

WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 57

październik-grudzień 2017

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162



**Wysoka pozycja Szpitala
w ogólnopolskim rankingu**

str. 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

Zdjęcia udostępnił

Mitosz Guzowski

Adres redakcji

10-561 Olsztyn
ul. Żołnierska 18
Rzecznik Prasowy
tel. 89 538 64 79
pprais@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie

Pracownia C&C Sp. z o.o.
ul. Porannej Bryzy 33
03-284 Warszawa
tel. +48 22 404 72 60
www.ccp.com.pl

Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie
prawo do skrótów i zmiany
tytułów.

Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności
za treść nadsyłanych
publikacji.



- 3 Za nami rok zmian
- 4 Bezpieczny Szpital Przyszłości
- 6 Położnicy i neonatolodzy uratowali dziewczynkę
- 7 „Dni Krwi Pępowinowej” w Szpitalu Wojewódzkim
- 8 Porody bezpieczniejsze dla pacjentek w bardziej komfortowych warunkach
- 9 Nowe wyzwanie na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim
- 10 Tomograf i rezonans już oficjalnie w strukturach Szpitala
- 11 Dr Rakesh Jalali wojewódzkim konsultantem
- 12 Bezpieczniejsze operacje tarczycy
- 14 Projekty, projekty, pieniądze...
- 17 Ćwiczenia w Szpitalu – pożar i częściowa ewakuacja transplantologii
- 18 Pan Rysio na emeryturze
- 19 Zabrali pieniądze na materiały do terapii zajęciowej
- 19 Zastężony wypoczynek po wielu latach pracy
- 20 Zagadki pamięci (część 26)
- 22 RODO – nowe wyzwania w ochronie danych osobowych
- 23 Powrót do porodu naturalnego w pozycji wertykalnej
- 23 Opieka pielęgniarska nad pacjentem po urazach kręgosłupa
- 24 Wizyta lekarzy z Kaliningradu
- 24 Przedstawiciele środowiska medycznego Lwowa odwiedzili nasz Szpital
- 25 Szpital Wojewódzki na Targach Medycyny i Kosmetologii
- 26 Obozy naukowe studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
- 27 Jolka Szpitalna



Za nami rok zmian

O minionym już 2017 r. i najważniejszych dla Szpitala wydarzeniach, które w nim nastąpiły rozmawiam z dyrektorką Ireną Kierzkowską

Przemysław Prais: Pani dyrektorko, jakie były najważniejsze wydarzenia w ubiegłym roku?

Irena Kierzkowska: Można powiedzieć, że był to rok zmian. Do najważniejszych należy zaliczyć wejście w życie ustawy o podstawowym zabezpieczeniu szpitalnym, a to oznacza, że dokonana się zmiana systemowa i zaczął działać nowy mechanizm finansowania świadczeń zdrowotnych. Natomiast jeżeli chodzi o nasz Szpital, to myślę, że istotnym wydarzeniem był insourcing Stacji Dializ, przez co uzupełniliśmy zakres świadczeń nefrologicznych o dwie metody nerkozastępcze. Nefrologia w uzupełnieniu z transplantacją nerek oraz niektórymi usługami urologicznymi, które na razie są wykonywane w bardzo niewielkim zakresie, tworzy komplementarny system pozwalający na personalizowane leczenie pacjentów. Podobnie jak kardiologia, która dysponuje praktycznie wszystkimi metodami diagnostyczno-terapeutycznymi i wraz z kardiochirurgią również tworzy system komplementarny. Takie działania są nie tylko realizacją strategii zarządzania zmierzającej do kompleksowości usług medycznych, ale służą przede wszystkim pacjentom, których leczymy bez udziału innych podmiotów leczniczych. Pacjent jest najlepszym kompasem rozwoju Szpitala, ponieważ jego potrzeby wskazują nam drogę rozwoju. Całościowe leczenie jest więc korzystne zarówno dla pacjenta, jak i dla Szpitala.

Kolejnym ważnym wydarzeniem stało się włączenie w struktury Szpitala pracowni tomografu i rezonansu. Była to biznesowa decyzja, której zasadność potwierdził nam bank, oceniając zdolność kredytową Szpitala na zakup nowych urządzeń. Choć okres przejściowy był trudny, pracowaliśmy przez kilka miesięcy w pracowniach kontenerowych, to obyło się bez większych kłopotów i cały proces przejmowania obu pracowni przebiegł sprawnie. Jest to niewątpliwa zasługa całego zespołu radiologicznego i pracowników pionu technicznego. Dodajmy, że w tym czasie liczba badań nie spadła, a nawet wzrosła co świadczy o wielkim zaangażowaniu i profesjonalizmie zespołu.

Myślę też, że bardzo ważną sprawą jest otrzymanie dotacji na salę hybrydową w kwocie 3,6 mln zł. To duże wydarzenie roku 2017 także dlatego, że zmieni zasady współpracy między radiologią interwencyjną, chirurgią naczyniową, kardiologią czy kardiochirurgią, a także zmodyfikuje kulturę pracy na bloku operacyjnym. Praca zespołowa jest zawsze trudniejszym wyzwaniem, ale nasz Szpital stawiał już czoła podobnym wyzwaniom w przypadku uruchamiania

transplantologii, czy centrum urazów wielonarządowych.

Istotnym przedsięwzięciem jest także modernizacja Traktu porodowego, która poprawi warunki pracy personelu oraz bezpieczeństwo i jakość opieki nad kobietami w ciąży.

Kolejnym sukcesem w mijającym roku było wysokie miejsce w Rankingu Szpitali 2017 przygotowywanym przez Idea Trade i Centrum Monitorowania Jakości.

Zastężyliśmy na to wyróżnienie poprzez konsekwentną, wieloletnią pracę na rzecz jakości. Nie usprawniamy naszej pracy wyłącznie dla uzyskiwania wysokich miejsc w rankingach. Robimy to przede wszystkim dla naszych pacjentów, ale jesteśmy również przekonani o sensie pracy na rzecz jakości, a ocenom poddajemy się przy okazji. Oczywiście można zrobić doraźne działania, by zyskać kilka punktów, ale w takich przypadkach również łatwo można je stracić. Istota polega jednak na tym, by dostać się do grona najlepszych, czyli pierwszej 10 szpitali w Polsce i utrzymać tę pozycję, a konkurencja jest coraz silniejsza. Chciałabym, żeby nasze działania na rzecz jakości stały się naszym stylem pracy, naszą kulturą pracy, a nawet tradycją, ponieważ realizujemy je od 15 lat. W tym czasie różnie bywało z entuzjazmem i zaangażowaniem pracowników, dlatego tak ważne jest stałe stymulowanie i utrzymywanie zaangażowania na pożądanym poziomie. A to jest najtrudniejsze zadanie. Bardzo się cieszę z tego 16 miejsca w kraju, na wyższą lokatę trochę za wcześnie, mamy jeszcze bowiem dużo do zrobienia w tej materii. Natomiast bezsprzecznie jesteśmy w gronie najlepszych szpitali, co jest dużym wyróżnieniem i mam nadzieję, że w kolejnych rankingach będziemy awansować. Budujemy wspólnie naszą markę i zaufanie pacjentów. Chcę, żeby pracownicy byli dumni ze Szpitala, w którym pracują i wszyscy zaangażowali się w osiągnięcie sukcesu. To nie może być tylko wysiłek osób zarządzających. Oceniani są bowiem wszyscy, nie tylko w zakresie medycznym, dlatego ten ranking należy do najbardziej prestiżowych. Nas bardzo ograniczały nowe wymogi przeciwpożarowe, ale obecnie spełniamy je w dużym stopniu.

Od 1 października 2017 r. zaczęta obowiązywać ustawa o sieci szpitali. Jak ta regulacja wpłynęła na sytuację naszego Szpitala?

Sieć weszła właściwie bezboleśnie. Wyraźnie widać, że ryczałt stanowi zabezpieczenie

podstawowych potrzeb zdrowotnych, co oznacza, że rozwój kosztochłonnych nowych procedur musi być finansowany w rodzajach odrębnie kontraktowanych poprzez środki celowane, bądź nielimitowane.

Jeżeli taki jest zamysł reformy, to w sposób racjonalnie planowy, uporządkowany będzie można rozwijać szpital i pomagać pacjentom. Jeżeli natomiast ryczałt będzie „pompowany”, możemy nie uniknąć konfliktów wewnątrzszpitalnych, ponieważ procedury planowe będą ograniczane, a też są potrzebne pacjentom. Jak widać swoboda dykcji w zarządzaniu budżetami szpitalnymi, która niewątpliwie ułatwia przesuwanie środków finansowych między oddziałami, może mieć swoje zalety, ale i wady. Rodzą się również pytania w kwestii oceny przez płatnika zwiększenia bądź zmniejszenia wartości wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach, np. mniej procedur planowych na laryngologię, a więcej na neurologię, gdzie udarów nie da się limitować.

Sieć dała nam większą stabilność finansową i coraz bardziej czytelne są mechanizmy finansowe i związane z nimi ryzyka, ale widoczne są też szanse, które należy wykorzystać. Naszą rolą jest jak najbezpieczniej przeprowadzenie Szpitala przez tę nową formułę finansowania. Myślę, że powinniśmy sobie z tym poradzić.

Dużym problemem są kłopoty z obsadą nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, nad czym ubolewam. Moim zdaniem placówki ze Szpitalnymi Oddziałami Ratunkowymi nie powinny być obligowane do realizacji tego zadania. Powinny je wypełniać szpitale niemające w strukturze organizacyjnej SOR-ów.

Czy możemy coś powiedzieć o planach na 2018 r.?

Do najważniejszych przedsięwzięć należy zaliczyć otwarcie sali hybrydowej i zmodernizowanego traktu porodowego oraz rozpoczęcie przebudowy Oddziału Kardiologicznego z dofinansowaniem w ramach RPO.

Chciałabym podziękować pracownikom za miniony rok i jednocześnie prosić, by nie tracili entuzjazmu do tego, co wspólnie robimy. Bo praca bez entuzjazmu nie daje satysfakcji i tak dobrych owoców. Szpital ma bardzo dobrą kadrę nie tylko lekarską, dysponujemy, więc na tyle dużym potencjałem żeby radzić sobie z wieloma problemami i nowymi wyzwaniami. Wszystko zależy od zaangażowania pracowników i uczciwego podejścia do postawionych zadań.

W 2017 r. nie ustrzegliśmy się trudnych rozmów głównie w kwestii wynagrodzeń, ale udało się wypracować satysfakcjonujące rozwiązania. Mam nadzieję, że wspólnie zdobyte doświadczenia pozwolą nam uniknąć sytuacji, których nie chcielibyśmy przeżywać w kolejnym 2018 r. Czego Państwu i sobie życzę w Nowym Roku. Niech będzie lepszy dla każdego z nas.

Rozmawiał Przemysław Prais

Bezpieczny Szpital Przyszłości

Odnieśliśmy ogromny sukces w najnowszej edycji rankingu Bezpieczny Szpital Przyszłości Ranking Szpitali przygotowywanego przez Idea Trade i Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Uroczystość ogłoszenia wyników odbyła się 14 grudnia w Warszawie z udziałem wiceministra zdrowia Marka Tombarckiewicza i Haliny Kutaj-Wąsikowskiej, dyrektora Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, którzy wręczali statuetki i pisma gratulacyjne przedstawicielom najlepszych placówek.

Wyróżnienia dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie odebrała dyrektor Irena Kierzkowska, której na uroczystości towarzyszyła Hanna Taraszkiewicz, z-ca ds. pielęgniarstwa i pełnomocnik ds. jakości. – Powiem nieskromnie, że to wyróżnienie się nam należało – stwierdziła dyr. Kierzkowska po odebraniu nagrody za pierwsze miejsce wśród szpitali w województwie warmińsko-mazurskim. – Zastaliśmy na nią codzienną, sumienną pracą.

A konkurencja była ogromna. Do rankingu zgłosiły się w tym roku 204 szpitale, dysponujące 40 proc. bazy łóżkowej, w których leczono prawie

60 proc. pacjentów w Polsce. Tyle odpowiedzi na 1050 ankiet wysłanych przez CMJ do wszystkich placówek mających zarejestrowaną działalność szpitalną. – To, które szpitale zdecydowały się dobrowolnie poddać ocenie, jest ważną informacją dla opinii publicznej – powiedział „Rzeczypospolitej” (dziennik jest jednym z partnerów rankingu) Michał Bedlicki, wicedyrektor CMJ.

– Najlepsze szpitale rozumieją, że jakość zaczyna się już od okienka rejestratorki, która ma nie tylko zadbać o pacjenta w sposób kompetentny, ale też zapewnić bezpieczeństwo wrażliwych danych, które wprowadza, wypełniając kartę. Stąd inwestycje w systemy zabezpieczeń elektronicznych i przygotowania do wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej – podkreślają organizatorzy rankingu. – Zarejestrowany już pacjent jest przewożony na oddział sprawna windą, a czyste korytarze wyłożone są materiałami łatwo zmywalnymi i dezyfekowanymi. Dobre placówki inwestują

Za co oceniano Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

Kryteria oceny w rankingu dotyczyły całości funkcjonowania Szpitala i obejmowały następujące kryteria:

- Jakość usług
- Personel i jego kwalifikacje
- Komfort pobytu pacjenta
- Diagnostyka
- Blok operacyjny
- System sterylizacji
- Zarządzanie
- Polityka lekowa
- Certyfikaty
- Zasilanie w media i instalacje
- Systemy informatyczne
- Analiza zdarzeń i skarg
- Finanse
- Zarządzanie majątkiem

Budynki

Kryteria oceny są w bardzo dużym stopniu zbieżne z wymaganiami standardów akredytacyjnych oraz systemu zarządzania jakością zgodnie z normą międzynarodową ISO 9001.

Dlatego w najlepszej setce szpitali znalazły się przede wszystkim placówki, które od wielu lat działają na rzecz poprawy jakości nad pacjentami z wykorzystaniem ww. systemów.

Oceny kryteriów zostały wyrażone w punktacji za poszczególne obszary: zarządzanie, jakość opieki i opieka medyczna. W zestawieniu za rok 2017 WSS w Olsztynie uzyskała łącznie 858,7 punktu, co oznacza wzrost o 24,7 punktu w porównaniu z poprzednim rokiem. Na uwagę zasługuje wysoka punktacja obszaru jakości opieki – 84 proc. wartości maksymalnej oraz opieki medycznej – 94,5 proc. wartości maksymalnej.

też w nowoczesne systemy sterylizacji, zapewniające bezpieczeństwo pacjentów w każdym etapie leczenia.

– To ogromny sukces, który nie byłby możliwy bez zaangażowania wszystkich pracowników Szpitala. Pokazaliśmy, że nie ustajemy w dążeniu do poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjentów. Inwestycje w nowoczesny sprzęt i infrastrukturę idą w parze z poprawą bezpieczeństwa procedur i dbałością o pacjenta od poziomu





rejestracji do wyjścia ze szpitala – mówi Irena Kierzkowska, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Dlatego składam serdeczne podziękowania wszystkim zatrudnionym w naszym Szpitalu pracownikom, kadrze medycznej i niemedycznej gratulując jednocześnie odniesionego sukcesu. Mam też nadzieję, że to nie koniec naszych osiągnięć na tym polu. Jestem pewna, że dzięki codziennej sumiennej pracy będziemy w stanie sukcesywnie podnosić poziom usług dla dobra naszych pacjentów.

Laureatom gratulował wiceminister zdrowia Marek Tombarkiewicz. – Dla mnie ranking szpitali to niezwykle wydarzenie. Uczestniczę w nim od wielu lat, najpierw jako dyrektor szpitala, który powoli piął się do góry, a teraz jako wiceminister odpowiedzialny za jakość – mówi wiceminister, który dwa lata wcześniej jako dyrektor Szpitala Specjalistycznego w Staszowie odbierał

nagrodę dla najlepszej placówki w województwie świętokrzyskim.

– Wiem, że dyrektorzy szpitali czekają na dzień, w którym zobaczą się w pierwszej setce. Dla nas ważne jest, by jak najwięcej szpitali nie bało się pokazać swojego funkcjonowania. Porównujemy się, bądźmy jak najlepsi – dodał wiceminister Tombarkiewicz.

Halina Kutaj-Wąsikowska, dyrektor Centrum Monitorowania Jakości, które jest partnerem rankingu, cieszyła się, że tak wiele szpitali, które znalazły się w pierwszej setce, ma akredytację CMJ. – Mam nadzieję, że w przyszłym roku będzie ich jeszcze więcej – podkreślała.

Jak tłumaczył Andrzej Warunek, kierownik Działu Standaryzacji CMJ, na 1050 ankiet wystanych przez Centrum odpowiedziały 204 szpitale. – W tym roku nieznacznie zmieniła się liczba pytań, na które odpowiedzi poddawaliśmy

ocenie. Zadaliśmy ok. 200 pytań podzielonych na 15 obszarów tematycznych. Pytaliśmy m.in. o infrastrukturę, opiekę nad pacjentem, jakość, satysfakcję pacjenta i zakażenia szpitalne. Jest to więc bardzo przekrojowy ranking – mówił.

Zdaniem ekspertów CMJ fakt, że szpitale decydują się dobrowolnie poddać drobiazgowej ocenie, jest ważną informacją dla opinii publicznej. Świadczy bowiem o tym, że ich szefowie i pracownicy dokładają starań, by jak najlepiej wypełniać obowiązki.

Choć zwycięzca rankingu pierwszej setki zdobył o 10 pkt mniej niż w zeszłym roku, rozpiętość punktowa między pierwszym a setnym szpitalem pozostała niezmienną – 155 pkt. To sprawia, że uczestnikom coraz trudniej zakwalifikować się do pierwszej setki, a o miejscach w rankingu często decydują ułamki punktu.

Położnicy i neonatolodzy uratowali dziewczynkę

Zespół z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie jako jeden z pierwszych w Polsce zahamował akcję porodową rozpoczętą po poronieniu jednego z bliźniaków. Dzięki temu mamie udało się urodzić drugie dziecko, którym zaopiekowali się specjaliści z Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Mała Patrycja pod koniec grudnia została wypisana do domu.

Odważna decyzja lekarzy i determinacja mamy pozwoliła uratować dziewczynkę, której bliźniak nie przeżył ciąży. Jak wyjaśnia dr Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego ciąży bliźniacza, w czasie której jeden z bliźniaków obumarł, to wcale nierzadka sytuacja w ciążach bliźniaczych, ale w tym wypadku doszło do powikłania polegającego na rozpoczęciu czynności skurczowych macicy i poronieniu obumarłego płodu. – Mój zespół podjął decyzję na prośbę mamy o próbie ratowania drugiego dziecka, czyli wyhamowaniu już istniejącego porodu celem kontynuacji ciąży z drugim bliźniakiem. To był 18-19 tydzień ciąży – mówi dr Waśniewski. – Możliwości przeżycia urodzonych w tym momencie dzieci nie ma. Zarówno standardy polskie, jak i światowe jako minimalną długość ciąży z szansą na przeżycie wcześniaka podają 24 tygodnie. Stąd próba kontynuacji ciąży i odroczenia porodu (dlatego nazywa się porodem odroczonym) do czasu aż dziecko osiągnie wiek płodowy, która umożliwia już życie poza tonem mamy.

