komunikacyjnym, jak pomóc takiej rodzinie w uzyskaniu różnych środków systemowych z PFRON-u, MOPS-u i innych źródeł, także charytatywnych. Możemy udzielić kompleksowej informacji w szpitalu. I taki projekt otworzyliśmy właśnie w Reptach, gdzie mieści się Górnośląskie Centrum Rehabilitacji, największy szpital rehabilitacyjny w Polsce – mówił jeszcze przed rozpoczęciem prelekcji Daniel Kocur. – Zostaliśmy zaproszeni przez panią Katarzynę Oleszkiewicz, aby podzielić się naszą wiedzą, doświadczeniem przy uprzejmości dyrektora WSS w Olsztynie.

O tym jak ważna jest szybko podjęta rehabilitacja mówili najpierw Małgorzata Łukowicz i Piotr Siwik, a następnie swoje osiągnięcia przedstawili Marcin Kliś i Daniel Kocur.

Prezentacjom z zainteresowaniem przystuchiwali się pracownicy Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej oraz reprezentanci innych oddziałów.

Prof. Małgorzata Łukowicz, krajowy konsultant w dziedzinie rehabilitacji medycznej podczas łączenia internetowego podkreśliła, że szybkość informacji jest istotna w każdym obszarze, bo umożliwi szybszy powrót do sprawności. – Proces rehabilitacji powinien polegać na wczesności i kompleksowości, co stanowi duże wyzwanie – mówiła. – Ogromny problem sprawia dostępność do tego świadczenia, która jest bardzo ograniczona. Wiemy jak trudno pacjentowi dostać się na rehabilitację, a wczesność jest



bardzo ważna już w stanie ostrym. Istotne jest by jak najszybciej podjąć rehabilitację, ponieważ to od wczesności i kompleksowości zależy dalsze funkcjonowanie społeczne, jak i zawodowe.

Piotr Siwik w swoim wystąpieniu również podkreślał jak ważny jest czas. – Rehabilitacja po urazie czy chorobie powinna rozpocząć się jak najszybciej. Powinna być zapoczątkowana jeszcze w szpitalu, wówczas przyniesie ona pacjentowi najwięcej dobrego. Im szybciej po urazie, tym większe są szanse na powrót do pełnej sprawności pacjenta – stwierdził m.in. konsultant wojewódzki.

Z kolei Daniel Kocur, prezes firmy Vox Veritas, na co dzień specjalizującej się w zabezpieczeniu rent rehabilitacyjnych dla pacjentów, mający bezpośredni kontakt z wieloma osobami po wypadkach, na pytanie jak ważna jest niezwłoczna i nowoczesna rehabilitacja odpowiedział: – Pierwsze momenty po wypadku są bardzo ważne. Lekarze mówią zgodnie, że po fazie ostrej, mamy tylko dwa lata szansy, by dojść do sprawności. Zatem po pobycie w szpitalu pacjenci od razu powinni podjąć się intensywnej rehabilitacji, ale nie domowej, tylko naprawdę intensywnej i najlepiej robotycznej.



Od lewej: Marcin Kliś, Katarzyna Oleszkiewicz, Irena Kieszkowska, Waldemar Kocur i Piotr Siwik



Z kolei Marcin Kliś podkreślił, że celem kierowanej przez niego fundacji jest poinformowanie pacjentów, w jaki sposób mogą funkcjonować po wyjściu ze szpitala. – Zakres naszego działania jest dość szeroki. Po pierwsze organizujemy nowoczesne leczenie rehabilitacyjne po wyjściu pacjenta ze szpitala. Otwieramy punkty konsultacyjne Reha Help w szpitalach. Tam informujemy pacjentów o tym, jakie mogą otrzymać dofinansowania w ramach PFRON-u,

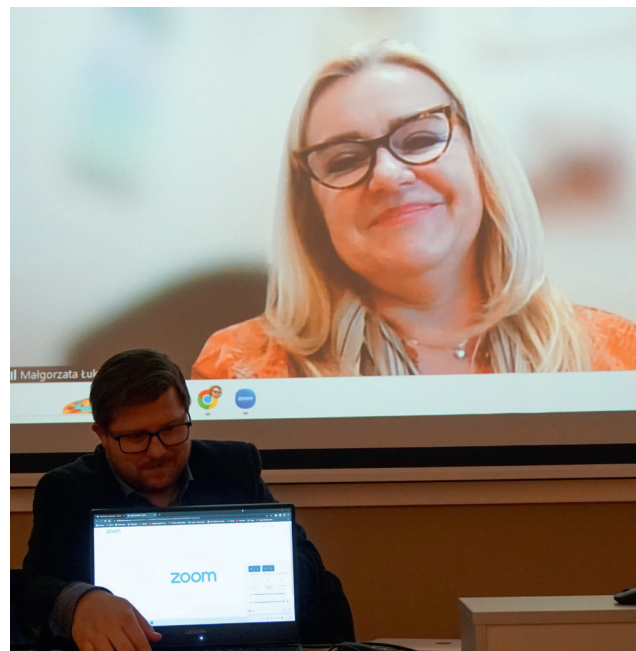
czy o możliwościach skorzystania z rehabilitacji domowej. Na portalu zbiorkowym organizujemy zbiórki na rehabilitację pacjentów oraz organizujemy konferencje i współtworzymy targi, które odbywają się w podwarszawskim Nadarzynie – mówił prezes Fundacji Podaruj Dobro. – W punktach Reha Help pomagamy także w adaptacji mieszkań dla osób niepełnosprawnych, zaś w showroom-ach pokazujemy jak wygląda nowoczesne mieszkanie

dostosowane do osoby niepełnosprawnej. Mamy m.in. przykładową kuchnię z możliwością regulacji położenia górnych szafek, aby mogły do nich sięgnąć osoby poruszające się na wózkach. Prezentujemy też nowoczesną łazienkę z różnego rodzaju podnośnikami, ułatwiającymi jej użytkowanie, czy szyny umożliwiające transport pacjenta po mieszkaniu. Chcemy wspierać osoby poszkodowane w wypadkach komunikacyjnych i innych zdarzeniach losowych oraz ich rodziny, także w województwie warmińsko-mazurskim, dlatego też chcemy stworzyć mieszkanie XXI wieku z wzorcową rehabilitacją oraz biuro Reha Help na terenie Olsztyna.