Jak podkreśla dr Waśniewski największe pochwaty i wyrazy szacunku należą się mamie,

która podjęła bardzo ryzykowną dla niej próbę odroczenia porodu drugiego dziecka. Grozi to bowiem dużymi konsekwencjami negatywnymi – to czynniki zapalne, czynniki krwotoczne, które czasami wymagają bardzo radykalnych działań, w tym nawet wycięcia macicy celem ratowania życia matki.

– Poinformowana o tych zagrożeniach pani Magda kategorycznie zażądała od nas podjęcia próby ratowania drugiego dziecka. Mój zespół stanął na wysokości zadania. Udało się wyhamować czynność skurczową macicy z bardzo dobrym efektem – opowiada ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. – W macicy zostało łożysko i pępowina pierwszego dziecka, stwarzająca groźbę uaktywnienia czynników zapalnych i krwotocznych, a w efekcie zagrożenie obumarcia drugiego płodu. Mimo tych zagrożeń udało się wyhamować czynność skurczową macicy, wszystkie czynniki infekcyjne do tego stopnia, że w 25 tygodniu ciąży podjęliśmy nawet decyzję o czasowym wypisaniu pacjentki z oddziału do domu.

Pani Magda po 13 dniach wróciła na Oddział Ginekologiczno-Położniczy, gdzie po miesiącu zaczęła się poród.

Lekarzom udało się utrzymać ciążę do 30 tygodnia. – Walczyliśmy o każdy tydzień, a nawet dzień, bo to oznaczało lepszy rozwój dziecka, a w efekcie lepsze życie – wyjaśnia Tomasz Waśniewski.

Wtedy nastąpiło jedno ze spodziewanych w takich sytuacjach powikłań, czyli krwawienia

z dróg rodnych z objawami odklejającego się łożyska u drugiego dziecka. Położnicy zdecydowali wówczas o porodzie przez cesarskie cięcie. – 27 listopada przyszedł na świat wcześniak z wielką ochotą na życie. Był to drugi przypadek w Polsce odroczenia porodu po poronieniu jednego dziecka. Jest to procedura od niedawna wykonywana na świecie. W 99 proc. takich przypadków nie udaje się wyhamować porodu i dochodzi do poronienia także drugiego dziecka – mówi Tomasz Waśniewski. – Tego dnia liczyła się dostownie każda minuta, dlatego decyzję o cesarskim cięciu podjęliśmy natychmiast

Mama małej Patrycji mówi dwa tygodnie po porodzie, że nie zastanawiała się nawet przez chwilę, kiedy lekarze zapytali ją, czy chce spróbować donosić drugie dziecko. – Bardzo chciałam mieć dziecko i zrobić wszystko, by Patrycja przysłała na świat – opowiada pani Magda. – Już wcześniej wiedziałam, że to będzie dziewczynka i wspólnie z mężem wybraliśmy to imię. Razem też zdecydowaliśmy, żeby spróbować donosić ciążę.

– Poród zaczął się tak szybko, że ledwo zdążyłam do szpitala, żeby zobaczyć Patrycję zaraz po urodzeniu – wspomina z uśmiechem pan Sebastian, mąż pani Magdy, który nie ukrywa szczęścia z córeczki. – W domu czeka już pokój przygotowany dla naszej córeczki.

Jak podkreśla dr Waśniewski szczęśliwe zakończenia wymagało to zespołu, które podejmie tę ryzykowną decyzję, a przede wszystkim decyzji mamy, która była poinformowana o niebezpieczeństwie, że rokowania ciąży są bardzo niepewne, podjęła bardzo odważną decyzję wejścia w tego typu procedurę.

– Samo zaopatrywanie potencjalnego wcześniaka urodzonego w 25 tygodniu ciąży wymaga najwyższych umiejętności neonatologicznych i najlepszego sprzętu do opieki nad noworodkami. Mogą to zapewnić tylko wyspecjalizowane oddziały takich jak Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w naszym Szpitalu. Dają one pewność, że w razie przeciągnięcia porodu zaopiekują się wcześniaczką i dadzą mu szansę na dobre życie – zaznacza dr Waśniewski.

Pani Magda podkreśla, że mogła liczyć na wsparcie psychologiczne ze strony personelu Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. – Jestem bardzo wdzięczna pani położnej, która w chwili poronienia bardzo mi pomogła pod tym względem – mówi. – Jesteśmy wdzięczni wszystkim lekarzom, położnym i innym osobom za świetną opiekę.



– Zarówno na tym oddziale, jak i na noworodkach panuje przyjazna atmosfera, która pomaga przetrwać nawet najtrudniejsze chwile – dodaje pan Sebastian.

Dr Waśniewski podkreśla, że niezbędne w takich przypadkach jest również istnienie całego zaplecza szpitalnego z możliwością diagnostyki wczesnych powikłań i reagowania na nie. – Tak, aby w razie krwotoku być w stanie w ciągu kilku minut wspólnie z doskonałym zespołem anestezjologicznym zabezpieczyć pacjentkę. Niezbędna jest także baza bakteriologiczna,

którą zapewnia Zakład Bakteriologii w naszym Szpitalu i intensywnej terapii. Tylko szpitale z takich zapleczem mogą zapewnić sukces – mówi Tomasz Waśniewski. – To naprawdę spektakularny sukces, bo tego dzieciaczka po prostu by nie było, gdyby nie desperacja mamy i podjęcie ryzyka przez nas.

Jak informuje dr Norbert Dera, ordynator Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka dziewczynka, która urodziła się 27 listopada z wagą 1,55 kg jest w stabilnym stanie. – Po urodzeniu była w stanie ciężkim, ale

po podjęciu przez nas intensywnych czynności stabilizujących jej stan się poprawił – mówi dr Dera. – Dziecko przebywa w inkubatorze, bardzo często odwiedza jej mama.

Neonatology planowali, że Patrycja pozostanie pod ich opieką do osiągnięcia wagi 2,2 kg. Po tem zostanie wypisana do domu. To nastąpiło 28 grudnia. – Raz jeszcze dziękujemy za wszystko, co zrobiono dla naszej córeczki w Szpitalu – mówili szczęśliwi rodzice.

Przemysław Prais

„Dni Krwi Pępowinowej” w Szpitalu Wojewódzkim

W dniach 16-17 października 2017 r. Oddział Ginekologiczno-Położniczy wziął udział w akcji organizowanej przez Polski Bank Komórek Macierzystych.

Propaguje ona pozyskiwanie i dawstwo komórek macierzystych celem przekazania informacji o jednostce krwi pępowinowej do Centralnego Rejestru Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku Kostnego i Krwi Pępowinowej prowadzonego przez Centrum Koordynacyjno-Organizacyjnego ds. Transplantacji Poltransplant.

W tych dniach wszystkie rodzące w Szpitalu pacjentki mogły oddać krew na powyższy cel. Jak podkreśla Karolina Witkowska z PBKM, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie został wybrany do akcji z racji wykonywania prób bardzo wysokiej jakości. – Panie położne dowiodły tego podczas kilkunastu lat obowiązywania umowy na pobieranie krwi pępowinowej – mówi Karolina Witkowska.

Krew pępowinowa, to krew, która pozostaje w pępowinie i łożysku po narodzinach i po „odpępowieniu dziecka”. Jest ona cennym źródłem komórek macierzystych. Do niedawna była ona traktowana jako „odpad” i utylizowana razem z łożyskiem i pępowiną. Obecnie pobiera się ją w celu wyizolowania komórek macierzystych do przechowywania i późniejszego wykorzystania w leczeniu

Krwiotwórcze komórki macierzyste wykorzystuje się przeszczepiając je pacjentowi. Takie komórki odbudowują zniszczone tkanki (w białaczkach jest to nieprawidłowy szpik kostny) i w ten sposób ratują życie. Takie zabiegi wykonuje się także w Polsce (ok. 1450 w roku 2014) u dzieci i dorosłych.

Rozmowa z Beatą Binek, Położną oddziałową Oddziału Ginekologiczno-Położniczego

Przemysław Prais: Udział w październikowej akcji to wyróżnienie dla naszego Szpitala?

Beata Binek: Przy pobieraniu krwi pępowinowej muszą być zachowane odpowiednie warunki



Położne Wiesława Kowalska i Katarzyna Szyszko z zestawem służącym do pozyskania, przechowywania i transportu materiału biologicznego

aseptyki. Ponieważ w naszym Szpitalu jest bardzo mały odsetek błędów podczas pobierania próbek, to jesteśmy jednym z najlepszych szpitali w Polsce, jeśli chodzi o pozyskania krwi pępowinowej.

Jak wygląda pobranie?

Wcześniej pozyskiwało się krew ze sznura pępowinowego, natomiast teraz pozyskuje się krew również z samego łożyska oraz fragmentu sznura pępowinowego. Zakres zależy od treści umowy podpisanej przez pacjentkę z bankiem komórek macierzystych.

Są do tego przygotowane zestawy, jest ustalona procedura przewidująca określone czynności do wykonania, by pobranie przebiegało najczystiej. Materiał pobiera się do zestawu, który następnie zabiera kurier wynajęty przez bank. Każdy pracownik medyczny, zajmujący się porodami, który pobiera krew pępowinową (może to być położna, lekarz) ma podpisaną umowę z bankiem.

Rozumiem więc, że na pobranie krwi pępowinowej musi wyrazić zgodę pacjentka?

Każda pani, od której pobieramy tę krew wcześniej podpisuje umowę i przyjeżdża ze swoim zestawem do jej pozyskania. Zdarza się, że pacjentka, bądź jej rodzina podpisze umowę z bankiem komórek (w Polsce działa ich kilka), a nie ma swojego zestawu, bo np. jeszcze do niej nie dotarł. W takiej sytuacji udostępniamy tzw. zestaw awaryjny, który potem uzupełniamy, kiedy firma go nam przysła.

Natomiast akcja, która miała miejsce 16 i 17 października, została zorganizowana przez sam PBKM pro bono, w celu pozyskania komórek macierzystych dla ratowania życia poza umową. Polega to na tym, że pacjentka, która nie ma podpisanej umowy z firmą, ale zgadza się na pozyskanie jej krwi pępowinowej ze sznura pępowinowego wyraża na piśmie zgodę i wtedy pobieramy tę krew. Takie akcje odbywają się z reguły raz w roku.

Przemysław Prais

Porody bezpieczniejsze dla pacjentek w bardziej komfortowych warunkach

Większa liczba sal porodowych, sale intensywnej opieki oraz scentralizowany system ciągłej opieki KTG nad pacjentką – tak będzie wyglądać Trakt porodowy po pracach modernizacyjnych, które rozpoczęły się w październiku 2017 r..

O tym, jak generalny remont poprawi sytuację pacjentek i personelu medycznego rozmawiam z dr n. med. Tomaszem Waśniewskim, ordynatorem i mgr Beatą Binek, Potożną oddziałową Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

Przemysław Prais: Na początek naszej rozmowy proszę o przedstawienie zmian, które nastąpią na Trakcie porodowym po zakończeniu remontu.

Beata Binek: Przed remontem mieliśmy do dyspozycji cztery sale porodowe i salę cięć cesarskich, które mieściły się po jednej stronie korytarza. Natomiast znajdowały się pomieszczenia intensywnej opieki zajmowane wcześniej przez Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Po przeniesieniu noworodkowego OIT-u na wyremontowany oddział [jesienią 2016 r. – red.] pomieszczenia zostały zwolnione. Podczas remontu zostaną zagospodarowane na potrzeby Traktu Porodowego, który w rezultacie będzie zajmował już całą powierzchnię. Znajdzie się w nim pięć sal porodowych, sala cięć i dodatkowo trzy sale obserwacyjne. Dzięki temu unikniemy potrzeby blokowania łóżek porodowych, czy dostawiania w sali porodowej kolejnych łóżek w sytuacji, kiedy mieliśmy osiem rodzących pacjentek.

Tomasz Waśniewski: Część noworodkowa była niewykorzystana, bo drzwi do pomieszczeń były zbyt wąskie, by można przez nie przeprowadzić łóżka. Mieściły się w nich tylko inkubatory.

Kiedy zagospodarujemy tę część sytuacja zmieni się na korzyść pod względem liczby łóżek, komfortu pobytu pacjentek, jak i ich bezpieczeństwa, co jest najważniejszą kwestią. Kiedy będziemy dysponować większą liczbą stanowisk do porodów, to bezpieczeństwo pacjentek wzrasta, a dochodzą do tego trzy sale intensywnej opieki wyposażone w sprzęt do ciągłego monitorowania stanu zdrowia. To pokoje, w których pacjentki nie rodzą, ale przebywają z racji konieczności nadzoru z powodu stanu ogólnego. To dotyczy głównie pacjentek patologii ciąży z cukrzycą, nadciśnieniem i innymi chorobami wymagającymi stałego monitorowania dobrostanu dzieciaków. To bardzo zwiększa komfort i bezpieczeństwo.

Remont się rozpoczął 18 października i ma się zakończyć do 19 marca. Będziemy bardzo czuć, by nie dochodziło do opóźnień, bo pracujemy teraz w trudnych warunkach. Choć dzięki



wsytkowi naszych położnych pacjentki nie zauważyły różnicy w opiece.

No właśnie. Na czas remontu trakt jest wyłączony z użytkowania. Jak zorganizowaliście przyjmowanie porodów?

Tomasz Waśniewski: Przenieśliśmy trakt porodowy do pomieszczeń na końcu oddziału położniczego. Porody odbywają się w trzech salach, czwarta jest wykorzystywana jako sala intensywnego nadzoru. W związku z tym liczbę miejsc porodowych zmniejszyliśmy tylko o jedno. I dzięki perfekcyjnie wykonanej pracy przez panią potożną oddziałową i jej zespół zmniejszyliśmy oddział zaledwie o cztery łóżka. Potrzeby regionu są takie, że nie możemy sobie pozwolić na przestój, a nie ma innego ośrodka w województwie, który mógłby przejąć nasze zadania. Musieliśmy zagęścić sale, ale dzięki temu bez przeszkód przyjmujemy pacjentki.

Czy nowy trakt porodowy zyska także nowoczesne wyposażenie?

Beata Binek: Takie jest jedno z założeń remontu, żeby zacząć pracę w zmodernizowanych pomieszczeniach na nowym sprzęcie.

Tomasz Waśniewski: Głównie będzie to system ciągłej opieki KTG [KTG to inaczej kardiograf lub badanie kardiograficzne, które polega na obserwacji i jednoczesnym zapisie: parametrów pracy serca dziecka, ruchów dziecka, siły oraz częstości występowania skurczów macicy i reakcji serca dziecka na skurcze macicy. Analiza reakcji serca dziecka na skurcze macicy jest najistotniejszym elementem badania KTG. Umożliwia ocenę dobrostanu dziecka – red.] nad pacjentką z centralną bazą, która widzi

wszystkie pomieszczenia. Potożna będzie obserwować zapis KTG pacjentek ze wszystkich sal z monitorowaniem dobrostanu dzieci. Dyżurka położnych będzie więc sercem całego Traktu porodowego. Spodziewamy się nowych łóżek porodowych. W jednej z sal znajdzie się wanna porodowa. Ta, którą dysponowaliśmy wcześniej służyła tylko do prowadzenia pierwszego okresu porodu, kiedy woda zmniejsza ból.

Beata Binek: Naszym marzeniem jest, by podobny system nadzoru mierzył także parametry stanu zdrowia samych pacjentek wymagających stałego nadzoru, takich jak ciśnienie, tętno, EKG. Może się to uda zrobić przy okazji remontu. To kwestia zainstalowania monitorów i komputera w dyżurce położnych i podłączenia podglądu. Podobny system funkcjonuje już w naszym Szpitalu na Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i OIT.

Komfort pacjentek też się poprawi?

Beata Binek: Nadal będą to sale jednoosobowe przystosowane do przyjmowania porodów rodzinnych, choć teraz będą wyposażone w klimatyzację.

Tomasz Waśniewski: Chcielibyśmy pozyskać nowe łóżka położnicze, bo obecnie używane są już wyeksploatowane. Będą zupełnie nowej generacji, które poprawią także jakość pracy lekarzy i położnych. A przy tempie naszej pracy to liczy się również komfort personelu medycznego, żeby pracować w jak najbardziej optymalnych i ergonomicznych warunkach.

Beata Binek: Ma być bezpiecznie i komfortowo zarówno dla pacjentki, jak i dla potożnej i lekarza, dla wszystkich, którzy pracują z pacjentką.

Tomasz Waśniewski: Utrzymujemy standard przewidujący obecność przy każdym porodzie położnej i lekarza, co w wielu szpitalach nie jest normą. To zwiększa również bezpieczeństwo naszych pacjentek. A z ich liczby wynika, że czują się u nas bezpiecznie.

Wspomniał Pan o liczbie pacjentek. Ile pań zgłasza się do oddziałów ginekologicznych i położniczych w naszym Szpitalu?

Tomasz Waśniewski: Średnio przyjmujemy 10 pacjentek dziennie do porodu. Do tego dochodzą panie skierowane na oddział patologii ciąży i oddział ginekologii-onkologicznej, co w sumie daje około 30 pacjentek dziennie.

Beata Binek: We wrześniu 2017 r. przyjęliśmy 188 porodów i wykonaliśmy 105 cięć cesarskich. Tegoroczny rekord to 14 porodów jednego dnia. Dla porównania jeden ze szpitali powiatowych od 1 stycznia do 30 września, czyli przez 9 miesięcy przyjął 104 porody.

Taka liczba pacjentek wymaga nie tylko znakomicie wyszkolonego personelu, w tym położnych, ale także odpowiedniej ich liczby.

Beata Binek: Potrzebujemy położnych. Mamy obecnie duże braki kadrowe, po powiększeniu traktu może być jeszcze gorzej.

Tomasz Waśniewski: Od kilku lat alarmowaliśmy, że brakuje położnych w regionie. Zrobiliśmy research i okazało się, że średnia wieku w tym zawodzie na Warmii i Mazurach wynosi 53 lata, a najmłodsza położna miała 29 lat. Głównym powodem tej sytuacji był brak możliwości kształcenia w tej specjalności. Na początku XXI wieku przestała działać pomaturalna szkoła przy ul. Mariańskiej, gdzie można było uzyskać tytuł położnej.

Beata Binek: Zmienił się wtedy system kształcenia pielęgniarek i położnych. Aby pracować w tym zawodzie należało ukończyć wyższe studia, zlikwidowano więc szkoły pomaturalne. Niestety w ich miejsce nie powstał kierunek studiów dla położnych. O konieczności stworzenia takiej możliwości mówiono już od lat. Bardzo się cieszymy, że od października 2017 r. ruszył kierunek położnictwa na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego i ma duże powodzenie. Dzięki temu liczba miejsc zwiększyła się z pierwotnych 50 do 68, bo tyle kandydatek przyjęto. Prawdopodobnie za trzy lata, po ukończeniu studiów zostanie ich około 30, ale to i tak krok w dobrym kierunku.