– Stworzyliśmy także własny portal zbiorkowy po to, żeby pacjenci mogli założyć sobie zbiórkę na zebranie funduszy na rehabilitację czy wyposażenie mieszkania w odpowiedni sprzęt. Urządzenia do rehabilitacji są drogie i nie zawsze refundowane przez system zdrowotny, więc pacjenci muszą szukać wsparcia finansowego w innych miejscach – poinformował Marcin Kliś.

Następnie Waldemar Kocur poinformował, że kancelarię Vox Veritas i Fundację Podaruj Dobro tworzą zespół fizjoterapeutów, ekspertów medycznych, ale także prawników, polityki społecznej. – Przez 10 lat zdobyliśmy sporo doświadczenia na rynku. Głównym naszym zadaniem jest prowadzić pacjenta już od pobytu w szpitalu, „być jak najbliższej jego tóżka”, aby dotrzeć do niego z informacją możliwie szybko. Zauważamy luki w systemie opieki zdrowotnej i staramy się je wypełniać na tyle na ile potrafimy – opowiadał. – Niedawno z panią prof. Łukowicz i dyrektorem szpitala w Rep-tach otworzyliśmy kompleksowy projekt, czyli Mieszkanie XXI wieku wzorcowej rehabilitacji wraz z punktem informacyjnym. Okazało się, że jest to hit na rynku medycznym. Codziennie odwiedza go wielu pacjentów, którzy dowiadują





się co im przysługuje w ramach systemu. Wypełniamy tam m.in. wnioski o znaczny stopień niepełnosprawności.

- Znacząco poprawiamy wizerunek placówek medycznych, co możemy powiedzieć na przykładzie punktu w Reptach – kontynuował Waldemar Kocur. – Organizujemy też finansowanie kosztownej rehabilitacji natychmiast po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli doszło do wypadku komunikacyjnego mamy sprawdzone sposoby pozyskania środków, a jeśli np. pacjent jest

po udarze zbieramy środki na portalu zbiórkowym. Edukujemy też pacjentów i ich rodziny w zakresie możliwości załatwienia wsparcia finansowego i organizacyjnego, by uzyskać dostęp do ultranowoczesnej rehabilitacji robotycznej. Obecnie współpracujemy z kilkunastoma szpitalami, min. szpitale w Otwocku i Białymostku oraz Lublinie. Prowadzimy rozmowy z Gdańskiem.

Waldemar Kocur dodał, że rehabilitacja, która odbywa się w nowoczesnych klinikach jest

finansowana m.in. z ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (OC) sprawcy wypadku.

Za ciekawe informacje podziękowała prelegentom Irena Kierzkowska, dyrektor Szpitala Wojewódzkiego. – Jestem pod wrażeniem – powiedziała na zakończenie prelekcji.

mgr Katarzyna Oleszkiewicz
st. terapeuta zajęciowy
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
Współpraca: **Przemysław Prais**

Wyższa jakość wyżywienia

przygotowywanego dla pacjentów

Dzięki zapewnieniu możliwości przygotowywania i dystrybucji posiłków w jednym miejscu zapewniona jest ich najwyższa jakość oraz lepiej zorganizowana praca personelu.

Mijają niemal dwa lata odkąd Szpital Wojewódzki w Olsztynie gotuje posiłki dla pacjentów we własnej kuchni. Aby zapewnić najlepszą jakość usług, we wrześniu 2022 roku, w ramach inwestycji w rozwój infrastruktury szpitala, dokonano ważnej zmiany w dziale żywienia – przeniesiono część dystrybucji posiłków, która znajdowała się w suterenie budynku głównego Szpitala do dobudowanych pomieszczeń w budynku Działu Żywienia (budynki G). Dzięki temu, cały proces przygotowania posiłków dla pacjentów odbywa się w jednym miejscu.

W dobudowanych pomieszczeniach znalazł się odcinek ekspedycji, część „brudna” do zwożenia naczyń i brudnych wózków jezdnych oraz zmywalnia.





Część ekspedycji, gdzie wózki biermowe są podgrzewane i wypelniane posilkami znajduje się tuż obok kuchni głównej, dzięki czemu łatwiej utrzymać i kontrolować temperaturę jedzenia i zapewnić higieniczne warunki. Dodatkowo została usprawniona komunikacja między personelem dystrybucji posiłków, a personelem kuchni, dzięki czemu sprawniej jest monitorowana liczba posiłków, a w szczególności diet specjalnych.

Warto wspomnieć przy okazji zmian w Dziale Żywnienia, że od kwietnia 2022 r. posiada on również własne pomieszczenie do sprzedaży posiłków dla pracowników Szpitala. Codziennie personel może odebrać zamówiony wcześniej obiad składający się z zupy i dania głównego jak również zakupić wypiekane rano, pyszne drożdżówki z kruszonką i owocami.

Podsumowując: dzięki zapewnieniu możliwości przygotowywania i dystrybucji posiłków w jednym miejscu zapewniona jest najwyższa jakość jedzenia oraz lepiej zorganizowana praca personelu.

Dzięki nowoczesnym urządzeniom oraz spełnieniu wymagań sanitarnych, możemy być pewni, że jedzenie w szpitalu jest przygotowywane w bezpiecznych i higienicznych warunkach.

Magdalena Mazurek
Kierownik Działu Żywnienia

Pani do zadań specjalnych – rozmowy, śpiewania, jedzenia

Mowa i zdolność komunikacji to jedne z największych zdobyczy ludzkości i wykładnik naszego człowieczeństwa. Dzięki nim możemy porozumiewać się z innymi, przekazywać swoje myśli, uczucia, pragnienia i potrzeby. Zdarzają się jednak sytuacje, najczęściej wskutek choroby, kiedy ta funkcja ulega zakłóceniu.



Marzena Woźniak, logopeda
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej

Nagła utrata zdolności płynnej mowy lub całkowity jej brak są niezwykle trudne do zaakceptowania, zarówno przez samego chorego, jak i jego bliskich. Pewien lekarz doświadczwszy osobiście stanu, w którym komunikacja słowna była bardzo ograniczona, powiedział mi, że dla takiego pacjenta lepiej jest, gdy przebywa w stanie sedacji do momentu odzyskania mowy lub należy od razu mu ją zagwarantować. Jak widzimy, zaburzenia komunikacji są niezwykle traumatycznym doświadczeniem i wymagają podjęcia zindywidualizowanej oraz profesjonalnej terapii – i tu do akcji wkracza logopeda.

Termin logopedia pochodzi od dwóch greckich wyrazów: **logos** – słowo, mowa oraz **paideia** – wychowanie. W Słowniku Języka Polskiego PWN definiowana jest, jako nauka zajmująca się kształceniem prawidłowej wymowy oraz usuwaniem jej wad i zaburzeń. Przyjmując taką definicję logopedy, mogą zgodzić się z powszechnym skojarzeniem "pani od lustra", która w przedszkolu prowadzi terapię wad wymowy, ale jak postrzegać logopedę pracującą w szpitalu dla osób dorosłych? Mnie bliższy jest termin anglojęzyczny: speech and language pathologist (SLP), czyli specjalista od mowy i języka.

Logopedia to wielka, dynamicznie rozwijająca się nauka. W obszarze logopedii wyodrębniane są wciąż nowe działy, jak onkologopedia, która jest specjalizacją logopedyczną powiązaną z onkologią, głównie nowotworów głowy i szyi. Mamy logopedię artystyczną, a także osobny dział dedykowany pacjentom z jękiem (balbutologopedia), czy z niedostuchem

(surdologopedia), jak również odrębną specjalizację terapii mowy u osób z upośledzeniem umysłowym (oligofrenologopedia).

W naszym Szpitalu pracuje troje logopedów w wymiarze 2,5 etatu: dwoje na Oddziale Neurologii (1,5 etatu) i jedna osoba na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej. Z racji specyfiki szpitala zajmujemy się osobami dorosłymi, prezentującymi trudności w komunikacji spowodowane chorobami układu nerwowego. W przeważającym zakresie są to pacjenci po udarze mózgu i po urazach czaszkowo-mózgowych. Ja dodatkowo otaczam terapią jeszcze chorych z innych oddziałów, u których wystąpiły trudności z połknięciem lub istnieje konieczność długotrwałego utrzymania rurki trachealnej. Ponadto na Oddziale Otolaryngologicznym i Onkologii Laryngologicznej edukuję, uczę mówić i dobieram akcesoria chorym po całkowitym usunięciu krtani (laryngektomii całkowitej).

W poszukiwaniu utraconych słów – czyli terapia afazji

Pani Ela ma afazję czuciową, to znaczy, że potrafi bezbłędnie wyrecytować alfabet, ale nie wie, co to jest litera K. Wie, gdzie jest jej ulubiona kawiarnia i jakie lubi ciasta, ale nie potrafi o nie poprosić, a to, co mówi jest niezrozumiałym ciągiem głosek. Myli tyżkę z widelcem i nie rozumie poleceń, nie potrafi czytać gazety, wysłać SMS-a. Pisząc list do córki zapisuje pięknym, kaligraficznym pismem całą stronę, ale wyrazy są jedynie bezładnym zlepkiem liter i sylab. Pani Eli trudno nawet uświadomić sobie, że to, w jaki

Ja chcę prosić chleboczek
I kę mino dyknyk - a braluskomkoswodawie
(brak ksy mazy m przysyr dordnae loszeforomaz
Ja spyprawywae uslyzelyzamy

sposób mówi i pisze, jest dla bliskich jej osób zupełnie niezrozumiałe. W związku z tym czuje złość i frustrację.

Z kolei pani Beacie mowa przychodzi trudno, szczególnie poukładanie i wypowiedzenie w odpowiedniej kolejności głosek. Ona doskonale wie, co chce powiedzieć, ale język nie bardzo chce się słuchać, gubi się, zacina, odmawia postuszeństwa.... Ma afazję ruchową.

Podobnie swoje trudności z mówieniem opisał znany aktor Janusz Zaorski, po udarze w 2003 roku w książce "Ręka, noga, mózg na ścianie" - "Na szczęście wszystko rozumiałem! Rozpoznawałem litery. Tylko nie mogłem ich wymówić. Gdy chciałem przeczytać głośno tekst, nie wiedziałem gdzie są dźwięki. (...) W szkole teatralnej byłem pierwszy z dykcji. No, może czeci. A teraz? Wypowiedzenie najprostszych słów sprawiało mi trudności."

Praca z takimi chorymi polega na ćwiczeniu rozumienia, czytania, pisania, powtarzania, wypowiedzania głosek, sylab, krótkich słów, ogólnie mówiąc – wszystkich składowych skutecznej komunikacji.