Tomasz Waśniewski: Prof. Wojciech Maksymowicz, prorektor ds. Collegium Medicum UWM podjął bardzo słuszną decyzję o otwarciu kierunku położnictwa, a jedną z przyczyn

były nasze postulaty. Ten kierunek kształcenia może uratować w przyszłości położnictwo i ginekologię w naszym województwie. Opieka nad kobietą ciężarną, położnicą i dzieckiem leży tylko i wyłącznie w gestii położnych. Nie mogą się więc zajmować pielęgniarki. Dlatego otwarcie kierunku położnictwa na UWM jest tak ważne.

Dlaczego właśnie absolwentki położnictwa są tak ważne dla naszego Szpitala?

Beata Binek: Oczywiście mamy doświadczenie, to np. położne z mniejszych szpitali w regionie, ale to są już osoby, które po latach pracy mają już określone nawyki. A nam najbardziej zależy na osobach świeżo po szkole, które możemy wyszkolić zgodnie z naszymi potrzebami i standardami. Na tę chwilę mamy jedną młodą położną, która pracuje u nas półtora roku. Przyjechała do nas ze Szczecina. Ale to tylko jedna „świeża krew”. Potrzebujemy więcej takich osób.

Tomasz Waśniewski: Nowe osoby w tym zawodzie, podobnie zresztą jak w innych, są bardzo potrzebne. Wnoszą bowiem tak pożądane zaangażowanie i zapał do pracy, dzięki czemu zyskuje całość opieki.

Rozmawiał Przemysław Prais



Moje nowe wyzwanie na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim

Olga Bielan pielęgniarka oddziałowa oddziału Rehabilitacji w WSS w Olsztynie, specjalistka pielęgniarstwa zachowawczego, doktor nauk medycznych. Od 15 lat nauczyciel akademicki na UWM w Olsztynie, Katedra Pielęgniarstwa.

Od roku akademickiego 2017/2018 prodziekan ds. studenckich i kształcenia na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UWM w Olsztynie. To nowe zadanie, którego się pojęłam z myślą o utrzymaniu wysokiego poziomu kształcenia studentów na kierunkach takich jak: Pielęgniarstwo, Położnictwo, Ratownictwo Medyczne i Dietetyka. Na powstałym nowym wydziale odpowiadam między innymi za sprawowanie procesu dydaktycznego, realizację toku studiów oraz zajęć dydaktycznych a także za współpracę z samorządem studenckim. Z tego też powodu od obecnego roku akademickiego jestem także członkiem Senackiej Komisji Dydaktycznej UWM w Olsztynie. To dla mnie wielki zaszczyt, ale także i wyzwanie, bowiem do tej pory nigdy nie pełniłam tak odpowiedzialnej funkcji; muszę się jeszcze wiele nauczyć, mam także nadzieję, że sproszam temu zadaniu.

Całe dotychczasowe moje życie zawodowe było i jest związane z zawodem pielęgniarki i nauczyciela zawodu. Lubię swoją pracę a z upływem lat mogę chyba śmiało powiedzieć, że staje się ona także moją pasją. Dzisiaj już wiem, że pielęgniarstwo to nie tylko trudna sztuka opieki nad chorym człowiekiem, ale to umiejętności dobrej komunikacji z pacjentem, jego rodziną i całym zespołem terapeutycznym. Mój rozwój zawodowy nie byłby możliwy, gdybym na swojej drodze zawodowej nie spotkała pielęgniarek „mistrzów” zawodu, dzięki którym wciąż mogę się doskonalić w trudnej sztuce opieki nad pacjentem i w zarządzaniu zespołem ludzi. Mam tu na myśli Panią Hannę Taraszkiewicz Dyrektora ds. pielęgniarstwa WSS w Olsztynie oraz Panią Marię Kowalską przełożoną pielęgniarek tutejszego szpitala a także dość liczną grupę pielęgniarek, położnych (pielęgniarzy) lekarzy, rehabilitantów, fizjoterapeutów oraz innych pracowników nie tylko naszego szpitala, ale także i innych placówek medycznych.

Rozwój naukowy to nowy i dość trudny obszar działalności także zawodowej możliwy dzięki współpracy ze środowiskiem nauki i wybitnymi

profesorami, którzy chętnie dzielą się swoimi doświadczeniami w tym obszarze. Zachęcam wszystkich do dzielenia się wiedzą zawodową oraz poszukiwania obszarów badań w dziedzinie opieki pielęgniarskiej, profilaktyki, edukacji zdrowotnej i innych. Od wielu lat współpracuję także z Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie a obecnie jestem pełnomocnym przedstawicielem ORPiP w Olsztynie z ramienia WSS w Olsztynie. Jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Neurologicznych i od niedawna sekretarzem oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego reaktywowanego na UWM w Olsztynie. Współpracuję także z dr hab. n. med. Anną Doboszyńską, prof. UWM obecnym dziekanem Wydziału Nauk o Zdrowiu w ramach fundacji „Pulmonologia dla Warmii i Mazur”.

Dzisiaj ze szczególną troską patrzę na młodzież, studentów zainteresowanych kształceniem w zawodach medycznych. Standardy kształcenia w tych zawodach są bardzo wymagające dlatego zachęcam do tego, aby dzielić się ze studentami własnymi doświadczeniami i pomóc im nabywać nowe kompetencje zawodowe. Pokarżmy im, że są to zawody piękne, potrzebne i dające w życiu dużo satysfakcji. Jako prodziekan ds. studenckich i kształcenia na Wydziale Nauk o Zdrowiu liczę na wsparcie i pomoc w doskonaleniu procesu kształcenia studentów Wydziału Nauk o Zdrowiu UWM w Olsztynie.

Olga Bielan

Tomograf i rezonans już oficjalnie w strukturach Szpitala

16 listopada 2017 r. świętowaliśmy uroczyste „powrót do macierzy” Pracowni Rezonansu Magnetycznego oraz Pracowni Tomografii Komputerowej.

Tak jak już pisaliśmy w poprzednich wydaniach Pulsu Szpitala, dyrekcja Szpitala zdecydowała o nieprzedłużaniu umowy dotyczącej badań TK i MR z firmą Affidea. W efekcie obie pracownie po 13 latach wróciły w struktury Szpitala. Od 1 marca do końca sierpnia funkcjonowały w mobilnych kontenerach, a z początkiem września po zakończeniu prac modernizacyjnych i montażu nowoczesnych urządzeń ponownie działają na niskim parterze zachodniego skrzydła Szpitala.

Z tej okazji w sali audytornej Szpitala odbyła się uroczystość, w której wzięto udział wielu znamienitych gości. Wśród nich byli m.in. Marcin Kuchciński – wicemarszałek województwa, Aneta Parfianowicz – przedstawicielka Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie, Ryszard Wasiński – dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego, Walenty Seliga – zastępca dyrektora ds. medycznych NFZ w Olsztynie, przedstawiciele Rady Społecznej, dyrektorzy szpitali z regionu Warmii i Mazur oraz przedstawiciele



Pracowni Radiologicznych, a także pracownicy naszego Szpitala.

Goście docenili kolejny etap w rozwoju naszego Szpitala, wręczając dyrektor Irenie Kierzkowskiej listy gratulacyjne oraz kwiaty. Życzyli dalszych sukcesów i odwagi w realizowaniu nowych wyzwań, jakie niesie ze sobą stały i dynamiczny rozwój oraz dążenie do realizacji misji Szpitala, jaką jest „Pacjent przede wszystkim”.

Swoją obecnością na spotkaniu zaszczyt również prof. Jerzy Michał Walecki – konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, który w bardzo interesującej prezentacji multimedialnej przedstawił nowe wyzwania, jakie stawia dzisiejszej radiologii i rzeczywistość i jak niezwykłym narzędziem w diagnostyce jest rezonans magnetyczny. Pokazowi przyświecała myśl będąca parafrazą cytatu z „Matego księcia” Antoine’a de Saint-Exupéry’ego – „Dobrze się widzi



tylko sercem (+ nowymi technologiami) najważniejsze jest niewidoczne dla oczu." Prof. Walecki zademonstrował jak szeroki zakres mają badania wykonane rezonansem magnetycznym, którym możemy uzyskać obrazy zarówno strukturalne jak i funkcji poszczególnych organów. Podkreślił, że sprzęt jaki teraz posiada Wojewódzki Szpital Specjalistyczny spełnia najwyższe standardy.

Kolejnym wykładem, który wysłuchali zebrani, była prezentacja przedstawiona przez dr n. med. Grzegorza Wasilewskiego, kierownika Działu Diagnostyki Obrazowej Szpitala. Omówił on w paru słowach ciekawą historię radiologii na świecie i w Polsce. Opowiedział również o złożonej i nietatwej drodze do pozyskania pierwszego tomografu komputerowego, kiedy to z każdego możliwego źródła pozyskiwano pieniądze, na aparat który wtedy kosztował 8 mld starych złotych (około miliona marek niemieckich). W zbiórkę pieniędzy zaangażowały się władze województwa,

pracownicy Szpitala, przedstawiciele Kościoła, dziennikarze, artyści i sami pacjenci. Akcją pozyskiwania funduszy wspomógł także arcybiskup Edmund Piszcz, ówczesny metropolita warmiński, który dzięki swoim kontaktom ze środowiskami katolickimi w Republice Federalnej Niemiec sprawił, że niemiecki Caritas skierował jeden z trzech aparatów TK, kupionych w darze dla polskich szpitali, właśnie do Szpitala w Olsztynie. Był to aparat jednorzędowy firmy Siemens, który jako jedyny służył pacjentom województwa warmińsko-mazurskiego przez około 10 lat. Oficjalne otwarcie pracowni TK odbyło się 18 grudnia 1991 r.

Kolejnym krokiem w budowaniu nowoczesnej diagnostyki było zakupienie rezonansu magnetycznego w 1996 r.. Aparat Szpital uzyskał dzięki Ministerstwu Zdrowia. Oba te przedsięwzięcia mogły być zrealizowane dzięki determinacji wielu zaangażowanych ludzi, dyrekcji szpitala, ale także niezwykłych pasjonatów swojego

zawodu. To właśnie oni, doskonale rozumiejąc potrzebę istnienia nowoczesnej diagnostyki w Szpitalu. Tej idei szczególnie oddana była i jest dr Elżbieta Stefanowicz, która w 1986 r. została Kierownikiem Działu Radiologii. Podczas odbywającej się uroczystości dyrektor Irena Kierzkowska podziękowała jej za wkład w rozwój radiodiagnostyki w naszym Szpitalu.

Ostatnim przemawiającym był Adam Gałązka, przedstawiciel firmy GE. To właśnie z tej firmy w wyniku przetargu, Szpital zakupił sprzęt do pracowni TK i MR. Prezentacja „Ludzie i maszyny”, którą przedstawił prelegent, przeniósł wszystkich słuchaczy w przyszłość diagnostyki obrazowej, pokazując technologie, które choć teraz czasami wydają się niemal fantastyczne, to jednak dzięki trwającym już badaniom całkiem możliwe do realizacji.

Barbara Szymczuk

Dr Rakesh Jalali wojewódzkim konsultantem

Koordinator Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym decyzją wojewody warmińsko-mazurskiego 20 listopada 2017 r. objął funkcję Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Rozmowa z dr n. med. Rakeshem Jalali

Przemysław Prais: Proszę na początek opowiedzieć o Pana obowiązkach na stanowisku konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Rakesh Jalali: Do obowiązków konsultanta wojewódzkiego, niezależnie od specjalizacji, należy wydawanie opinii czy dana jednostka powinna zostać wpisana na listę jednostek organizacyjnych, które mogą prowadzić staż podyplomowy oraz specjalizacje lekarzy i lekarzy dentyków, pielęgniarów i innych zawodów medycznych. Dodatkowo konsultanci oceniają sposób realizacji stażu lub specjalizacji, a także poziom świadczeń zdrowotnych udzielanych przez osoby, które wykonują zawód medyczny i są zatrudnione w podmiocie leczniczym. Niekiedy też wnioskują do okręgowych rad samorządów zawodowych, żeby sprawdziły czy osoby wykonujące dany zawód medyczny, należycie pełnią swoje obowiązki.

Czy zastanawiał się Pan nad przyjęciem tej funkcji?

Owszem, nawet bardzo długo. Szczerze mówiąc, kilkakrotnie odmawiałem przyjęcia tej funkcji, gdyż jest ona czasochłonna, a mimo najlepszych chęci doba nie chce rozciągnąć się ponad 24 godziny.

Czy po pierwszych tygodniach pracy (rozmawiamy w połowie grudnia) podejmował Pan jakieś decyzje jako konsultant wojewódzki?

Dotychczas uczestniczyłem w spotkaniach z innymi konsultantami i specjalistami na szczeblu krajowym i wojewódzkim, na których wspólnie podejmowaliśmy decyzje dotyczące poprawy funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Rozwój tej dziedziny, stanowiącej jeden z filarów medycyny w warunkach przedszpitalnych, jest kluczowy dla działania całej służby zdrowia.

Proszę teraz o powiedzenie kilku zdań o sobie. Jak przebiegała Pańska kariera zawodowa?

W 1996 r. uzyskałem dyplom ukończenia studiów i tytuł zawodowy lekarza medycyny na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Białymstoku. Do 2004 roku pracowałem na Podlasiu, gdzie zdobyłem specjalizację w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny ratunkowej. Od 2004 roku podjąłem współpracę ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, początkowo jako zastępca ordynatora, a od 2011 roku jako koordynator. Od czasu podjęcia przeze mnie tej funkcji za pośrednictwem współpracy SOR z Wydziałem Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińskiego w Olsztynie, oddział uzyskał status oddziału klinicznego, a w ramach oddziału ratunkowego utworzono jedyne w województwie i jedno z 13 w całej Polsce, centrum urazowe (2012), którego przeznaczeniem jest szybka i kompleksowa opieka nad pacjentami z urazami wielonarządowymi.



Na co dzień jestem pasjonatem medycyny ratunkowej, którą uważam za piękną i ekscytującą. Jednakże, zapewne ze względu na poziom obciążenia stresem i tempo pracy, w środowisku lekarskim uchodzi ona za przystawione „brzydkie kaczątko”. Znalazienie „chętnych” do pracy, aby zamknąć grafik dyżurów zajmuje mi niekiedy kilka tygodni. Z jednej strony mnie to nie dziwi, gdyż dyżur w SKOR to nie lada wyzwanie. Noce i weekendy bywają bardzo ciężkie i wydaje mi się, że nie ma drugiego takiego oddziału, który wymagałby tyle energii, cierpliwości a zarazem podejmowania krytycznych decyzji pod presją czasu. Oddział ratunkowy to miejsce, które opiera się na pracy zespołowej. Współpraca zarówno wewnątrz kliniki, jak i z kolegami konsultantami z innych oddziałów jest dotychczas bardzo udana i, z naszej perspektywy, bardzo cenna.

Chciałbym teraz poprosić o powiedzenie o swoich zainteresowaniach i pasjach poza zawodowych.

Poza pracą regularnie grywam w tenisa, nie wyobrażam sobie tygodnia bez meczu na kortcie. Uwielbiam podróże i każdą wolną chwilę staram się wykorzystać na zwiedzanie nowych miejsc.

Rozmawiał Przemysław Prais

Bezpieczniejsze operacje tarczycy

Operacje tarczycy należą do najczęściej wykonywanych operacji dotyczących gruczołów dokrewnych. Od czasów Kochera operacje tarczycy wykonywane są z niskim ryzykiem śmierci oraz powikłań.

Do najczęstszych powikłań operacji tarczycy należą niedoczynność przytarczyc, krwawienie lub krwiak pooperacyjny oraz uszkodzenie nerwów krtaniowych wstecznych. Nerwy krtaniowe wsteczne przewodzą impulsy nerwowe sterujące pracą krtani z centralnego układu nerwowego do mięśni poruszającymi strukturami krtani oraz napinającymi fałdy (struny) głosowe. Nerwy krtaniowe mają niewielką średnicę ok 1 mm, są delikatne i podatne na uszkodzenie nie tylko np. na przecięcie nożyczkami, ale także zmiążdżenie w wyniku uchwycenia pęsetą czy wreszcie przypalenia elektrokoagulacją lub nożem ultradźwiękowym. Ponadto nerwy krtaniowe przebiegają w bezpośredniej bliskości tarczycy, jej tylnio-bocznej części. Bliskość nerwów jest niekiedy taka, że przebiegają tuż przy torebce tarczycy a także krzyżują się z naczyniami tarczowymi dolnymi. Przy operacji tarczycy chirurdzy zmuszeni preparować w tej okolicy.

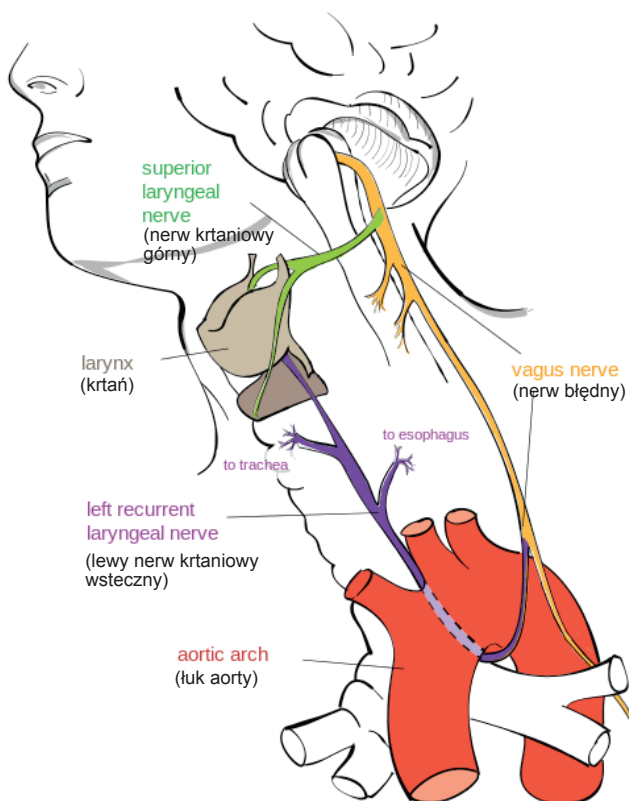
Biegła znajomość anatomii operowanej okolicy, staranne preparowanie, śródoperacyjna identyfikacja nerwów krtaniowych wstecznych umożliwiając zmniejszenie liczby powikłań.

Operacjom tarczycy często poddają się pacjentki i pacjenci czynni zawodowo. Każdy przypadek uszkodzenia nerwów krtaniowych wstecznych powoduje czasowe lub niestety także trwałe zaburzenia mowy. Zaburzenia te mają postać chrypki. Głos staje się cichy i bezdźwięczny. Dla większości osób jest to prawdziwa trauma: utrudnienie komunikacji z bliskimi, oraz obcymi. Zwykle występują poważne zaburzenia w wykonywaniu dotychczasowego zawodu. Szczególnie dotyczy to np. nauczycieli, osób pracujących w usługach itp. Zawodowi spikerzy czy dziennikarze radiowi i telewizyjni, wokaliści, śpiewacy – dla przedstawicieli tych zawodów zaburzenia głosu skutkują przerwaniem kariery zawodowej, utratą dochodów i pracy. Proporcjonalnie do strat pacjentów także szpital może być narażony na niebezpieczeństwo wypłaty znaczących odszkodowań z tytułu utraty zdolności do pracy, uciążliwości w życiu zawodowymi i domowym.