Jak mówić bez krtani – choroby po laryngektomii

Głos, w odróżnieniu od mowy, jest ważnym elementem tożsamości człowieka. Po głosie poznajemy otaczające nas osoby, naszych bliskich. Wydawałoby się, że usunięcie zmienionej przez nowotwór krtani, w której powstaje dźwięk, skazuje chorych na izolację komunikacyjną. Bez krtani nie można już mówić tak, jak wcześniej, ale istnieją sposoby na odzyskanie głosu.

Proteza głosowa to obecnie najpopularniejsza metoda umożliwiająca naturalną i płynną mowę. Po zamknięciu stomy (dziurki do oddychania) palcem, wydychane powietrze zostaje przekierowane przez protezę do przetyku. Podczas przepływu powietrza przez przetyk, tkanki drgają i generowany jest dźwięk, który odpowiednio rzeźbiony przez podniebienie, język i wargi obraca się w złoto, czyli mowę. Proteza głosowa daje możliwość generowania głosu, jednak wymaga jednoczesnego zaangażowania rąk.

Mówienie bez użycia rąk, zupełnie tak jak przed operacją, jest pragnieniem odczuwanym przez wszystkich po laryngektomii. Technologia podąża za pragnieniami, więc stworzono sposób, aby je zrealizować – system HandsFree. Osoby po laryngektomii posiadając taki zestaw, mają możliwość rozmawiania bez konieczności zamykania stomy palcem, mogą podczas rozmowy swobodnie gestykulować lub wykonywać jednocześnie szereg codziennych czynności.

Niedawno z takiej opcji skorzystała pani Ula – energiczna, towarzyska i pełna pasji gospodyni z kota gospodyń wiejskich oraz radna, której bardzo brakowało możliwości spontanicznej gestykulacji obiema rękami. Teraz pani Ula jest przeszczęśliwa, bo w końcu może mówić „całą sobą”.

Praca logopedy z chorymi po laryngektomii polega przede wszystkim na edukacji, ćwiczeniach oddechowych oraz dopasowaniu akcesoriów tak, żeby mowa przetokowa była wyraźna, płynna i swobodna, czyli najbardziej podobna do „normalnej”.

Niech mi Pani odda głos! – pacjenci po tracheotomii

W szpitalu spotykamy wielu pacjentów z rurką tracheostomijną. Mówią za pomocą ruchu warg, nie zawsze w sposób czytelny i zrozumiały dla otoczenia. Te uproszczone komunikaty nie mogą zaspokoić potrzeby normalnej rozmowy.



Czasami czuję się jak wróżka, czytając z ruchu ust chorych z tracheotomią. Tak było w przypadku pani Basi, która z wielką determinacją próbowała powiedzieć: „niech mi Pani odda głos!”. Obecnie mamy



Pani Ula z systemem HandsFree

takie możliwości, wystarczy dobrać odpowiednią rurkę z całego ich szerokiego arsenału.

W tym roku zainicjowałam starania o dostępność dla wszystkich pacjentów szpitala rurek z fenestracją, umożliwiających dźwięczną mowę. Uważam, że w naszej pracy niezbędne jest wstuchanie się i zrozumienie potrzeb pacjentów oraz stała współpraca między lekarzami, pielęgniarkami i logopedą celem skutecznej diagnozy i pomocy chorym.

Zapomniane smaki – problemy pacjentów z dysfagią

Poprzez obszar oddziaływań w rejonie jamy ustnej, stosowanie ćwiczeń oddechowych i głosowych, posiadam możliwości oraz narzędzia umożliwiające usprawnianie funkcji przyjmowania, obróbki i połykania pokarmu. Zaburzenia połykania (dysfagia), tak jak zaburzenia mowy wymagają terapii logopedycznej. Dotyczy to pacjentów na każdym poziomie dysfagii – karmionych doustnie, przez sondę oraz przez PEG-a ((Percutaneous Endoscopic Gastrostomy), czyli przezskórna endoskopowa gastrostomia jest



sztuczną drogą dostępu do wnętrza żołądka, tworzoną w celu żywienia enteralnego. Silikonowy lub poliuretanowy dren o dużej średnicy (15-28 Cha/F) wprowadzany jest przez skórę ściany jamy brzusznej do światła przewodu pokarmowego – red.].

Podczas swojej pracy w Oddziale Rehabilitacji udało mi się pomóc wielu chorym żywionym przez PEG, doprowadzając do jego usunięcia i powrotu do pełnego, bezpiecznego odżywiania doustnego. Zachwyty malujący się na twarzach chorych, którzy po długim czasie znowu mogli odczuwać różnorodne smaki, jest wspianą satysfakcją z tej pracy. Ciekawy jest fakt, że smakiem, za którym pacjenci tęsknią najbardziej jest smak chleba. Tak było w przypadku pana Henryka, który będąc żywiony wyłącznie przez PEG, nalegał, aby dać mu posmakować odrobinę chleba.

Nauka śpiewu – czyli śpiewać każdy może...

Bardzo lubię śpiewać i robię to chętnie, również podczas pracy z pacjentami. Z reguły większość mówi, że nie potrafi, jednak w mojej praktyce kilkakrotnie zdarzyli mi się chorzy pracujący głosem.

Pan Rafał przed zachorowaniem był organistą i śpiewał w zespole szantowym. Jego wielkim marzeniem było kontynuowanie swojej profesji i jednocześnie wielkiej pasji po wyzdrowieniu. Problem jednak polegał na tym, że miał obustronny niedowład więzadeł głosowych, co było skutkiem długotrwałej niewydolności oddechowej, konieczności kilkumiesięcznego stosowania wspomaganego oddychania oraz obecności kanału trachealnego – słowem, wypowiedzi pana Rafała brzmiały jak charakterystyczny głos Jana Himilbsbacha. Śpiewaliśmy, ćwiczyliśmy oddech i jeszcze raz śpiewaliśmy. Po kilkunastu tygodniach rehabilitacji chory osiągnął cel – trzy dni po wyjściu ze szpitala śpiewał i grał na kościelnych organach, a obecnie jest w trakcie reaktywacji zespołu szantowego.

Marzenia się spełniają... a ja spełniam się w tej pracy.

Marzena Woźniak
logopeda

Oddział Rehabilitacji Neurologicznej

Nasze pasje i zainteresowania „po godzinach”

„Wiem, że wśród Was jest wielu zdolnych, wszechstronnie utalentowanych, wspaniałych ludzi, ciekawych osobowości, że wielu z Was ma ciekawe hobby, zainteresowania, realizuje swoje pasje. Poznajmy się lepiej, dzielcie się swoimi pomysłami, uwagami, ciekawymi propozycjami, zachęcam też do publikowania na łamach naszego Pulsu Waszych osiągnięć nie tylko zawodowych. Pod adresem ikierzkowska@wss.olsztyn.pl, rzecznikprasowy@wss.olsztyn.pl oraz szpital@wss.olsztyn.pl czekamy na Wasze e-maile...” – zachęcała w jednym z poprzednich wydań Pulsu Szpitala dyrektor Irena Kierzkowska.

Informujcie nas zatem Państwo o swoich dokonaniach na polu zawodowym, ale nie tylko. Z radością będziemy je publikować.

W tym wydaniu Pulsu Szpitala o swoich pasjach piszą Maria Wiśniewska i Karol Lewkowicz.

Pomagamy dzieciom z Angoli

W sierocińcu przebywa chłopiec, który przeżył wielką traumę. W wieku 6 lat został przez rodziców posadzony o czary, rzucony do ogniska i wygnany na ulicę. Fundacja przywozła dla niego specjalistyczną maść dermatologiczną i plastry, które łagodzą skutki poparzenia.



Od wielu lat podróżowałam po ciepłych krajach, ponieważ lubię słońce i odpowiada mi temperatura powyżej 30 stopni. Zawsze też interesował mnie los zamieszkujących tam ludzi, a szczególnie dzieci. W 2021 roku mój kuzyn, który od 2011 r. działa w Fundacji Dzieci Afryki zaproponował mi wspólną wyprawę. Nie był to wyjazd jak na wczasy, dlatego należało się do niego w odpowiedni sposób przygotować – przejść szereg badań medycznych, wystarać się o tzw. żółtą książeczkę, czyli przyjęcie szczepienia przeciwko chorobom tropikalnym, takim jak dur brzuszny, żółta febra, czy WZW typu A. Następnym etapem było uzyskanie wizy – tu czas oczekiwania przeciąga się w miesiące. W efekcie dopiero na koniec 2022 roku dopięłam wszelkich formalności dotyczących wyjazdu i 26 stycznia 2023 r. wyruszyłam do Angoli. Tam przyjął nas ojciec werbista Emilian Kałka, który zadbał o nasze zakwaterowanie, wyżywienie i całą opiekę.

Razem z ojcem Emilianem nawiązaliśmy współpracę z Centrum Zdrowia Kifangondo, a z członkami zarządu fundacji Robertem Nogą, Pawłem Werakso, Teresą Stachowicz-Janke i Krzysztofem Bucholskim, zaczęliśmy realizować program wyjazdu: odwiedziliśmy sierociniec dla chłopców z Luandy, w którym Fundacja zorganizowała dzień otwarty. Polegał na konkursach, zawodach, kąpielach w basenach. Zakończył się dobrym obiadem.



W sierocińcu przebywa chłopiec, który przeżył wielką traumę. W wieku sześciu lat został przez rodziców posądzony o czary, rzucony do ogniska i wygnany na ulicę. Fundacja przywiozła dla niego specjalistyczną maść dermatologiczną i plastry, które tagodzą skutki poparzenia (na zdjęciu z autorką artykułu po prawej stronie u dołu). Pozostałe dzieci otrzymały koszulki z logo fundacji, piórniki, słodczyce i soki.

Następnym dzieckiem, którym zainteresowała się Fundacja jest 13-letnia dziewczynka, zgwałcona, chorująca przewlekle na cukrzycę i niewydolność wątroby. Dla niej Fundacja zabezpieczyła glukometr, a także piórniki i wiele zabawek.

W miejscowości Kanagula ze środków Fundacji została sfinansowana budowa studni i wieży ciśnieniowej dla szkoły z internatem. W Maxico Welha rozpoczęła się zaś budowa wieży ciśnieniowej

i montaż zbiorników do magazynowania wody dla Centrum Kobiety i Dzieci.

Wszystkie ośrodki w Angoli są prowadzone przez misjonarki i siostry zakonne, które okazują miłość i wsparcie wszystkim dzieciom, które tego potrzebują.

Maria Wiśniewska

Rugby po 15:05

Nazywam się Karol Lewkowicz i jestem związany z rugby od 1999 roku. Swoje pierwsze kroki z jajowatą piłką stawiałem w KS Budowlani Olsztyn pod okiem Jerzego Mica i Leszka Borsy, jednak tutaj nie będę skupiał się na przebiegu swojej, zakończonej już definitywnie kariery. Chcę czytelnikom przedstawić wiejski klub, który znany jest w całej Polsce i ościennych państwach.

Obecnie pracuję, jako palacz i obsługuję wytwornice pary zasilające Centralną Sterylizatornię naszego Szpitala. Moim bezpośrednim przełożonym jest kierownik Działu Eksploatacyjno-Technicznego Marek Zawisza, z którym często dyskutujemy, w wolnym czasie, o sporcie. Często



Autor artykułu z żeńską drużyną...

pyta jak poszło nam na wyjeździe, jaki wynik... czy udało się pozyskać dotację, o której mu wcześniej wspominałem. Kibicem rugby nie jest, bo woli siatkówkę – ale zawsze z zacięciem słucha, co tam w świecie jajowatej piłki słychać.