Jedną z metod ułatwiających identyfikację nerwów krtaniowych wstecznych w trakcie operacji oraz zapobiegających ich uszkodzeniu jest metoda neuromonitoringu.

Polega ona na wykorzystaniu specjalnego urządzenia które umożliwia kontrolowane pobudzenie nerwów krtaniowych wstecznych w czasie operacji i jednoczesnym rejestrowaniem rezultatu tego pobudzenia w postaci skurczu mięśni krtani.

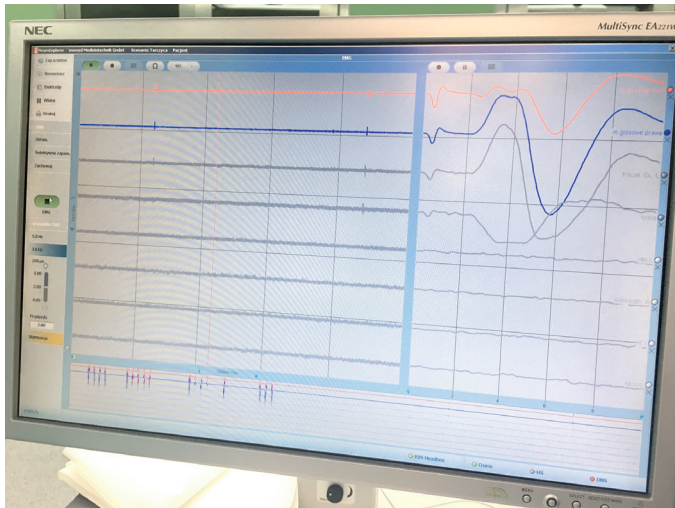
Do pobudzania nerwu służy specjalna elektroda, podłączona do urządzenia wytwarzającego impulsy elektryczne. Istnieje możliwość regulacji parametrów stymulacji.



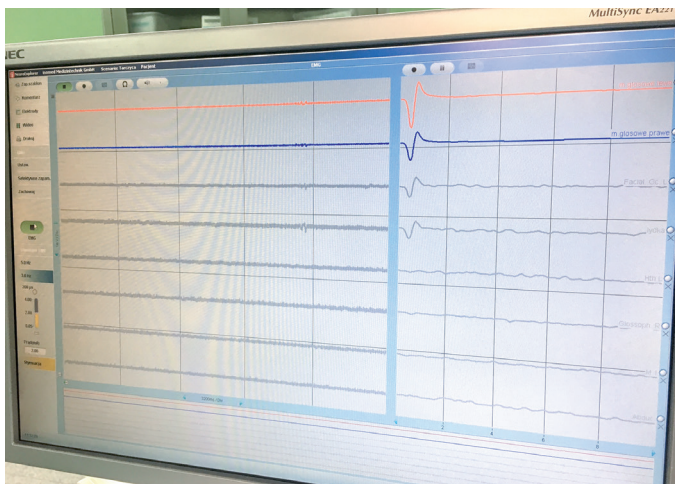
Ryc. 1. Anatomia gruczołu tarczowego – przebieg nerwów krtaniowych (źródło: wiki) https://pl.wikipedia.org/wiki/Nerw_krtaniowy_wsteczny#/media/File:Recurrent_laryngeal_nerve.svg



Ryc. 2. Elektroda do stymulacji nerwu w ręku chirurga w polu operacyjnym



Ryc. 3. Zdjęcie monitora z widocznym zapisem pobudzenia nerwu krtaniowego wstecznego.



Ryc. 4. Zdjęcie ekranu neuromonitoringu – widoczny zapis braku stymulacji nerwu krtaniowego wstecznego

Do rejestracji skurczu mięśni krtani służy inna elektroda umieszczona na rurce intubacyjnej. Rurka intubacyjna jest wprowadzona do tchawicy w trakcie znieczulenia – zapewnia możliwość oddychania przez pacjenta, który jest uśpiony. Pobudzenie nerwu krtaniowego – jest widoczne na monitorze urządzenia w postaci specyficznego wykresu.

Brak pobudzenia także jest widoczny w postaci charakterystycznego zapisu.

Opisywana metoda nie eliminuje całkowicie ryzyka uszkodzenia nerwu. Jednakże daje szansę na łatwiejszą identyfikację nerwów krtaniowych wstecznych. Szczególnie przydatna jest dla chirurgów zdobywających doświadczenie w zakresie operacji tarczycy. Wyjątkowego znaczenia nabiera u chorych, u których doszło do zmienionych stosunków anatomicznych np. u pacjentów po wcześniejszym napromienianiu okolicy szyi, u chorych z bardzo dużym powiększeniem gruczotu tarczowego, u chorych po przebytych wcześniej operacjach w okolicy szyi. Ci chorzy narażeni są w bardzo dużym stopniu na porażenie nerwu krtaniowego wstecznego. W takiej sytuacji zastosowanie neuromonitoringu znacznie zmniejsza zagrożenie dla chorego.

Zastosowanie przez nasz oddział metody neuromonitoringu przy operacjach tarczycy jest możliwe dzięki współpracy z lekarzami innych specjalności. Anestezjolog w przygotowuje rurkę intubacyjną naklejając na nią elektrodę odbiorczą. Znieczulenie jest prowadzone w specjalny sposób tak żeby nie były zwiotczone mięśnie. Wtedy nasz sprzęt działa skutecznie.

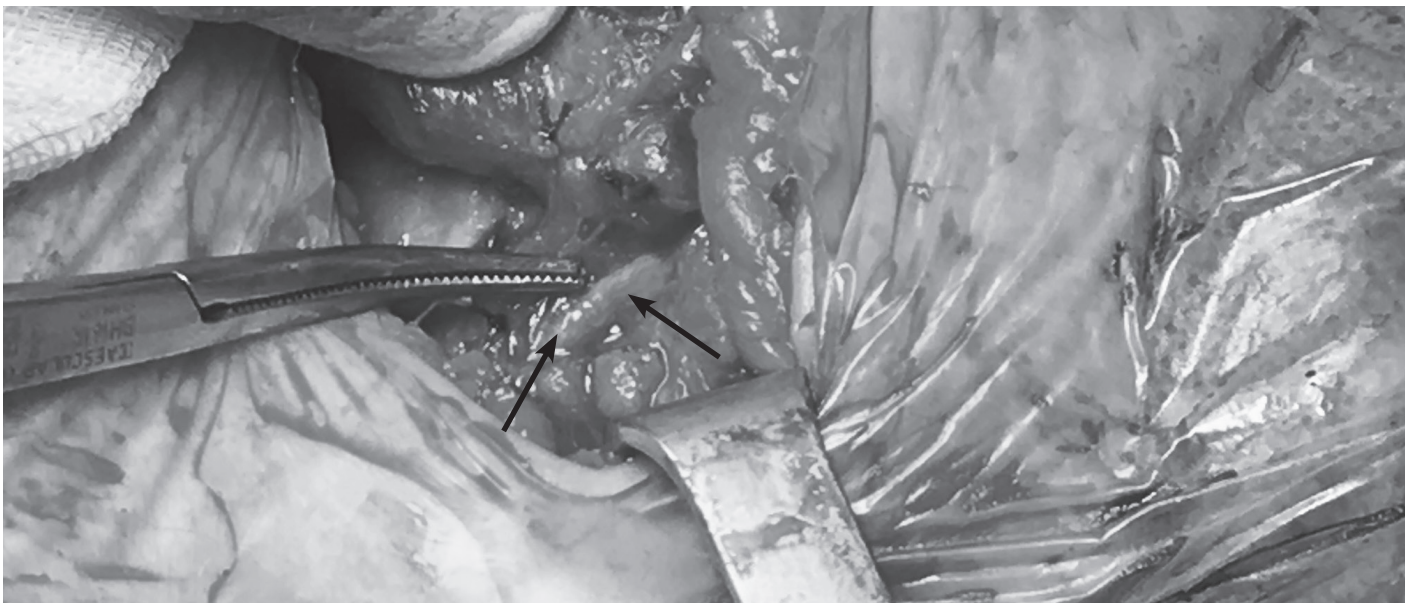
Przy wdrożeniu metody neuromonitoringu bardzo wspierała nas i szkolila w zastosowaniu sprzętu dr Agnieszka Parda – lekarz Oddziału Klinicznego Neurochirurgii. W tym miejscu składam podziękowania za tą miłą współpracę Pani dr Agnieszce oraz Dr hab. Waldemarowi Ochowi ordynatorowi ww. Oddziału.

Niestety sprzęt do neuromonitoringu jest kosztowny. Kosztują także zużywane w czasie zabiegu jednorazowe elektrody. Niestety NFZ nie refunduje kosztów stosowania tej metody. Stajemy wobec dylematy czy wykonać operację taniej, czy bardziej bezpiecznie... Wspólne użytkowanie przez aparatu przez lekarzy różnych specjalności: neurochirurgów, laryngologów i chirurgów pozwala nieco obniżyć koszty.

W mojej ocenie wdrożenie ww. metody stanowi duży krok na przód w zakresie bezpieczeństwa pacjentów podlegających operacjom tarczycy.

Dr n. med. Piotr Malinowski

Ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej Naczyniowej i Onkologicznej



Ryc. 5. Uwidoczniony w czasie operacji nerw krtaniowy wsteczny – wskazuje go wierzchołek narzędzia chirurgicznego oraz strzałki.

Projekty, projekty, pieniądze...

Szanowni Państwo, kolejny rok upłynął pod znakiem wyszukiwania zewnętrznych źródeł finansowania na zakup niezbędnego sprzętu i aparatury medycznej czy prac modernizacyjnych. Możemy mówić o małych, ale i tych większych sukcesach. Udało się, po kilku latach starań pozyskać, z Ministerstwa Zdrowia środki na zakup specjalistycznego sprzętu, niezbędnego do utworzenia sali hybrydowej, czy doposażenia w specjalistyczny sprzęt sali operacyjnej-transplantologicznej w ramach wieloletniego programu na lata 2011-2020 pn.: *Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantologicznej*.

Oddział Neonatologiczny i Intensywnej Terapii Noworodka skorzystał z możliwości dofinansowania zakupu aparatury i sprzętu medycznego z określeniem celowości w kontekście realizowanych zadań, na podstawie ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Należało tu również określić czy wnioskowany zakup dotyczy nowego sprzętu, czy też zastąpi

obecnie posiadane urządzenia (z określeniem jego rodzaju oraz stanu technicznego).

Dzięki pieniądзом pozyskanym z Programu Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej, kupiliśmy niezbędny sprzęt do nowoutworzonego gabinetu leczenia zespołu stopy cukrzycowej.

Szpital już od wielu lat jest realizatorem Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, obecnie realizuje zadanie w programie badań przesiewowych raka jelita grubego w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych.

Wszystkie wymienione zadania nie tylko zrealizowaliśmy, ale też rozliczyliśmy, co nie było takie oczywiste w kontekście narzuconych przez Ministerstwo Zdrowia krótkich terminów oraz wymagań merytorycznych. Po raz kolejny okazało się, że było to możliwe dzięki wspólnej pracy, między innymi z Działami: Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, Księgowości, Aparatury Medycznej,

Technicznym, Informatycznym oraz komórkami medycznymi.

Ważnym źródłem finansowania przedsięwzięć szpitalnych są środki unijne. Obecnie jesteśmy w trakcie realizacji projektu informatycznego, dzięki któremu zostaną wdrożone e-usługi ukierunkowane na efekty wewnątrzadministracyjne oraz efekty odczuwalne dla potencjalnych pacjentów – realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego. Doposażamy też Dział Diagnostyki Obrazowej w ramach funkcjonującego Centrum Urazowego, który jest dofinansowany z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Więcej, o projektach poniżej. Nowy rok i nowe wyzwania i oby było ich jak najwięcej. Jesteśmy przygotowani nie tylko na nowe źródła, ale i płynące strumienie pieniędzy, które dają szansę rozwoju dla szpitala i szansę leczenia dla pacjentów.

Elżbieta Majchrzak-Kłockocka, Alicja Biernacka, Katarzyna Szychulska-Topa
Dział Organizacyjny Funduszy Zewnętrznych

Centrum urazowe – ciąg dalszy...

Doposażenie Działu Diagnostyki Obrazowej w sprzęt specjalistyczny w ramach funkcjonującego Centrum Urazowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

Realizacja projektu rozpoczęła się w sierpniu 2017 r., zakończenie projektu planowane jest w drugim kwartale 2018 r. Projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014–2020; Priorytet: IX Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia; Działanie: 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego.

Celem głównym projektu jest zapewnienie dostępności do wysokiej, jakości usług zdrowotnych poprzez doposażenie Działu Diagnostyki Obrazowej w specjalistyczną aparaturę pozwalającą na szybkie i całodobowe diagnozowanie pacjentów z urazami wielonarządowymi.

Zakup nowoczesnego sprzętu do diagnostyki obrazowej pozwoli na przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki obrazów w jak najkrótszym czasie



od zdarzenia, co umożliwi postawienie wczesnej diagnozy i szybkie podjęcie decyzji o jak najlepszej metodzie leczenia „pacjenta urazowego”. Technologia zastosowana w nowoczesnym sprzęcie do diagnostyki obrazowej pozwoli na zminimalizowanie negatywnych skutków transportu pacjenta w celu wykonania badania i jednocześnie pozwoli na zmniejszenie dawki promieniowania w trakcie ekspozycji przy zachowaniu wysokiej jakości obrazu diagnostycznego.

Zakres rzeczowy projektu obejmuje zakup specjalistycznego sprzętu do Działu Diagnostyki Obrazowej nowoczesnego cyfrowego stacjonarnego aparatu RTG, dwóch cyfrowych przenośnych aparatów RTG oraz wysokiej klasy aparatu ultrasonograficznego z głowicami.

Wartość projektu:

Całkowita wartość projektu wynosi **2 000 000,00 zł**

Koszty kwalifikowalne **2 000 000,00 zł**

Kwota dofinansowania (85% wydatków kwalifikowanych) **1 700 000,00 zł**

Wkład własny (15% wydatków kwalifikowalnych) **300 000,00 zł**

Wdrożenie e-usług

„Wdrożenie e-usług w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie poprzez modernizację infrastruktury IT szpitala” to nowy projekt realizowany przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.

Projekt rozpoczął się w październiku 2016 r. i potrwa do końca września 2018 r. Projekt współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 3 Cyfrowy Region, Działanie 3.2 E-zdrowie.

Celem głównym projektu jest stworzenie i uruchomienie e-usług z zakresu ochrony zdrowia zintegrowanych z tworzoną na szczeblu krajowym platformą P1.

Dzięki realizacji projektu zostaną wdrożone e-usługi ukierunkowane na efekty wewnątrzadministracyjne A2A oraz efekty odczuwalne dla obywatela oraz przedsiębiorcy – usługi A2C oraz A2B oraz zintegrowane z P1. Przedmiotem projektu jest stworzenie/budowa e-usług umożliwiających udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych, przekazywanie informacji o udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach opieki



zdrowotnej, dostęp usługobiorców (pacjentów) do tych informacji oraz wymianę pomiędzy świadczeniodawcami danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej, niezbędnych do zapewnienia ciągłości leczenia.

Zakres rzeczowy projektu obejmuje stworzenie 10 e-usług: e-dokumentacja medyczna, e-rejestr elektronicznej dokumentacji medycznej, e-wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej, e-zdarzenie medyczne, e-wyniki, e-powiadomienia, e-recepta, e-skierowanie, e-zlecenie, e-komunikacja. Aby zrealizować powyższe e-usługi niezbędny jest zakup sprzętu komputerowego oraz oprogramowania.

Liczymy na szybką realizację przedmiotowego zadania i na skuteczne wdrożenie jego efektów. To ważny projekt nie tylko dla personelu szpitala, lecz także dla jego pacjentów. Kompleksowa informatyzacja wpłynie bowiem na podwyższenie standardu ich obsługi, a personelowi pozwoli na oszczędność czasu w zakresie dokumentacji medycznej.

Wartość projektu:

Całkowita wartość Projektu – **3 595 915,00 zł**

Wydatki kwalifikowalne Projektu – **3 590 540,00 zł**

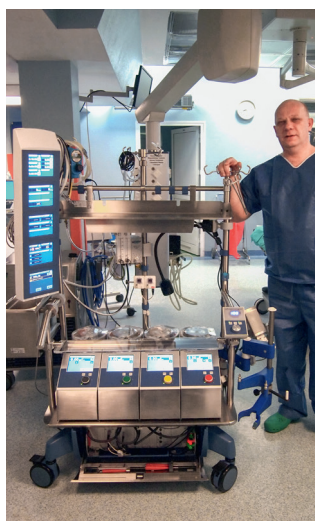
Dofinansowanie na realizację Projektu – **3 051 959,00 zł**



Ministerstwo Zdrowia

Pierwsza sala hybrydowa w regionie

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie otrzymał 3 mln 259 tys. zł dofinansowania z Ministerstwa Zdrowia na wyposażenie sali hybrydowej.



Środki zostały przyznane w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020 na realizację zadania: Wyposażenie/doposażenie hybrydowej sali operacyjnej na potrzeby chirurgii naczyniowej, kardiologii i kardiologii chirurgii w roku 2017. Szacunkowy koszt całego zadania to 4 mln 097 tys. zł. W ramach realizacji umowy został zakupiony: cyfrowy angiograf do badań serca i naczyń, stół angiograficzny z pływającym blatem, aparatura do hemofiltracji i krążenia pozaustrojowego, aparatura do kontrapulsacji i krążenia pozaustrojowego, respirator, aparat do znieczulenia, defibrylator, aparat ultrasonograficzny.

Nowoczesna sala hybrydowa zostanie uruchomiona już w drugim kwartale 2018 r.

Nowa sala hybrydowa pozwoli na wykonywanie skomplikowanych zabiegów pacjentom ze schorzeniami naczyń. Pacjenci Ci często potrzebują wielospecjalistycznej opieki medycznej oraz wykonania jednocześnie dwóch

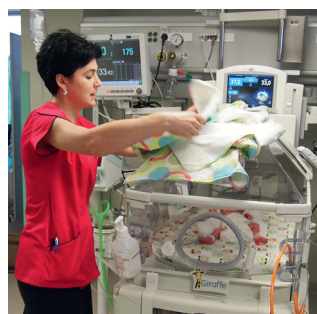


procedur medycznych (zabiegi hybrydowe) np. stentowanie naczyń wieńcowego i zabieg pomostowania naczyń lub stentowanie tętnicy szyjnej i zabieg pomostowania naczyń wieńcowych.

Ponadto specjalistyczne wyposażenie sali hybrydowej umożliwi prowadzenie operacji w nowych zakresach i zapewni ich najwyższą jakość oraz bezpieczeństwo pacjentów.

Więcej informacji na temat Sali hybrydowej w następnym numerze Pulsu Szpitala...

Na zdjęciach aparatura do hemofiltracji i krążenia pozaustrojowego, aparat do kontrapulsacji i aparat USG.



Sprzęt dla najmłodszych pacjentów

Ponad 712 tys. zł dotacji otrzymał Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie na zakup nowoczesnego sprzętu medycznego dla Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka.

Pieniądze pochodzą z dotacji celowej Ministerstwa Zdrowia. Środki te Szpital przeznaczył na dofinansowanie zakupu aparatury/sprzętu medycznego: aparat do przezskórnego pomiaru CO₂, centrala monitorująca, aparat do wsparcia oddechu w systemie NHF (4 szt.), aparat CFM, analizator parametrów krytycznych, pompa objętościowa (22 szt.), wózek medyczny z wyposażeniem (5 szt.), monitor parametrów życiowych (3 szt.), konwektorowy podgrzewacz do butelek (2 szt.), pulsoksymetr stacjonarno-transportowy (2 szt.), pompa infuzyjna strzykawkowa (40 szt.).

Wyposażenie Oddziału w najnowocześniejszy sprzęt wg zalecanych standardów pozwoli na nowoczesne, komfortowe i bezpieczne prowadzenie terapii u noworodków.

Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie jest oddziałem referencyjnym (III^o) dla oddziałów noworodkowych w województwie warmińsko-mazurskim. W Oddziale prowadzona jest nie tylko intensywna terapia noworodka, ale także leczone są noworodki urodzone przedwcześnie i z ciężą powikłanych, jak: wcześniaki urodzone z małą i bardzo małą urodzeniową masą ciała, noworodki z konfliktem serologicznym i innymi zaburzeniami hematologicznymi, noworodki matek cukrzycowych, noworodki matek z EPH – gestożą, noworodki z zaburzeniami neurologicznymi, z zakażeniami. Ponadto diagnozowane i leczone są noworodki z wadami rozwojowymi, zaburzeniami rytmu serca, z dysplazją oskrzelowo – płucną, z przetrwałym przewodem tętniczym. Prowadzone są również badania w kierunku retinopatii wcześniaków (ROP). W ciągu 10 lat Oddział zmniejszył umieralność poporodową noworodków z masą poniżej 1000 g.



Na zdjęciach: analizator parametrów krytycznych i pompy objętościowe, pulsoksymetr, monitor parametrów życiowych.



Ministerstwo Zdrowia

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie od września 2016 roku do końca 2018 roku został realizatorem zadania Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych pn.: „Program badań przesiewowych raka jelita grubego, w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych w systemie oportunistycznym na lata 2016-2018”, badania wykonywane w ramach programu finansowane są przez Ministerstwo Zdrowia – Departament Polityki Zdrowotnej.

Program polega na wykonywaniu kolonoskopii przesiewowych w populacji osób

Program badań przesiewowych raka jelita grubego

średniego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego tj.:

- osoby w wieku 50-65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego,
- osoby w wieku 40-49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u których rozpoznano raka jelita grubego,
- osoby w wieku 25-49 lat z rodziny z zespołem Lynch.

Celem ogólnym zadania Programu badań przesiewowych raka jelita grubego:

- zwiększenie odsetka raków jelita grubego wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania,
- zwiększenie odsetka wyleczenia
- 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).

Podstawę do zakwalifikowania osoby na badanie jest spełnienie kryteriów wiekowych i wypełnienie ankiety dostępnej na stronie internetowej Szpitala wss.olsztyn.pl/bezplatne-badania-profilaktyczne/profilaktyka-raka-jelita.

W ramach programu w 2016 roku w Pracowni Endoskopowej badanie kolonoskopowe wykonano dla 400 osób, które zgłosiły się na badanie, na rok 2017 i 2018 zaplanowano wykonanie po 600 badań przesiewowych, do końca III kwartału ubiegłego roku wykonano już 423 badania.

Sprzęt dla Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie został realizatorem „Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej” w zakresie zadania dotyczącego wyposażenia i doposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną ośrodków transplantacyjnych, banków tkanek i komórek oraz medycznych laboratoriów diagnostycznych testujących komórki, tkanki i narządy w latach 2017-2018. Zadanie jest współfinansowane w 80% ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Zgodnie z Programem zadanie jest przewidziane do realizacji w roku 2017 i 2018. W bieżącym roku został zakupiony medyczny sprzęt specjalistyczny: kolumna i zestaw instrumentów do chirurgii małoinwazyjnej (laparoskopii), dwa haki automatyczne niezbędne podczas wykonywania zabiegów operacyjnych, aparat do wykonywania elektrokardiografii podczas

i po zabiegu operacyjnym oraz dwie pompy infuzyjne objętościowe wykorzystywane do ciągłego lub cyklicznego dokładnego dawkowania leków. Koszt zakupionego sprzętu to 503 831,48 złotych, z czego 402 745,18 złotych stanowi dofinansowanie ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Zgodnie z podpisaną umową o dofinansowanie na rok 2018 zaplanowany jest zakup kolejnej partii specjalistycznego sprzętu: dwa kardiomonytory z możliwością inwazyjnego monitorowania układu krążenia i parametrów życiowych, zestaw narzędzi chirurgicznych do chirurgii nerki i naczyń, lupa operacyjna i aparat ultrasonograficzny przytóżkowy z możliwością wykonania kolorowego badania Doppler. Szacunkowy koszt przedsięwzięcia 218 000,00 złotych.



Na zdjęciu kolumna i zestaw instrumentów do chirurgii małoinwazyjnej.

Gabinet leczenia zespołu stopy cukrzycowej

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie otrzymał 19 800,24 złotych dofinansowania ze środków Ministerstwa Zdrowia na zakup wyposażenia gabinetu leczenia zespołu stopy cukrzycowej pełniącego funkcję podstawową działającego przy specjalistycznej poradni diabetologicznej.

Środki zostały przyznane w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Program Wsparcia Ambulatoryjnego Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej na lata 2016-2018 na realizację zadania „Wyposażenie i doposażenie gabinetów leczenia zespołu stopy cukrzycowej mogących pełnić funkcję podstawową w 2017 roku.”

W ramach realizacji umowy został zakupiony sprzęt: podologiczny fotel zabiegowy dla pacjenta, taborset zabiegowy dla lekarza, frezarka do usuwania modeli, trzy zestawy do badania neuropatii cukrzycowej, komplet podstawowych narzędzi chirurgicznych – 21 elementów, komputer wraz z oprogramowaniem, drukarką i kserokopiarką i aparat fotograficzny służący do prowadzenia dokumentacji poglądowej postępów leczenia ran zespołu stopy cukrzycowej.

Działający od 31 października 2017 roku gabinet leczenia zespołu stopy cukrzycowej pozwoli na stworzenie zintegrowanej opieki nad chorymi na cukrzycę.



Na zdjęciu w nowoutworzonym gabinecie pielęgniarka Martyna Lemańska oraz lekarze: Wojciech Matuszewski i Robert Modzelewski.

Ćwiczenia w szpitalu – pożar i częściowa ewakuacja transplantologii

Tak, jak co roku jeden z oddziałów Szpitala stanął przed zadaniem przetrenowania ewakuacji zagrożonych osób i ugaszenia pożaru. Tym razem podjął się tego personel Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej.

Konieczność przeprowadzania tego rodzaju ćwiczeń wynika z Rozporządzenie MSWiA z dnia 7.06.2010 r. w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków. W związku z tym Dyrekcja WSS w Olsztynie, po uzgodnieniu miejsca z Państwową Strażą Pożarną zdecydowała, że obowiązkowe ćwiczenia odbędą się 14 listopada w oddziale dr Leszka Adadyńskiego.

Głównym celem ćwiczeń było sprawdzenie:

- warunków organizacji i ewakuacji pacjentów, mienia oraz użytkowników obiektu;
- sprawności elementów systemu sygnalizacji pożarowej;
- umiejętności użycia sprzętu gaśniczego przez personel.

Dzięki ćwiczeniom personel oddziału utrwala prawidłowe reakcje podczas takich nieprzewidywanych sytuacji. Ćwiczenia wymuszają na pracownikach znajomość procedury i instrukcji wewnętrznej, dotyczącej bezpieczeństwa przeciwpożarowego, w której określono kolejność i warunki ewakuacji.

Scenariusz zakładał, że w wyniku zwarcia w instalacji elektrycznej w telewizorze w sali pacjentów nr 1, dochodzi do powstania pożaru. Zadymienie w pomieszczeniu wykrywa czujka pożarowa. System sygnalizacji pożarowej uruchamia alarm I-go stopnia (alarm żółty), a personel Punktu Informacji rozpoczyna procedurę weryfikacji sygnału pożarowego – kontaktuje się z zatrudnionymi w Oddziale, celem sprawdzenia sygnału o zagrożeniu pożarem. Pracownik Oddziału po telefonie z PI udaje się pod wskazany adres czujki pożarowej. Po otwarciu pomieszczenia stwierdza obecność dymu – alarmuje o niebezpieczeństwie otoczenie, podejmuje czynności ratowniczo-gaśnicze zgodnie z Instrukcją postępowania na wypadek powstania pożaru (wywieszane są w każdym oddziale).

Powiadomiony ordynator organizuje działania zabezpieczające pacjentów i personelu – ewakuacja do bezpiecznej strefy, do innych oddziałów na poziomie kondygnacji, stosuje „obronę w miejscu” tzn. pozostawia w salach pacjentów mniej zagrożonych – ewakuacja także stanowi zagrożenie, szczególnie dla osób objętych intensywnej opieką medyczną.

Mimo podjętych czynności gaśniczych gaśnicami pożar się rozwija, powstały dym zagraża innym pomieszczeniom.



Decyzją Ordynatora zostaje uruchomiony ręczny ostrzegacz pożarowy na korytarzu w celu bezpośredniego zaalarmowania straży pożarnej.

Uruchomione zostają elementy systemu sygnalizacji pożarowej szpitala:

- dźwiękowy system ostrzegawczy nadaje komunikaty /ewakuacyjny i ostrzegawczy/ w dwóch strefach pożarowych – oddziałach,
- wentylacja pożarowa na klatkach schodowych,
- zostają automatycznie zamknięte drzwi przeciwpożarowe zabezpieczone elektrozamykami.

Ordynator prowadzi dalsze działania zabezpieczające i ewakuacyjne na oddziale, informuje Dyrektora Szpitala, służby ratownicze o bieżącej sytuacji. Do pomocy na miejsce przybył dyżurny

elektryk z zastępczymi środkami łączy (jest w dyspozycji cała doba).

Na terenie szpitala i oddziału ćwiczyły także trzy zastępy straży pożarnej, 18 strażaków (wg procedury PSP do pożaru w szpitalu jest dysponowanych automatycznie 6 zastępów) z dwóch jednostek ratowniczo-gaśniczych na terenie Olsztyna. Ćwiczenia ocenił Dowódca JRG Nr 1, bryg Jarosław Przybyłowski.

W trakcie prowadzonych działań ratowniczo-gaśniczych na oddział przybyła dyrektor Szpitala Irena Kierzkowska, w celu koordynowania powstałą sytuacją kryzysową.

Po osiągnięciu założonych celów ćwiczeń przez kierującego akcją ratowniczo-gaśniczą i obserwatorów nastąpiło zakończenie ćwiczeń i personel PI podaje za pomocą DSO komunikat odwołujący zagrożenie – ćwiczenia.

Podczas ćwiczenia na Oddziale drogi ewakuacyjne były utrzymane jako drożne i nie utrudniały prowadzonej ewakuacji.

Przydarzyły się także błędy i niedociągnięcia, które zostały omówione po ćwiczeniach przez powołanych obserwatorów, Dowódcę JRG oraz Przewodniczącą Zespołu Kryzysowego panią dyrektor Irenę Kierzkowską. Określono zadania, których realizacja ma usprawnić potencjalne akcje ratowniczo-gaśnicze.

Zakres ewakuacji bywa różny (ewakuacja częściowa i całkowita). Czasem sprowadza się do wyniesienia lub wyprowadzenia kilku osób, innym zaś razem trzeba ewakuować wszystkie osoby znajdujące się w obiekcie oraz kosztowniejszy sprzęt i urządzenia, jak i dokumentację. Są to zadania bardzo złożone, trudne i odpowiedzialne, a przy tym wymagające bezwzględnie ścisłego współdziałania kierującego akcją ratowniczo-gaśniczą z Państwową Strażą Pożarną i osób (personelu) w danym obiekcie. W sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia, działanie personelu powinno być pozbawione cech improwizacji, przypadkowości i paniki. W sytuacji stresu spowodowanego nagłym, niebezpiecznym zdarzeniem (pożar, wybuch) zostaje znacznie upośledzona zdolność racjonalnego działania, dlatego działania personelu do czasu przybycia jednostek ochrony przeciwpożarowej powinny odbywać się wg pewnych, ustalonych wcześniej schematów.

Zbigniew Łupina,
inspektor ds. p.poż. w WSS w Olsztynie

Pan Rysio na emeryturze...

Trudno w to uwierzyć, ale Ryszard Właźlak, mechanik precyzyjny z Działu Aparatury Medycznej nie pracuje już w naszym Szpitalu.

Po prawie 30 latach pracy podczas uroczystości pożegnali go koleżanka i koledzy z Działu oraz inne osoby ze Szpitala, z którymi współpracował przez ten czas.



W piątek 13 października w sali nr 7 zgromadziło się prawie 30 osób, które poświęciły swój czas, by pożegnać „pana Rysia”, czy po prostu „Rysia”, jak zwracali się do niego ci, którzy znali go najdłużej. Henryk Krzyżak, zastępca dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych Szpitala wręczył mu w imieniu dyrektora Ireny Kierzkowskiej pamiątkową statuetkę. Pani dyrektor nie mogła tego dnia być na uroczystości, spotkała się jednak z Ryszardem Właźlakiem kilka dni później, by osobiście podziękować za długoletnią pracę dla Szpitala.

Rozmowa z Ryszardem Właźlakiem

Przemysław Prais: Kiedy rozpoczął Pan pracę w Szpitalu?

Ryszard Właźlak: Rozpocząłem ją 1 lutego 1988 r. w Sekcji Aparatury Medycznej, która w późniejszych latach przekształciła się w Dział. W podjęciu decyzji o przyjęciu do Szpitala pomogły mi namowy ze strony dwóch znakomych pracujących tu lekarzy, którzy naprawiali swoje sprzęty w moim warsztacie. Prof. Edward Lenkiewicz, ordynator Oddziału Okulistycznego przynosił do mnie sprzęt fotograficzny, zaś prof. Stefan Bołoczko, ordynator Oddziału Ortopedycznego kołował mi do wędek. Przy okazji zachęcali mnie, bym przeszedł do Szpitala Wojewódzkiego. Ich zdaniem moje umiejętności bardzo by się tam przydały. W efekcie zatrudniłem się w Szpitalu i przepracowałem w nim prawie 30 lat. Z początku dzieliłem gabinet z pielęgniarką oddziałową na okulistyce,

a potem przeniostałem się na siódme piętro Szpitala, gdzie pracowałem już do końca.

Na czym polegała Pana praca?

Głównie zajmowałem się sprzętem optycznym, a więc mikroskopami laboratoryjnymi i operacyjnymi oraz wszystkim co było związane z okulistyką, w tym sprzętem do mikrochirurgii oka. Poza tym robiłem to, co akurat było trzeba, a więc np. naprawiałem elektryczne łóżka szpitalne, czy monitory funkcji życiowych.

Na uroczystości pańskiego pożegnania było wiele osób. Spodziewał się Pan takiej liczby gości?

Powiem szczerze, że było to dla mnie wielką niespodzianką. Wiedziałem, że na spotkaniu będą koledzy z działu, ale liczba gości przeszła moje oczekiwania. Bardzo ucieszyło mnie też kryształowe serce z dedykacją, które wręczył mi dyr. Henryk Krzyżak.

Jakie ma Pan plany na emeryturę?

Chciałbym więcej czasu poświęcić fotografowaniu, przy czym chodzi o zdjęcia wykonywane aparatem analogowym, które następnie trzeba wywołać w ciemni. Ta postać fotografii pasjonuje mnie najbardziej, bo niejako wymusza myślenie. Mając określoną liczbę klatek w filmie należy się koncentrować i wykonywać tylko rzeczywiście dobre ujęcia. Inaczej, niż przy użyciu cyfrowych aparatów, które pozwalają na robieniu tysięcy zdjęć z nadzieją, że wybierze się potem te najlepsze. Moją drugą pasją jest krótkofalarstwo, któremu kiedyś poświęcałem dużo czasu. Teraz chce się nim zająć ponownie, ale najpierw będę musiał odnowić licencję.

Przemysław Prais



Pracownicy Szpitala o Ryszardzie Właźlaku

Beata Dotzycka, Pielęgniarka oddziałowa Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka

Nasza współpraca układała się wspaniale. Na pana Ryszarda zawsze można było liczyć. Był prawdziwą „złotą rączką” i jeśli nawet się wydawało, że nic nie da się zrobić, to on jednak dawał radę, czy chodziło o naprawę wózka, czy innego sprzętu w naszym oddziale. Zdarzało się nawet, że „zrobił coś z niczego”.

Agnieszka Przybytek, Pielęgniarka oddziałowa Oddziału Okulistycznego.

Bardzo ceniałam pana Rysia za zaangażowanie, z jakim podchodził do swoich obowiązków. Bardzo dbał o naprawiany sprzęt, na co z pewnością miała wpływ współpraca z prof. Lenkiewiczem. Nasz ówczesny ordynator uczulał wszystkich, że pracując na drogich urządzeniach i dlatego muszą się o nie troszczyć. Pan Rysio bardzo szybko też przychodził, by naprawiać nasze aparaty. Jeśli tylko była taka możliwość, to robił to od ręki, w innym wypadku zabierał sprzęt do warsztatu. Mogliśmy na niego liczyć w każdej sytuacji. Był przy tym bardzo uprzejmy i miły. Bardzo żałuję, że nie mogłam być na pożegnaniu pana Rysia. Mam nadzieję, że współpraca z Działem Aparatury Medycznej będzie dalej układała się tak dobrze.

Współpracownicy z Działu Aparatury Medycznej o Ryszardzie Właźlaku

Barbara Pacewicz, technik elektronik aparatury medycznej Przez 30 lat

pracowałam z Rysiem razem w warsztacie na 7 piętrze Szpitala. Ja skupiałam się bardziej na elektronice, w tym aparatach KTG, ale uzupełniałam się. Kiedy potrzebowałam pomocy Rysio nigdy nie odmawiał, ja jemu też pomagałam w razie potrzeby. Bardzo dbał o sprzęt i narzędzie do jego naprawy, a także porządek w warsztacie. Nie cierpiał za to „papierkowej roboty”, więc najczęściej ja wypełniałam dokumentację. Można było z nim też porozmawiać na różne tematy, lubił mieć dobry kontakt z ludźmi. Myślę, że nikt w Szpitalu nie mógł o nim powiedzieć złego słowa.