Z zawodu jestem prawnikiem i ślusarzem – jednak po 15: 05 staję się zupełnie inną osobą – trenerem rugby w Klubie Sportowym Rugby Gietrzwałd. Za rozwój tego sportu i całą dotychczasową działalność/karierę sportową zostałem odznaczony w grudniu 2022 roku z rąk Prezesa Polskiego Związku Rugby pana Dariusza Olszewskiego brązową odznaką Polskiego Związku Rugby.

Pomagamy i wspieramy potrzebujących

Dlaczego akurat Gietrzwałd? Pochodzę z małej wioski – Rapaty, w gminie Gietrzwałd, gdzie w 2016 roku wraz z kilkoma znajomymi założyłem damską sekcję rugby, (która do dziś występuje w Mistrzostwach Polski Kobiet w Rugby). Działalność pod moim kierownictwem rozwinęła się do tego stopnia, że obecnie jesteśmy największym klubem rugby w województwie warmińsko-mazurskim. Pełnimy rolę integracyjną. Celem jest promowanie kultury fizycznej wśród dzieci, młodzieży i dorosłych z Gminy Gietrzwałd, miasta Olsztyn oraz gmin ościennych. Współpracujemy m.in.: z Olsztyńskimi Domami Dziecka podczas zajęć z „trudną” młodzieżą.

Uczestniczymy oraz organizujemy zawody, imprezy sportowe i społeczne. Wspieramy i organizujemy akcje charytatywne, mające pomóc mieszkańcom Gminy Gietrzwałd. Jesteśmy twórcami akcji „Podziel się – Godne Świąta

dla Każdego”, organizowanej na terenie Gminy Gietrzwałd przy współpracy z miejscowymi szkołami podstawowymi. Pierwsze dwie edycje skierowaliśmy w stronę rodzin z dziećmi, natomiast od 2020 roku zwróciliśmy się ku seniorom.

Staramy się wspierać każdego, komu mamy szansę pomóc w miarę naszych możliwości. Dzięki wsparciu z zewnątrz jesteśmy w stanie zorganizować coroczne akcje takie jak: zbiórkę materiałów i żywności dla naszych czworonożnych przyjaciół ze schroniska w Tomarynach, zbiórkę mającą na celu wsparcie dla osób potrzebujących: aukcja charytatywna na rzecz Laury Glabisz, Laury Hawrylik i Julii Prus oraz przekazane corocznie przedmioty na rzecz Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Staramy się zainteresować młodzież i dorosłych aktywnym trybem życia, organizując m.in. wyjazdy na mecze reprezentacji Polski.

Dynamicznie rozwijamy poszczególne segmenty klubu

Posiadamy trzy sekcje:

1. Sekcja seniorek, obecnie trenuje 13 dziewcząt (od 16 roku życia) i kobiet. W całej historii tej grupy wyszkoliłem łącznie 14 kadrowiczek, które reprezentowały nasz kraj na różnych turniejach. Obecnie Polki są Mistrzyniami Europy i zajmują 7 miejsce na świecie. Epidemia COVID-19 bardzo pokrzyżowała nam plany funkcjonowania sekcji damskiej, ale udało się mi ją odbudować. Poniżej, tylko część z naszych osiągnięć:
 - IV miejsce w Mistrzostwach Polski Kobiet 2016 r.
 - III miejsce w Pucharze Polski Rugby Kobiet 2017 r.

- III miejsce w Mistrzostwach Litwy Kobiet 2017 r.
- IV miejsce w Turnieju Mistrzostw Polski Kobiet w Warszawie 2016 r.
- V miejsce w Międzynarodowych Mistrzostwach Litwy Kobiet 2017 r.
- mecz (remis 10: 10) z Reprezentacją Narodową Kobiet Białorusi listopad 2018.
- V miejsce w Turnieju Mistrzostw Polski Kobiet w 2019 r.
- I miejsce w Międzynarodowym Turnieju Rugby Piłzowego na Sardynii 2019 r.
- mecz (wygrana 22: 5) Rugby XV z Rottendames Rugby w Warszawie 2019 r.
- mecz (wygrana 24: 12) z Mistrzyniami Litwy – Vilnius Regby Academy w Gdańsku.
- II miejsce w I Lidze Rugby Kobiet lipiec 2020 r.
- V miejsce w I Lidze Rugby Kobiet lipiec 2021 r.
- II miejsce w II Lidze Rugby Kobiet (obecnie)

2. Sekcja męska powstała w listopadzie 2019 roku. Początkowo dla jej członków miała charakter bardziej hobbystyczny. Jednak nie lubię takich przedsięwzięć i postanowiłem sprawę jasno: albo gramy, albo bawicie się panowie sami. Zdecydowana postawa zaowocowała startem w ligowych potyczkach od wiosny 2020 roku, a po trzech latach zajmujemy III miejsce w I Lidze rugby w Polsce. Obecnie grupa liczy 21 zawodników z całego naszego powiatu. Wszyscy dojeżdżają trzy razy w tygodniu na treningi.



... oraz z zespołem męskim



25.03.2023 r. podczas turnieju Polskiej Ligi Rugby 7 przegraliśmy dopiero w finale ulegając AZS AWF Warszawa 15:31.

W tym krótkim czasie udało mi się wyszkolić już trzech kadrowiczów. Poniżej część z naszych osiągnięć:

- IV miejsce w I Lidze Rugby Mężczyzn październik 2021 r. (po pierwszym sezonie)
 - IV miejsce w Polskiej Lidze Rugby 7 Mężczyzn czerwiec 2022 r.
 - VI miejsce w Pucharze Polski Rugby 7 Mężczyzn czerwiec 2022 r.
 - II miejsce w II Lidze Rugby Kobiet (obecnie)
 - III miejsce w I Lidze Rugby Mężczyzn (obecnie)
 - VI miejsce w Mistrzostwach Polski Mężczyzn w Rugby 7 (obecnie)
3. Dzieci – w 2021 roku postanowiliśmy o rozpoczęciu treningów dla najmłodszych. Odbywają się one w Zespole Szkolno – Przedшкоlnym w Biesalu, raz w tygodniu pod okiem dwojga profesjonalnych trenerów.