Tomasz Barczak, p.o. kierownika

Rysio był zawsze uczynny i pomocny. Profesjonalnie podchodził do swoich obowiązków – wszystko wykonywał tak, jak trzeba: w odpowiednim terminie z największą starannością.

Zebraли pieniądze na materiały do terapii zajęciowej

Sukcesem zakończył się Kiermasz Świąteczny, podczas którego sprzedawano upominki i ozdoby wykonane przez pacjentów Oddziału Rehabilitacyjnego i Rehabilitacji Neurologicznej.

– W sumie zebraliśmy 500 zł, które wzbogacą nasz budżet na zakup materiałów plastycznych. Dzięki temu kolejni nasi pacjenci będą mieli co robić na warsztatach. Chcemy m.in. kupić sklejkę dla panów, żeby ich bardziej zmotywować do zajęć – mówi Barbara Wencsek,

terapeuta zajęciowy z Oddziału Rehabilitacyjnego. – Kiermasz był bardzo udany, jestem zadowolona z jego efektów.

Zanim 14 grudnia stoisko zagościło przez cztery godziny na wysokim parterze obok bufetu i sklepików pacjenci pracowicie wykonywali przedmioty na kiermasz. W środę 6 grudnia pod opieką fizjoterapeutki Barbary Wencsek ozdoby choinkowe wykonywały trzy pacjentki Oddziału Rehabilitacyjnego. Teresa Gąska i Stanisława Szalacha rozpoczęły pracę nad bombką



Terapia zajęciowa

W toku terapii zajęciowej pacjenci za pomocą prostych narzędzi i materiałów naturalnych wykonują pożyteczne, zorganizowane czynności mające na celu poprawę czynności, zwiększenie zakresu ruchów, a także podtrzymanie ich aktywności, odwracanie uwagi od niepokojących myśli i wyobraźni, przywracanie utraconej sprawności, a przez zlecenie trudniejszych prac przygotowanie ich do samodzielności.

W Oddziale Rehabilitacji i Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej naszego Szpitala, terapia zajęciowa prowadzona jest w formie grupowej i indywidualnej. Forma grupowa polega na wykonywaniu różnych, bądź tych samych czynności, zadań przez kilka osób. Grupy tworzone są celowo lub powstają samorzutnie.

choinkową z papieru, a Barbara Leśniewska malowała bombkę z filcu. Te i wiele innych przedmiotów z przeznaczeniem na Kiermasz Świąteczny wykonali pacjenci w ramach zajęć terapii zajęciowej. – Chodzi nam o to, by takimi ćwiczeniami „zająć ręce” i przywrócić im w możliwie dużym stopniu sprawność – wyjaśnia Barbara Wencsek. – W tym celu gramy także w chińczyka, warcaby, czy w karty.

Przemysław Prais

Zasłużony wypoczynek po wielu latach pracy

27 października 2017 r. był ostatnim dniem w Szpitalu dla Elżbiety Miecznikowskiej, położonej z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Po niemal 40 latach pracy przyszedł czas na odpoczynek.

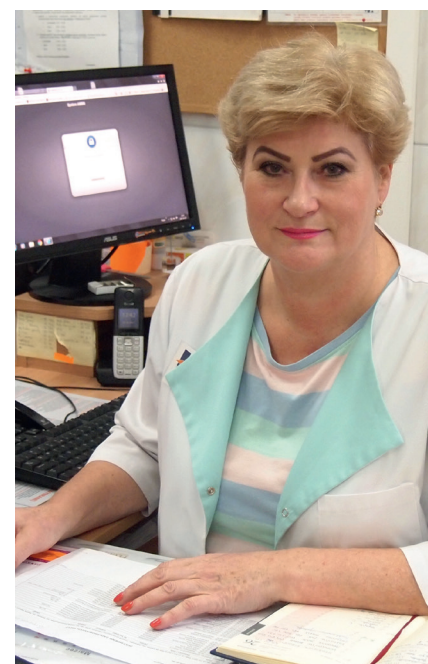
Tego dnia pożegnała się ze współpracownikami, otrzymawszy list gratulacyjny, w którym Irena Kierzkowska, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie dziękowała jej za wiele lat sumiennej pracy i życzyła pomyślności podczas wypoczynku na emeryturze.

Elżbieta Miecznikowska rozpoczęła pracę w Szpitalu w lutym 1978 r. od razu po ukończeniu Wydziału Położnych w Studium Medycznym przy ul. Mariąńskiej w Olsztynie. – Najpierw trafiłam na Oddział Położniczy, po kilku latach przeniosłam się na Trakt Porodowy, gdzie w tajniki pracy wprowadzała mnie położna oddziałowa Monika Kaliszuk – opowiada. – Byłam zatrudniona jako położna odcinkowa, a potem jako zabiegowa w Oddziale Ginekologicznym, gdzie

w latach 80. jako jedna z pierwszych położnych w naszym Szpitalu byłam instrumentariuszką przy cięciach cesarskich. Od 2004 r. byłam położną w Poradni Ginekologiczno-Położniczej i Ginekologii Onkologicznej. Do moich obowiązków należała m.in. pomoc przy badaniu lekarskim, prowadzenie dokumentacji, pobieranie cytologii, edukując pacjentki ginekologiczne i ciężarne.

A czy już wie co będzie robić na emeryturze? – Nie wiem co to jest nuda, umiem zorganizować sobie czas – mówi z uśmiechem pani Ela. – Jestem domatorką, lubię swój dom, mam dużą rodzinę i wielu przyjaciół. Bardzo lubię książki szczególnie o starożytności i średniowieczu, a także powieści sensacyjne. Uwielbiam też robotki ręczne – chusty i kocyki. Będę również miała więcej czasu, by zająć się wnukami. Poza tym częściej będę chodziła na basem, bo lubię pływać, jeżdżę także na rowerze.

Przemysław Prais



Pamięć i jej zagadki

cz. 26



Istnieją różne formy niepamięci informacji po urazie mózgu. Obok amnezji wstecznej – gdy osoba nie ma dostępu do zdarzeń sprzed urazu – jest jeszcze amnezja następcza. Taki typ amnezji też ujawnia się po urazie i niekiedy znacznie utrudnia codzienne funkcjonowanie. Co wiadomo o amnezji następczej.

Amnezja to brak pamięci zdarzeń, sytuacji lub informacji. Objawy amnezji, ich przyczyna i możliwości terapii są bardzo zróżnicowane. W ostatnim odcinku była mowa o amnezji wstecznej, gdy występuje jakaś forma utraty pamięci informacji sprzed epizodu urazu mózgu. Typowo z amnezją wsteczną współwystępuje amnezja następcza. Wówczas osoba typowo nie potrafi zapamiętać nowych informacji po urazie mózgu.

Amnezja następcza jest często wykorzystywana w produkcjach filmowych. Rybka Dory z filmu *Gdzie jest Nemo?*, Leonard Shelby z filmu *Memento*, Lucy Whitmore z filmu *50 pierwszych randek* lub Christine Lucas z filmu *Zanim zasną* – to przykłady fikcyjnych postaci z problemami zapamiętywania nowych informacji. Jednak o tym, jak wyglądają trudności osoby z amnezją następczą, przekonują realne opisy przypadków osób oraz naukowe próby oceny stopnia zaburzeń pamięci.

HENRY MOLAISON

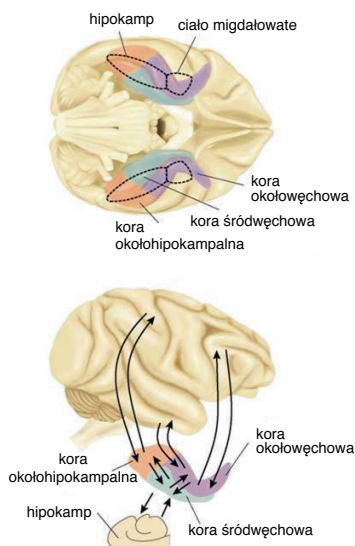
Najbardziej znanym w neurologii pacjentem z amnezją następczą jest H.M., właściwie Henry Gustav Molaison. H.M. doznał w wieku siedmiu lat urazu głowy z utratą przytomności podczas jazdy rowerem. Od tego czasu cierpił na coraz cięższe ataki epileptyczne. Ze względu na lekooporny i zagrażający życiu charakter tych napadów zdecydowano o usunięciu fragmentów przyśrodkowych części płatów skroniowych. Resekcja – wykonana w 1953 roku – obejmowała obustronnie korę skroniową, znaczne części obu hipokampów i ciał migdałowatych. Taka inwazyjna operacja udała się – H.M. przestał doświadczać napadów epileptycznych. Pojawily się jednak nieoczekiwane konsekwencje. Między innymi H.M. nie był w stanie świadomie zapamiętać nowych zdarzeń i nowych informacji, np. w zakresie nowych technologii, nowych dań, nowych rozporządzeń prawnych. Taka amnezja następcza pozwalała mu na tylko

chwilowe utrzymywanie w pamięci informacji – potrafił uczestniczyć sensownie w krótkiej rozmowie, ale po jej zakończeniu nie pamiętał ani rozmówcy, ani tego, że w ogóle z kimś rozmawiał. Ponawianie kolejnych konwersacji nie przynosiło żadnych skutków i H.M. na nowo poznawał widzianą już wielokrotnie osobę. Poza amnezją następczą H.M. ujawniał objawy amnezji wstecznej – nie pamiętał większości zdarzeń w okresie dwóch lat przed operacją i utracił pamięć niektórych zdarzeń do 11 lat sprzed operacji.

CLIVE WEARING

Inny znany przypadek amnezji następczej to Clive Wearing. Wearing – muzykolog, śpiewak i pianista – przeszedł w 1985 roku zapalenie mózgu wywołane wirusem opryszczki (herpes virus simplex). W wyniku uszkodzeń m. in. okolic hipokampów pojawiły się głębokie zaburzenia pamięci i problemy z kontrolą emocjonalną. Podobnie jak H.M. Wearing nie był w stanie utrwalić

żadnych nowych informacji. Po upływie od 7 do 30 sekund zapomniał o danym zdarzeniu. Z amnezją następczą współwystępowała także amnezja wsteczna – dotycząca selektywnie całej autobiografii przed 1985r. Przykładowo, Wearing pamiętał o fakcie posiadania dzieci z pierwszego małżeństwa, ale nie był w stanie przypomnieć sobie ich imion. Nie pamiętał też np. smaku potraw. Podczas konwersacji gubił się po kilku zdaniach wypowiedzianych przez rozmówcę. Problemy z niepamięcią wsteczną i następczą powodowały, że Wearing praktycznie funkcjonował świadomie w niewielkim oknie czasowym, wyznaczonym przez zakres 7-30 sekund pamięci krótkotrwałej. Dlatego też pisząc pamiętnik powtarzał wielokrotnie frazę, że „właśnie się obudził” pomimo upływu godzin od pierwszego zapisu (te pierwsze zapisy były następnie przekreślane). Zgodnie z tym witał swoją żonę jakby wróciła z dalekiej podróży, chociaż wracała ona z krótkiego pobytu w kuchni. Co więcej, Wearing potrafił nadal grać na pianinie wyuczone przed chorobą utwory, ale nie pamiętał, że w ogóle przeszedł zaawansowaną edukację muzyczną. Podobnie



- amnezja następcza najczęściej powstaje wskutek uszkodzeń hipokampów i obszarów wokół hipokampów
- po uszkodzeniach hipokampów pacjenci mogą dysponować częściowym dostępem do zapamiętanych nowych informacji, np. mieć poczucie znajomości informacji bez pełnego przypomnienia
- bardziej rozległe uszkodzenia (w tym kory okółowężowej) powodują brak przypominania i znajomości nowych informacji

- jednym z patomechanizmów amnezji następczej jest zakłócona konsolidacja informacji
- uszkodzenia w okolicach hipokampów i sąsiednich obszarów powodują, że informacja o nowym zdarzeniu nie jest w pełni scalona (brakuje danych kontekstowych)
- długotrwały zapis niepełnej informacji w korze nowej nie pozwala na efektywne przypominanie takiej informacji

W trzech zdaniach

1. Amnezja następcza to deficyt uczenia się nowych informacji po urazie mózgu – głównie o nowych zdarzeniach (pamięć epizodyczna) i nowej wiedzy (pamięć semantyczna).
2. Mechanizm amnezji następczej jest złożony i może dotyczyć różnych etapów procesu pamięciowego – od zapisu, przez utrwalanie do wydobywania informacji.
3. Jedną z przyczyn amnezji następczej jest deficyt konsolidacji informacji z pamięci krótkotrwałej w postaci długotrwałej.

Jak pacjent H.M., także Wearing był w stanie nauczyć się prostych czynności motorycznych, ale bez pamięci, że kiedykolwiek uczył się takich umiejętności.

CECHY AMNEZJI NASTĘPCZEJ

Tak jak H.M. i Clive Wearing, również inni pacjenci z amnezją następczą ujawniają zbliżone objawy zaburzeń pamięci. Typowo zachowana jest pamięć bezpośrednia, ale wystarczy niewielkie zakłócenie lub odroczenie i utrzymywana przed chwilą informacja zostaje wyeliminowana ze świadomości. Znacznie upośledzona zostaje pamięć zdarzeń, w tym zdarzeń dotyczących własnego życia. W efekcie osoba z amnezją następczą nie potrafi utrwaląc i nawet tworzyć spójnej własnej autobiografii. Podobnie jest z pamięcią semantyczną, dotyczącą nowej wiedzy. Pacjent amnestyczny nie potrafi zapamiętać nowych informacji np. o aktualnej sytuacji politycznej i społecznej. Poza tym trudności z pamięcią epizodyczną i semantyczną sięgają wydarzeń sprzed urazu mózgu ze względu na współwystępującą amnezję wsteczną.

Nowsze badania nad amnezją następczą sugerują jednak, że przynajmniej niektórzy pacjenci są w stanie przypomnieć pewne informacje nawet po dłuższym odroczeniu czy zakłóceniu. Są to jednak informacje fragmentaryczne (np. imię poznanej osoby), których pacjent nie potrafi rozpoznać w odpowiednim kontekście (np. do kogo należy to określone imię). Stąd główny deficyt pamięci w amnezji następczej dotyczy przypominania bardziej złożonych informacji uformowanych w pewne całości (np. zdarzenia, fakty, historie, koncepcje) i powiązanych z określonym kontekstem czasowym lub przestrzennym (np. kto mi to powiedział, gdzie to było, kiedy to nastąpiło).

MECHANIZM AMNEZJI NASTĘPCZEJ

Deficyt uczenia się lub przypominania nowych informacji – czyli typowa cecha amnezji następczej – wynika z uszkodzenia mózgu o różnej

etiologii. Najczęściej jest to anoksja (niedotlenienie), opryszczkowe zapalenie mózgu, pęknięcia tętniaków tętnicy łączącej przedniej mózgu, zespół Wernickego-Korsakowa i udary mózgu. Uszkodzenia środkowych obszarów skroniowych, przyśrodkowych obszarów międzymózgowia, części podstawnych przodomózgowia oraz połączeń między tymi strukturami są bezpośrednią przyczyną chronicznej amnezji następczej (inaczej jest w przypadku przejściowej amnezji globalnej – TGA – ale o tym w kolejnych odcinkach).

Na poziomie samych tylko procesów pamięciowych problemy z utrwalaniem i przywoływaniem nowych informacji mogą zależeć od kilku czynników. Aby w ogóle coś sobie przypomnieć, trzeba to najpierw jakoś zakodować w pamięci krótkotrwałej. Poza tym zakodowana informacja musi następnie przedostać się z pamięci krótkotrwałej (rzędu 30 sekund) do pamięci długotrwałej, czyli ulec konsolidacji. W końcu przypomnienie informacji wymaga zdolności jej wydobywania w dowolnym późniejszym czasie z pamięci długotrwałej. Mamy więc przynajmniej trzy podstawowe procesy pamięciowe (kodowanie, konsolidacja, przypomnienie) i jakiegokolwiek zakłócenie na każdym etapie może wywoływać objawy amnezji następczej. To oczywiście komplikuje znalezienie rzeczywistego problemu u pacjenta amnestycznego. W przypadku opisywanego wcześniej Wearinga zdolność utrzymywania informacji w przedziale 7-30 sekund może wskazywać na trudności z podstawowym procesem – kodowaniem, zwłaszcza przy tych najniższych wartościach czasowych. Inaczej mówiąc, Wearing mógł nie być w stanie nawet utrwalić niektórych informacji w pamięci krótkotrwałej. Dlatego też gubił sens rozmowy po kilku zdaniach lub informację o zdarzeniu w trakcie jego trwania.

Generalnie w przypadku pacjentów z uszkodzeniami środkowych obszarów skroniowych i przyśrodkowych obszarów międzymózgowia zdolność kodowania informacji i wydobywania informacji jest względnie zachowana. Tacy pacjenci wypadają nieźle w testach ogólnej inteligencji lub pamięci krótkotrwałej – a więc utrzymują informację przez około 30 sekund i są w stanie przypomnieć różne dane (np. zapamiętane wiele lat temu). Czyli problem tkwi raczej w zdolności konsolidacji informacji pamięciowej (przeniesienia takiej informacji z pamięci

krótkotrwałej do długotrwałej). I właśnie środkowe obszary skroniowe oraz ich połączenia z korą mózgu są traktowane jako kluczowe dla procesu konsolidacji. Prawdopodobnie te obszary (m. in. hipokampy, kora śródwęczowa, kora okołowęczowa – zob. infografikę) scalają różne dane o zdarzeniach i przez to umożliwiają bardziej efektywny zapis z korze nowej.

Uszkodzenia ograniczone do samych hipokampów powodują, że pacjenci nie będą w stanie przypomnieć świadomie nowych informacji, ale mogą mieć poczucie, że z tym czymś mieli kiedyś do czynienia – dlatego w testach pamięci mogą prawidłowo rozpoznawać fragmenty wcześniej podawanych informacji. Jeśli natomiast uszkodzenia są bardziej rozległe i obejmują inne rejony skroniowe – w tym korę śródwęczową (zob. infografika) – wówczas pacjenci tracą zdolność rozpoznawania (poczucie znajomości), że dana informacja już była poprzednio podawana.

W przypadku anoksji i pęknięcia tętniaków tętnicy łączącej przedniej mózgu również pojawiają się objawy amnezji następczej. Dodatkowo też – co znacznie komplikuje rozpoznanie – współwystępują tutaj defekty funkcji wykonawczych wskutek uszkodzeń struktur czołowych. W efekcie cechy amnestyczne mogą ulec wzmocnieniu przez problemy z kontrolą uwagi i kontrolą wydobywania informacji z pamięci. Dlatego taki pacjent może ujawniać problemy ze świadomym i zaplanowanym zapamiętywaniem oraz złożonym przypominaniem nowych informacji. W badaniu testowym należy wówczas spodziewać się konfabulacji pamięciowych i nasilonych fałszywych alarmów (twierdzenia, że coś było, chociaż tego faktycznie nie było).

dr Piotr Markiewicz

Chcesz wiedzieć więcej?

Warren D.E. i in. (2012). Long-term neuropsychological, neuroanatomical, and life outcome in hippocampal amnesia. *Clinical Neuropsychology*, 26, 335-369. [szczegółowy opis przypadku pacjentki określonej jako 1846 z epilepsją i anoksją obustronną okolic hipokampów]

Dietrich L. (2016). Patient H.M. A story of memory, madness, and family secrets. Toronto: Random House [beletryzowana opowieść o Henrym Molaisonie – słynnym pacjencie H.M.]

Wearing D. (2006). Forever today: A memoir of love and amnesia. Leics: Ulverscroft Large Print Books. [beletryzowana opowieść o Clivie Wearingu napisana przez żonę pacjenta]



RODO — nowe wyzwania w ochronie danych osobowych

Coraz więcej mówi się i pisze o RODO. Co się kryje za tym tajemniczym skrótem i czemu budzi takie emocje?

Otóż RODO to Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, które zacznie obowiązywać w Polsce 25 maja 2018 r. Zastąpi obecnie obowiązujące regulacje prawne.

Skąd tyle niepewności i niepokoju? Czy to tylko typowy strach przed nieznanym, czy też może rzeczywiście czeka nas rewolucja? W mojej ocenie jednym z powodów trudności w stosowaniu przepisów Rozporządzenia jest fakt, że zostało napisane w formule, do jakiej nie przywykliśmy. W jego treści nie znajdziemy konkretnych wytycznych, gotowych wzorców czy też wykazu rozwiązań technologicznych, które należy zastosować, aby dane osobowe były bezpieczne. One mają być bezpieczne, ale o tym jakie należy zastosować do tego narzędzia musi zdecydować podmiot, który dane przetwarza.

1. Katalog danych wrażliwych

Rozszerzony został katalog danych wrażliwych o dane genetyczne i biometryczne.

Dane biometryczne to nie tylko odcisk palca czy wygląd tęczówki oka. Dane biometryczne to również ludzki głos czy charakter pisma.

Gdyby dosłownie zastosować przepisy o danych biometrycznych, ludzie przychodzący do kogoś w odwiedzinie powinni być pytani przez domofon, czy wyrażają zgodę na rejestrację głosu, bo niektóre nowoczesne domofony rejestrują każdy dźwięk i przechowują go w pamięci. Nie sposób też obecnie przewidzieć jak będzie wyglądała działalność różnych telefonicznych form załatwiania spraw, np. biur obsługi klienta, które nagrywają wszystkich dzwoniących domyślnie korzystając z (zakazanej w przyszłości) dorozumianej zgody.

2. Nowe prawa obywateli

Przepisami RODO wprowadzone zostaje:

- „prawo do bycia zapomnianym” (skierowane do obywateli, którzy życzą sobie, by ich dane osobowe zostały usunięte),
- uprawnienie do żądania przeniesienia danych,
- oraz wzmocnione prawo dostępu i wglądu obywatela w jego dane.

Jedną z istotniejszych zmian, jakie wprowadza RODO jest prawo do bycia zapomnianym, czyli ostatecznego i nieodwołalnego usunięcia

danych osobowych z baz danych na żądanie zainteresowanego. Jednak prawo do bycia zapomnianym nie jest bezwzględne. Rozporządzenie RODO przewiduje szereg wyjątków od tego prawa.

Prawo do zapomnienia brzmi obiecująco, ale są sytuacje, w których okazuje się niemożliwe do zrealizowania. Rozporządzenie pisze literalnie, że dane muszą być usunięte również z kopii zapasowych. Jednak nie ma możliwości usunięcia jakichkolwiek danych z kopii zapasowej, jeśli kopia ma spełniać swoje funkcje – czyli być kompletna w sytuacji przywracania systemu. Kolejna ważna kwestia, to prawo do przeniesienia danych. W świetle RODO osoba, której dane dotyczą, będzie miała prawo otrzymać w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego dane osobowe jej dotyczące.

Ponadto będzie można żądać, by dane osobowe zostały przekazane przez administratora bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe.

Jako przykład można podać sytuację, gdy do banku został złożony wniosek kredytowy, wydano decyzję odmowną – to w takiej sytuacji będzie możliwość zwrócenia się do tego banku, aby wszystkie dane przekazał innemu bankowi do którego potem aplikujemy o kredyt.

Obowiązek ten oznacza, że każdy podmiot będzie musiał dysponować odpowiednią infrastrukturą techniczną i informatyczną, umożliwiającą wygenerowanie dokumentu zawierającego otrzymane dane osobowe, i to w ustrukturyzowanej formie i w powszechnie używanym formacie nadającym się jednocześnie do odczytu maszynowego.

3. Przetwarzanie danych dziecka

Zgodę na przetwarzanie danych osobowych przy świadczeniu „usług społeczeństwa informacyjnego” będzie mogło wyrazić dziecko, które ukończyło 16 lat. W imieniu młodszego dziecka zgodę musi wyrazić lub zaaprobować osoba sprawująca władzę rodzicielską lub opiekę. Istnieje możliwość obniżenia granicy tego wieku do 13 lat w ustawodawstwie krajowym.

Pojawiają się obawy, że ten przepis będzie trudny w realizacji, a może nawet niewykonalny, ponieważ trudno wyobrazić sobie skuteczną metodę weryfikacji tożsamości rodziców oraz weryfikacji otrzymanych zgód w danym podmiocie.

4. Donoszenie na samego siebie

Może brzmieć dziwnie, a nawet absurdalnie, ale rozporządzenie nakazuje „donosić” na samego siebie, gdy dane osobowe wyciekną. Obowiązkiem administratorów danych będzie zgłaszanie w ciągu 72 godzin od wykrycia do właściwego organu nadzoru przypadków naruszeń, które mogą skutkować zagrożeniem praw i swobód osób, których dane zostały naruszone. Może także wystąpić konieczność zawiadomienia konkretnej osoby, bez zbędnej zwłoki,

o przypadku wystąpienia dużego ryzyka naruszenia jej praw lub swobód. W momencie, w którym sami przyznajemy się do popełnionego błędnie możemy liczyć na łagodniejsze potraktowanie przez GIODO.

5. Pseudonimizacja

Pseudonimizacja jest nowym środkiem zabezpieczenia danych, którego obecne przepisy w ogóle nie przewidują. RODO definiuje proces pseudonimizacji jako przetwarzanie danych osobowych w taki sposób, aby nie było możliwe zidentyfikowanie, do kogo one należą, bez dostępu do innych informacji, przechowywanych bezpiecznie w innym miejscu.

Pseudonimizacja to użycie w miejscu np. imienia i nazwiska rzeczywistej osoby, liczby, by nie można ich było już przypisać konkretnej osobie, której dane dotyczą, bez użycia dodatkowych informacji.

Co ważne: pseudonimizacja to nie jest anonimizacja danych. Anonimizacja wyklucza identyfikację konkretnej osoby. Anonimizacja jest nieodwracalna, natomiast pseudonimizacja jest w założeniu procesem odwracalnym.

6. Profilowanie

Przeanalizowanie rozumie się „dowolną formę zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu tych danych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących efektów pracy tej osoby, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się”.

Po raz pierwszy profilowanie zostanie uregulowane prawnie. Obecnie jesteście permanentnie profilowani, np. po kilku godzinach przerwy zaglądamy na strony internetowe, a tam pojawiają się reklamy tego, czego nie tak dawno szukaliśmy. Nie jest tajemnicą, że reklamodawcy kupują użytkowników na specjalnych aukcjach. Są oni posortowani i podzieleni na grupy. Im dana grupa jest lepiej sprofilowana, tym cena takich danych jest wyższa.

Teraz będziemy mieć możliwość świadomego godzenia się lub nie na profilowanie. Brak zgody na profilowanie będzie wyzwaniem dla marketerów i firm, ponieważ bardzo to utrudni kierowanie dopasowanych reklam.

7. Kary

System kar został znacząco rozbudowany i górna ich granica to 20 000 000 euro lub 4% całkowitego rocznego światowego obrotu z poprzedniego roku.

Źródło: www.programistaprawnik.pl/ochrona-danych-osobowych

Beata Jastrzębowska
Kierownik Działu Statystyki
i Dokumentacji Medycznej

Powrót do porodu naturalnego w pozycji wertykalnej

Warsztaty szkoleniowe dla położnych i lekarzy „Pozycje wertykalne w II okresie porodu” odbyły się w naszym Szpitalu 20 listopada 2017 roku. Zajęcia były częścią cyklu szkoleniowego organizowanego przez Fundację „Rodzic po Ludzku”.

Dzięki uprzejmości naszej Dyrekcji część naszego zespołu miała możliwość uczestniczenia w zajęciach. Trenerką prowadzącą była położna na co dzień pracująca w szpitalach w Łodzi oraz prowadząca porody domowe.

Założeniem kursu było przygotowanie personelu medycznego pracującego na sali porodowej do przyjmowania porodów w pozycji innej niż leżąca. Głównym celem było praktyczne przećwiczenie umiejętności w warunkach szpitalnych w pozycjach: (pół) siedzącej, kolankowo-tokiowej, bocznej, na worku sako, na stołku porodowym.

Kurs składał się z dwóch części: teoretycznej i praktycznej. W części praktycznej trenowaliśmy angażując „rodzące” położne i lalki córeczek naszych koleżanek. Wykorzystaliśmy worki sako, materace i pitki, które na co dzień służą nam do prowadzenia porodów.

Szkolenie odpowiadało potrzebom zespołu. Poprzez udział w warsztatach położne poszerzyły swoją wiedzę i umiejętności zarówno teoretyczne jak i praktyczne, co zaowocuje zmniejszeniem lęku w trakcie przyjmowania porodów w pozycjach wertykalnych oraz sprawi większą satysfakcję z wykonywania zawodu.

W ostatnich latach wydano wiele prac naukowych, wyników badań, które uświadamiają nas, że powrót do porodu naturalnego, czyli w pozycjach wertykalnych daje zwiększone bezpieczeństwo matce i dziecku, ułatwia rodzenie, zmienia go w akt pełen emocji, uczuć i piękna mimo towarzyszącemu mu bólowi. Większość rodzących instynktownie odczuwa potrzebę ruchu podczas porodu – ma ochotę chodzić, kłękać, kucać, kręcić biodrami. Zmieniają pozycję ciała i sposób poruszania, dostosowując je do siły i dynamiki skurczy. Współczesne badania naukowe potwierdziły wiele zalet pozycji wertykalnych: wptywają na sprawniejszy przebieg porodu, wspierają dziecko w prawidłowym ustawieniu się w kanale rodnym, zmniejszają odczuwanie bólu porodowego, dają kobiecie poczucie panowania nad sytuacją, powodują przytyw sił i energii.



Psycholodzy rozpisują się na temat wpływu porodu na całe życie dziecka i jego matki. Piękno porodu naturalnego jest źródłem ogromnej satysfakcji dla rodzącej i dla opiekującej się nią położnej. Pozycje wertykalne można zastosować wszędzie, bez względu na wyposażenie szpitala. Nie wymagają specjalistycznego, drogiego sprzętu, (choć taki jest elementem zainteresowania pacjentek, które często kierują się w wyborze szpitala właśnie jego wyposażeniem) wymagają wiedzy, umiejętności i zręczności położnej.

Jowita Dubel-Mikulska, Beata Binek

Opieka pielęgniarska nad pacjentem po urazach kręgosłupa

Szybkie tempo życia, brawura oraz brak rozważli prowadzą często do tragicznych w skutkach wypadków, rzutujących w konsekwencji na dalszą jakość życia pacjenta i jego rodziny.

Ranga problemu niewspółmiernie wzrasta i jest bardziej złożona w związku z wysokością urazu, im wyższy poziom uszkodzenia, tym większy jest wpływ urazu na dalszą sprawność fizyczną i psychiczną chorego.

W przypadku uszkodzenia rdzenia kręgowego może prowadzić do trwałych i nieodwracalnych zmian w funkcjonowaniu całego organizmu. Ogromna rozległość zaburzeń, wymusza wielokompleksowy charakter działań podejmowanych już w pierwszych momentach po dokonaniu urazu. Głównym celem powinno być dążenie do jak najwcześniejszego odbarczenia ucisku działającego na rdzeń kręgowy. Podejmowane działania operacyjne lub zachowawcze to jedynie początek procesu zmieniającego do przywrócenia utraconych funkcji. Osiągnąć to tylko można poprzez systematyczny i długotrwały proces leczniczo – pielęgnacyjno-rehabilitacyjny z pełnym zaangażowaniem całego zespołu interdyscyplinarnego oraz samego pacjenta, jego motywacji, nastawienia i chęci współpracy.

Każdy pacjent objęty jest całościową opieką interdyscyplinarną, a zadaniem zespołu pielęgniarskiego jest sprawowanie wysokospecjalistycznej opieki nad pacjentem po zabiegu operacyjnym jak również po zabiegu. Przygotowanie pielęgniarskie do zabiegu operacyjnego jest istotnym uzupełnieniem przygotowania lekarskiego, daje pacjentowi poczucie komfortu psychicznego oraz determinuje pozytywny przebieg i zakończenie. Zasadniczym źródłem problemów chorego są dolegliwości bólowe i ubytkowe objawy neurologiczne istotnie wptywające na wydolność funkcjonalną szeroko rozumianą jako zdolność do bycia niezależnym w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych. Ocena wydolności funkcjonalnej pacjenta jest zasadniczym elementem rozpoznania pielęgniarskiego przez cały okres hospitalizacji.

Natomiast podstawowym celem opieki pielęgniarskiej nad chorym po operacji kręgosłupa, jest utrzymanie wydolności funkcjonalnej na właściwym poziomie oraz zapobieganie niepełnosprawności. Bardzo ważnym zadaniem zespołu pielęgniarskiego jest systematyczne monitorowanie parametrów życiowych, perystaltyki jelit, diurezy, rany pooperacyjnej oraz obserwacja stanu neurologicznego chorego, pod kątem występowania zaburzeń neurologicznych. Pacjent



Pielęgniarka Wioletta Rożyńska z pacjentką po operacji kręgosłupa

jest narażony na ból i objawy ogólnoustrojowe związane z okresem pooperacyjnym oraz urazem. Zadaniem zespołu pielęgniarskiego jest troskliwa opieka, niwelowanie dolegliwości bólowych oraz działania zapobiegające wystąpieniu powikłań operacyjnych.

Opieka nad chorymi z dysfunkcją kręgosłupa po leczeniu operacyjnym wymaga od personelu pielęgniarskiego wiedzy i umiejętności związanych z chorobą, sposobów leczenia i profilaktyki. Bardzo ważne jest, aby pielęgniarka potrafiła słuchać chorego, rozpoznawać jego potrzeby a także udzielać wsparcia.

Marlena Szelaż

*Pielęgniarka oddziałowa
Oddziału Klinicznego Chirurgii Urazowo-
Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa*

Wizyta lekarzy z Kaliningradu

Grupa specjalistów chorób wewnętrznych i radiologii zapoznawała się z przeprowadzaniem badania echokardiograficznego wykonywanych przez kardiologów z naszego Szpitala.

Przedstawiciele Kliniki Medexpert, z którą Szpital Wojewódzki od lat współpracuje lecząc kierowanych przez nią pacjentów, podczas kolejnej



wizyty pod koniec października 2017 r. przyjął dr Jerzy Górny, zastępca dyrektora ds. lecznictwa i ordynator Oddziału Kardiologicznego WSS w Olsztynie. Na początku poinformował gości, że echokardiografie są wykonywane w naszym Szpitalu od 1996 r. – To bardzo bezpiecznie badanie wykonywane z reguły u pacjentów z podejrzeniem choroby wieńcowej – mówił

dr Górny. – Wykonuje je zawsze dwóch lekarzy – jeden wykonuje badanie, a drugi kontroluje na wyniki, choć i jeden lekarz może wykonać takie badanie. Jego wyniki ocenia się na podstawie zarejestrowanych obrazów.

Lekarze z Kaliningradu pytali, czy do przeprowadzenia badania potrzebny jest anestezjolog. – Nie ma takiej

potrzeby, bo znieczulenie nie jest konieczne. Wszystko odbywa się w trybie ambulatoryjnym, a pacjent po echokardiografii idzie do domu – odpowiedział dr Górny, który dodał, że w Szpitalu działają dwie pracownie echokardiografii działające całodobowo. – Cały czas do dyspozycji pacjentów pozostaje dwóch kardiologów. Wykonujemy też testy dopaminowe u pacjentów z rozpoznaną chorobą wieńcową, kiedy kardiochirurg chce się dowiedzieć, czy podanie dopaminy na tyle rozszerzy naczynia krwionośne, by pacjent przetrzymał operację wszczęcia bypassów.

Następnie dr Górny zaprosił gości do pracowni echokardiografii, gdzie przeprowadził badanie, wyjaśniając jego poszczególne etapy i odpowiadając na ich pytania.

Rosyjscy lekarze podkreślili, że z dużą niecierpliwością oczekują wizyt w WSS Olsztyn, by zapoznać się z procedurami medycznymi, które są w nim stosowane. – Możemy się nauczyć czegoś nowego i pożytecznego – mówili.

Przemysław Prais

Przedstawiciele środowiska medycznego Lwowa odwiedzili nasz Szpital

Poznanie zasad funkcjonowania szpitali w Olsztynie i powiecie olsztyńskim to główny cel wizyty delegacji z Ukrainy, która na początku sierpnia gościła także w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym.

Organizatorem wizyty był ks. Henryk Błaszczak, należący do Zakonu Maltańskiego, którego jednym z głównych celów działania jest wspieranie rozwoju szpitalnictwa. – Od pewnego czasu działam także na rzecz rozwoju szpitalnictwa w Obwodzie Lwowskim, pomagając fundacji Misja Medyczna Unia Europejska Ukraina. Stąd pomysł zaproszenia przedstawicieli tamtejszych władz i środowisk medycznych do odwiedzenia Olsztyna.

Delegacja w składzie: Iryna Mykyczak, dyrektor Departamentu Zdrowia Obwodu Lwowskiego, Oleg Duda, przewodniczący lwowskiego oddziału Ukraińskiego Towarzystwa Lekarskiego i zastępca Lekarza Naczelnego Szpitala Onkologicznego we Lwowie oraz Ihor Wiereckij, prezes Fundacji Charytatywnej „Medyczna Misja EU UA” zwiedziła we wtorek 8 sierpnia Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie. Spotkanie rozpoczęło się od rozmowy w gabinecie dr. Jerzego Górnego, zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, który przedstawił najważniejsze informacje o Szpitalu, takie jak liczba i rodzaje oddziałów, czy zasady działania centrum urazowego.

Zwiedzanie rozpoczęło się od Planowej Izby Przyjęć, skąd zwiedzający przeszli do Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego, gdzie



z zainteresowaniem oglądali tablicę określającą pilność przyjmowania pacjentów według kolorów (czerwony, żółty i zielony). – Takiego rozwiązania u nas nie ma – komentowali. Kolejnym punktem był Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii, a konkretnie jego część usytuowana nieopodal SKOR, gdzie mieści się pięć stanowisk.