Rugby coraz bardziej wpisuje się na listę najchętniej uprawianych dyscyplin sportowych w Gminie Gietrzwałd. Warmiński – Mazurski Okręgowy Związek, reprezentowany przez pana Henryka Pacha już od jakiegoś czasu prowadzi rozmowy z nauczycielami i wprowadza w szkołach zajęcia Rugby TAG. To w stu procentach bezkontaktowa odmiana rugby dla uczniów szkół podstawowych.

Programowi patronuje Ministerstwo Sportu i Turystyki. Dzieciaki będą rywalizować na poziomie gminnym, regionalny oraz ogólnopolskim. Wśród naszych wychowanków mamy już kadrowiczkę reprezentacji U16, dwie dziewczyny grają na wypożyczeniu w KS Budowlanych Łódź w Mistrzostwach Polski Kobiet U16, a duża część z pozostałych najmłodszych adeptów rugby stanowi dużą część Kadry Wojewódzkiej Rugby w kategorii młodzik. Zabawa i uśmiech to podstawa na treningu, ale zaczyna się

też tworzyć załazek tego pięknego sportu wśród najmłodszych. W tym roku planowane są starty w Turnieju Dzieci i Młodzieży w Lubawie i Gdańsku.

Ważny atut swojego boiska

Istotnym elementem związanym z rugby jest posiadanie od 2020 roku własnego stadion w miejscowości Biesal. Ważkim jest fakt, że nikt nam tego stadionu nie dał, nie wypożyczył czy nie zasponsorował. Sami go wybudowaliśmy, a dokładnie przeprowadziliśmy rewitalizację polany, która w latach 90. jeszcze funkcjonowała jako petnowymiarowe boisko piłkarskie LZS Orzeł Biesal, a następnie po upadku klubu popadło w ruinę i zapomnienie. Kiedy pierwszy raz „weszliśmy na obiekt” na murawie rosły liczne sosny, a na środku potężna brzoza. Ruiny szatni był schronieniem dla bezdomnych, a teren przy murawie wielkim, dzikim wysypiskiem śmieci. Urząd Gminy w Gietrzwałdzie przekazał nam ten teren, nie do końca chyba wierząc, że grupa ludzi jest w stanie zrobić z nim coś pożytecznego.

Tymczasem uprzętnęliśmy odpadki, zaczęliśmy pracować nad murawą, zaprzyjaźnione firmy wyprodukowały dla nas słupy (bramki) z atestem IRB, które uprawniają do rozgrywania meczów ligowych. Napisaaliśmy liczne wnioski o dotację i w 2021 r. udało się nam zdobyć w Urzędzie Marszałkowskim mały grant na odbudowę

infrastruktury sportowej. Koledzy z sekcji inwestycji naszego Szpitala po pracy, poświęcając swój czas wolny, przez wiele dni pomagali mi pisać kosztorysy inwestorskie, które później były podstawą dofinansowań. Odbudowaliśmy szatnię, płytę główną. Obecnie znów startujemy w podobnym programie – chcemy wykopać studnię, bo obecnie boisko podlewają nam w ramach współpracy wszystkie jednostki OSP z naszej gminy. Dodatkowo będziemy grodzić teren obiektu i montować oświetlenie fotowoltaiczne.

W ostatnich trzech latach przeprowadziliśmy (początkowo w spartańskich warunkach) Turnieje Mistrzostw Polski Kobiet w Rugby, Turnieje Polskiej Ligi Rugby 7 Mężczyzn, dwa Turnieje Finałowe I ligi Rugby 7 Mężczyzn. I to wszystko w małej wiosce u bram Puszczy Mazurskiej. Biesal jest znanym i bardzo lubianym w całym kraju obiektem sportowym.

Zna go równie z wielu naszych pracowników. Wśród nich jest kilka osób związanych z rugby. Należy do nich Kamil Kośnik – ślusarz, którego większość osób kojarzy z bieżącego usuwania usterek oraz z bardzo szybkiego tempa pracy. Po 15: 05 staje się on skrzydłowym sekcji męskiej, skacze w autach oraz charakteryzuje się bardzo dużą prędkością biegania na boisku.

Przy okazji meczów oraz turniejów rozdają liczne zaproszenia na te wydarzenia, Otrzymują je: pani Dyrektor Naczelna, Zastępca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych, mój kierownik, pielęgniarki i położna oddziałowe oraz koledzy z mojego działu.

Korzystając z łamów „Pulsu Szpitala” pragnę zaprosić wszystkich czytelników na Finałowy Turniej Polskiej Ligi Rugby 7 Mężczyzn, który odbędzie się na Stadionie Rugby w Biesalu w dniu 3 czerwca 2023, początek o godzinie 10:00. Będziemy mogli poznać się bliżej, zobaczymy sportową stronę pracowników WSS w Olsztynie oraz obejrzyć bardzo spektakularne widowisko sportowe.

Ze sportowymi pozdrowieniami

Karol Lewkowicz
Trener PZRugby

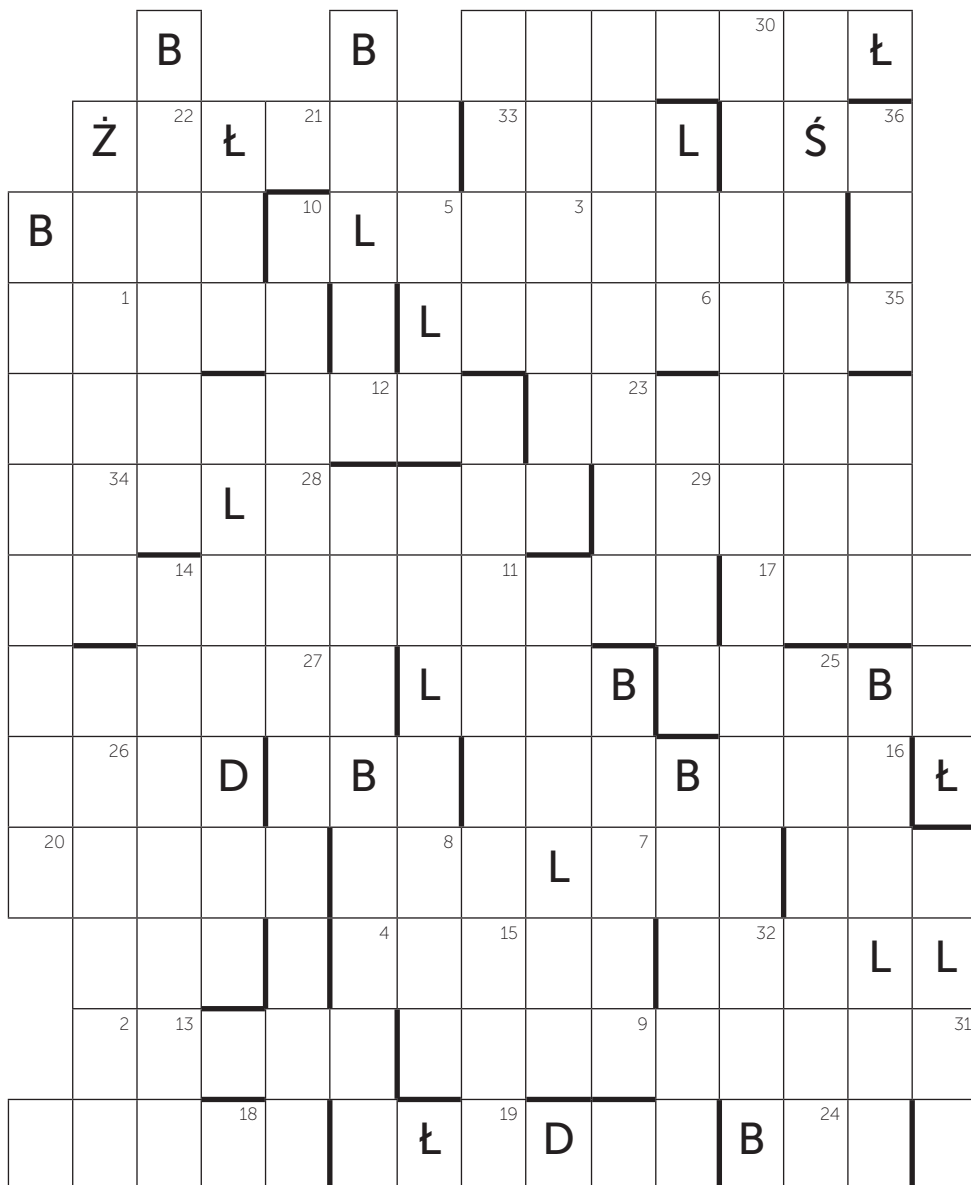


77 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 61 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, D, L, Ł, Ś i Ż. Na ponumerowanych polach ukryto 36 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl prof. Tadeusza Kielanowskiego.

Jerzy Badowski

- kępka żółtej skóry
- epolet
- węgiel kamienny po wygrzewaniu
- krwi Londona
- land z Wiesbaden
- poprzednik euro w Italii
- sól kwasu octowego
- samuraj bez pana
- idzie rak
- rytualny napój wedyjski
- pogląd o boskim oświeceniu umysłu
- zwój, kłębek
- pochodna kwasu sulfonowego
- w jej okolicy urodził się i zginął Kadaffi
- zmora staroskandynawska lub internetowa
- grzyb sezonowy a la schabowy
- grzyb zimowy a la schabowy
- morska na Rozewiu
- dwa w kiju
- radosny wyraz twarzy
- autor „Pigmaliона”
- przed epoką brązu
- święty Apis
- Izrael, najbogatszy tódzki fabrykant
- nasyp, grobla
- kręci się w oku
- łączenie metalowymi elementami
- badacz, naukowiec
- księżę Monaco, mąż Grace Kelly
- pod Płowcami
- laski dla pacjenta
- partnerka Kalego
- „Jezioro Łabędzie”
- mieszka w Libii i Omanie
- Centralna Agencja Wywiadowcza
- most dla pieszych
- ból ucha
- Sebastian, najlepszy w historii kierowca rajdowy
- bóg, bożek
- między stepem a lasem
- są w klatce i autobusie
- miejsce zwycięstwa Prądyńskiego
- lekarz Napoleona III, twórca narzędzi chirurgicznych
- liga Jeremy Sochana
- miłość do filmów na dużym ekranie
- rybia kość
- zabił Smoka Wawelskiego
- wielkie budynki
- unasiennianie
- kształt jajka
- trudność, ambaras
- nasz orzeł
- ręczny karabin maszynowy
- wschodni sąsiedzi Izraelitów
- enema lub infuzja
- sympatyk, stronnik
- obszar trwale podmokły
- nocny motyl
- wyspa pod Kalmarem
- książ obalony przez Myszków
- największa kość twarzy



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

Rozwiązanie krzyżówki nr 76 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 77): „Uśmiech tamie mury, a tak niewiele kosztuje”. Nagrody otrzymują: Magdalena Janczewska z Oddziału Otolaryngologii oraz Agata Winiarska z Oddziału Nefrologicznego. Gratulujemy. Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.