Swoją dział zaprezentowała następnie Beata Drozdowska, kierująca Medycznym Laboratorium Diagnostycznym. Gości interesowały wysokiej klasy urządzenia, z których korzystają diagnostyci oraz rodzaje wykonywanych badań. Robili też zdjęcia, podobnie jak w innych częściach Szpitala. Następnym miejscem, który obejrzel goście ze Lwowa był Zakład Medycyny Nuklearnej, o którym opowiadał jego szef dr Jerzy Badowski, który zaprezentował m.in. nowoczesne gammakamery, w tym SPECT– CT

do przeprowadzania specjalistycznej diagnostyki i terapii.

Z kolei dr Grzegorz Wasilewski, kierownik Działu Diagnostyki Obrazowej opowiadał o rodzajach procedur naczyniowych stosowanych w diagnostyce i leczeniu schorzeń naczyń. Sam zaś dr Jerzy Górny objaśniał czym zajmuje się Pracownia Hemodynamiki wchodząca w skład Oddziału Kardiologicznego, którego dr Górny jest ordynatorem. Kiedy „wycieczka” weszła do środka zabieg przeprowadzał akurat dr Adam Kern, kierownik pracowni. Dr Górny pokazał gościom także Pracownię Kardiologii Inwazyjnej wraz z pracującym tam nowoczesnym sprzętem, a potem zaprowadził ich na kierowany przez siebie Oddział Kardiologiczny.

Przemysław Prais

Szpital Wojewódzki na Targach Medycyny i Kosmetologii

W Centrum Wystawienniczym „Baltic-Expo” w Kaliningradzie w dniach 7-9 września 2017 r. na stoisku przygotowanym przez Urząd Marszałkowski swoją ofertę oprócz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie zaprezentowały także inne szpitale z regionu oraz obiekty hotelowe, z których korzystają mieszkańcy obwodu kaliningradzkiego.

Celem udziału WSS w Olsztynie w Targach Medycyny i Kosmetologii w Kaliningradzie była prezentacja regionu warmińsko –mazurskiego w ramach współpracy transgranicznej w dziedzinie polityki zdrowotnej. Jest to element wieloletniej współpracy naszego województwa z obwodem kaliningradzkim.

Podczas targów przedstawiciele placówek medycznych z Litwy, Polski, Niemiec i Białorusi a także Rosji przedstawiali oferty usług diagnostycznych i leczniczych, a także prezentowali wyposażenie i sprzęt medyczny oraz rehabilitacyjny. Można było zobaczyć również produkty producentów zdrowej żywności, produkty farmaceutyczne oraz środki higieniczne a także kosmetyki lecznicze. Całość spotkania, jak co roku odbywała się w specjalnie do tego przeznaczonym obiekcie centrum wystawienniczego Baltic-Expo.

Na stoisku przygotowanym przez przedstawicieli województwa warmińsko mazurskiego prezentowana była oferta wszystkich szpitali z naszego regionu, ale również propozycje obiektów hotelarskich z Warmii i Mazur świadczących usługi Spa&Wellness dla mieszkańców obwodu kaliningradzkiego, którzy korzystają z wypoczynku na terenie naszego województwa.

W promowaniu usług wzięli udział przedstawiciele Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego województwa warmińsko-mazurskiego: dyrektor Ryszard Wasiński, Sylwia Cieśluk, kierownik Biura Polityki Zdrowotnej, Kazimierz Zduniuk – główny specjalista Departamentu Turystyki, Krystyna Kluczewicz



przedstawiciel Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce oraz Barbara Szymczuk (Sekcja Sprzedaży) przedstawiciel Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Bogata i różnorodna oferta z Polski cieszyła się dużym zainteresowaniem osób odwiedzających wystawę. Potencjalni pacjenci pytali o zakres usług prowadzonych przez nasze szpitale, możliwość i sposób kontaktu oraz ceny procedur. W przekazywaniu wszelkich informacji pomocne były materiały reklamowe i informacyjne wydane w języku rosyjskim. Niektórzy zadowoleni z leczenia w naszym Szpitalu chcieli uzyskać informacje na temat innych procedur, z których

mogli by skorzystać sami lub członkowie ich rodzin. Po informacji zgłaszali się również lekarze, którzy już współpracują z naszym Szpitalem bądź chcieli by nawiązać taką współpracę.

Coraz więcej mieszkańców Obwodu Kaliningradzkiego korzysta, bądź zamierza skorzystać z usług polskiej opieki zdrowotnej na warunkach komercyjnych, a liczba osób zgłaszających się do naszych Szpitali z każdym rokiem wzrasta. Dlatego tak ważnym jest, aby informacje o możliwościach i warunkach leczenia, osoby zainteresowane mogły uzyskać również z tzw. „pierwszej ręki”. Ta forma prezentacji naszego Szpitala pozwala na zacieśnianie stosunków partnerskich pomiędzy różnymi środowiskami medycznymi obu regionów i wymianę doświadczeń z zakresu ochrony zdrowia.

W uroczystości otwarcia targów udział wzięli wiceminister zdrowia obwodu kaliningradzkiego, wicekonsul RP w Kaliningradzie, dyrektor Targów Baltic-Expo, dyrektor Międzynarodowego Centrum Badań Mikroelementów pod patronatem UNESCO w Moskwie oraz dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego, którzy po uroczystości otwarcia odwiedzili stoisko Warmii i Mazur. Była to okazja do rozmów na temat dalszej współpracy w zakresie zdrowia pomiędzy sąsiadującymi regionami.

Przez pojęcie „współpraca transgraniczna” rozumie się „każde wspólnie podjęte działanie mające na celu umocnienie i dalszy rozwój sąsiedzkich kontaktów między wspólnotami i władzami terytorialnymi dwóch lub większej liczby Umawiających się Stron, jak również zawarcie porozumień i przyjęcie uzgodnień koniecznych do realizacji takich zamierzeń”.

Powyższa definicja zaczerpnięta została z Europejskiej konwencji ramowej o współpracy transgranicznej między wspólnotami i władzami terytorialnymi, dokumentu Rady Europy podpisanego 21 maja 1980 r. w Madrycie (Polska ratyfikowała konwencję w kwietniu 1993 r.). Wyrażenie „wspólnoty i władze terytorialne” odnosi się do jednostek, urzędów i organów realizujących zadania lokalne i regionalne oraz innych, uważanych za takie przez prawo wewnętrzne każdego kraju. Dokument określa prawne i strukturalne wzorce form współpracy. (Adriana Żelazo – Pojęcie współpracy transgranicznej samorządu terytorialnego. www.pism.pl – strona Polskiego Instytutu Spraw Międzynarodowych)

Obozy naukowe studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie gościli zrzeszeni w kołach naukowych studenci zainteresowani specjalnościami zabiegowymi. Zdobywanie wiedzy łączyli z wypoczynkiem.

W ramach obozów naukowych w Szpitalu w pierwszej połowie lipca ub. roku szkoliły się trzy grupy studentów WUM. Najliczniejszy, bo 15-osobowy zespół przystąpiło Studenckie Koto Naukowe przy Katedrze i Klinice Neurochirurgii. Nieco mniej, bo 10 osób reprezentowało Koto Chirurgiczne przy Klinice Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej, zaś Studenckie Koto Naukowe Ortopedii i Medycyny Sportowej wydelegowało siedmiu uczestników.

Obozowicze z poszczególnych kół naukowych zgodnie ze swoimi preferencjami przebywali w wybranych oddziałach, odpowiednio: Oddziale Klinicznym Neurochirurgicznym, Oddziale Klinicznym Chirurgii Naczyniowej oraz Oddziale Klinicznym Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa.

Jak wyglądał dzień podczas praktyk? – Na 7.30 przyjeżdżamy na odprawę, którą prowadzi ordynator dr Tomasz Niedźwiecki – mówi Jakub Banasiewicz, przewodniczący koła ortopedycznego. – Następnie uczestniczymy w porannym obchodzie, po którym jedna osoba idzie do poradni, a reszta na blok operacyjny. W poradni przyglądamy się pracy lekarza, a na bloku obserwujemy i, jeśli jest taka możliwość, asystujemy przy zabiegach.

Banasiewicz dodał, że wraz z kolegami są w Olsztynie pierwszy raz. W poprzednich latach organizowali obozy w Zakopanem i Wejherowie. – Uznaliśmy, że w Szpitalu Wojewódzkim w Olsztynie spotkamy pacjentów z obrażeniami rzadko spotykanymi w innych placówkach w Polsce. Są to m.in. urazy związane ze skokami do wody, czy wypadkami w rolnictwie [o tym, że takich przypadków jest najwięcej w województwie warmińsko-mazurskim ze względu na turystyczno-rolniczy charakter regionu pisaliśmy w 55 wydaniu Pulsu Szpitala – red.].

Jak wyjaśniła z kolei Dominika Karwatiuk, przewodnicząca koła chirurgicznego, wraz z koleżankami i kolegami wybrała Oddział Kliniczny Chirurgii Naczyniowej z racji zainteresowań tą tematyką. – Jesteśmy kołem naukowym, które w dużej części zajmuje się zabiegami naczyniowymi, więc oddział dr. Piotra Malinowskiego znajduje się w kręgu naszych zainteresowań – poinformowała. – Poza udziałem w odprawach i obchodach braliśmy udział w operacjach, dyżurach, a także ostrych dyżurach. Do naszego koła należą zarówno studenci, którzy rozpoczęli drugi rok, a także osoby po piątym roku, po czwartym, po trzecim oraz pod drugim roku.

Uczestnicy obozów zgodnie zapewniają, że pożytecznie wykorzystali czas spędzony w Szpitalu Wojewódzkim. – Mieliliśmy dobry kontakt z lekarzami, którzy pokazali nam wiele operacji, a także chętnie odpowiadali na nasze pytania i wyjaśniali nasze wątpliwości – mówi Jakub Banasiewicz.

Dominika Karwatiuk dodała, że chętni mogli także zostawać na dyżurach, a Kacper Koczyk, szefujący kołu neurochirurgicznemu podkreślił, że z racji dużej liczby uczestników niektórzy mieli okazję przebywać także w oddziałach ginekologicznym i intensywnej terapii.

Studenci pozytywnie oceniają swój pobyt w Olsztynie także pod kątem wypoczynku. – Mieszkamy w pensjonacie na Dajtkach. Po zajęciach w szpitalu chodziliśmy na plażę miejską, która zrobiła nas wielkie wrażenie swoją bogatą infrastrukturą, takiej jeszcze nie widzieliśmy – opowiadał Jakub Banasiewicz. – Spędzamy dużo czasu na powietrzu: pływamy w Jeziorze Ukiel, gramy w siatkówkę plażową, uprawiamy wakeboarding [sport wodny polegający na pływaniu po powierzchni wody na desce, trzymając się liny ciągniętej przez łódź lub za pomocą wyciągu – red.], jeździmy na rowerach, które sobie przywieźliśmy, a ze znajomymi z innych obozów



gramy w piłkę nożną na stadionie w Kortowie. Graliśmy także w kręgle. Wystarczyło też czasu na zwiedzanie Olsztyna – obejrzeliśmy starówkę, Park Centralny, Kortowo. Nad Łyną jest bardzo ładnie.

Studenci z koła chirurgicznego zamieszkali zaś w jednym z domów studenckich w Kortowie. – Mamy stąd szybki i wygodny dojazd do szpitala tramwajem – mówi Dominika Karwatiuk. – Staramy się aktywnie spędzać wolny czas: zwiedziliśmy Zamek i Planetarium, a jeżeli dopisuje pogoda chodzimy na kortowską plażę. Zabraliśmy gitarę, więc gramy często na pomoście, wynajmowaliśmy także korty tenisowe, by sobie pograć, a koledzy grali w piłkę. Można więc powiedzieć, że nasz pobyt w Olsztynie stanowił udanie połączenie nauki z wypoczynkiem.

W kortowskim akademiku mieszkali też studenci z koła neurochirurgicznego. – Pływamy na żaglówkach, korzystaliśmy też z rowerów wodnych – opowiadał Kacper Koczyk.

– Chętnie wrócimy tu za rok – stwierdzili uczestnicy letnich obozów w Szpitalu Wojewódzkim.

Dr Jerzy Górny, zastępca ds. lecznictwa dyrektora WSS w Olsztynie zapewnia, że Szpital z radością wita wszystkich studentów, którzy pogłębiają w nim swoją wiedzę na praktykach wakacyjnych. – Dotyczy to zarówno tych, którzy odbywają się w ramach programu studiów [takich studentów jest ponad 200 – red.], jak i uczestników obozów naukowych – mówi dyr. Górny. – Mamy nadzieję, że zajęcia praktyczne, które przechodzą w naszym Szpitalu istotnie podnoszą ich umiejętności.

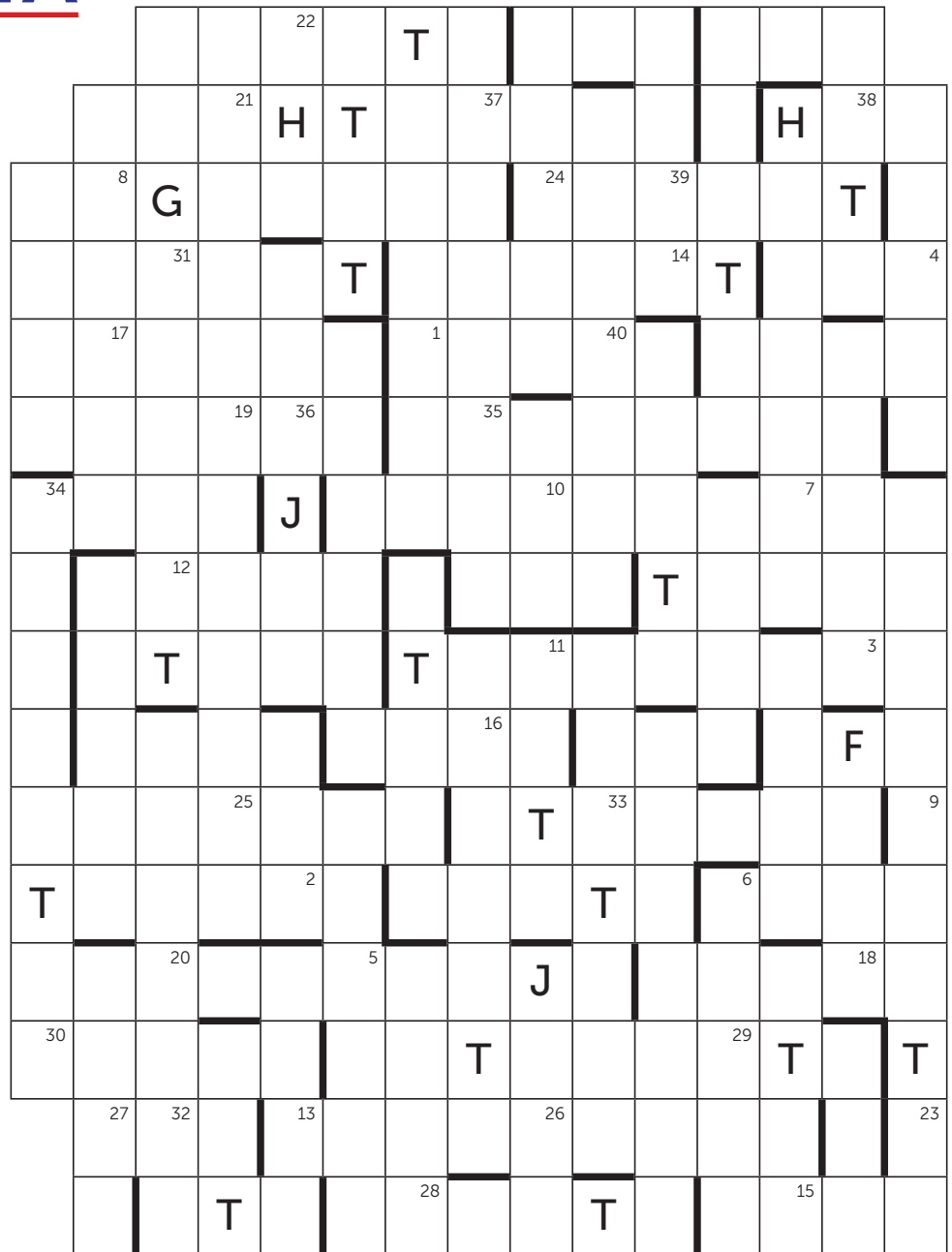
56 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 82 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery: G, H, J i T. Na ponumerowanych polach ukryto 40 liter hasła, które stanowi rozwiązanie.

Jerzy Badowski

- Józef, ojciec naszej USG
- stałe stanowisko
- owsiana lub jaglana
- kraj z Karaczi
- ciekły, lotny, zapachowy
- mąż Skłodowskiej
- oprawca
- Garreth, Walijczyk w Realu Madryt
- kosmowaty z żelazem
- przykopy
- terroryści baskijscy
- Barbara Trzetrzelewska
- kręci się w oku
- korab Noego
- gród nad Gwdą
- czeka na sędziowską nominację
- nasz korsarz, pirat
- obja meble
- złota kraina
- Ostateczny
- gaz spod Ypres
- angielski róż
- miasto kopalnią w Bogdance
- matka Izaaka
- tętnica wstępująca lub brzuszna
- z huzarami
- rodzinne miasto św. Pawła
- wino z Wilkowyj
- kot amerykański 2 razy krótszy od jaguara
- aerozol nad kominem
- zach. sąsiad NRD
- szkoleniowa szalupa żaglowo-wiosłowa
- niemiecka babcia
- waciak, fufajka
- wyspa Odysa
- partnerka zbrodni
- udar mózgowy
- 1000 mm
- płynie w Bernie
- czciciel diabła
- napady
- aminokwas endogeny
- czeski pieróg
- pierwsze stanowisko Homo z Westfalii
- prekursor nowoczesnej chirurgii, lekarz królów Francji
- żaba szponiasta
- dawna tkanina jedwabna na chusty
- nie wysoki
- Olga Jackowska
- nie sen
- wezwanie, zbiórka
- angielskie jasne, mocne
- zwyrodnialec
- muza poezji lirycznej
- organizacja harcerska założona w 1989
- dawna nazwa kursywy
- tioalkohole lub tiofenole
- trofeum z rogów kozicy
- paryska grupa z Picasso i Modiglianem
- przed Sadatem
- cios
- stolica Peru
- topliwa masa o pieczętowania listów
- nadawanie tkaninie wyglądu stojów drewna
- pszczyli na świecie
- grządką



- płynie w Węgorzewie
- autor „Orlanda szalonego”
- modre Dunaju
- wypetniania gazą rany w celu opanowania krwawienia
- Komitet z Kuroniem i Macierewiczem
- latynoska odmiana fokstrola
- imię Amundsena
- zewnętrzny żeński narząd rodny
- sławne kąpielisko w Guerrero
- ukraińska preria
- skrzydlica
- główny kapłan
- część spłaty
- wieś nad Bugiem z unią polsko-litewską
- szelest nad sercem
- mezopotamski Zeus

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40

Rozwiązanie krzyżówki nr 55 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 56): „**Uśmiech tamie mury, a tak niewiele kosztuje**”. Nagrodę otrzymuje Renata Adamejitis z Bloku Operacyjnego. Gratulujemy! Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.

fol. Ewa Maciejewicz

