



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 56

lipiec-wrzesień 2017

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162



Uroczyste otwarcie Oddziału
Klinicznego Nefrologicznego,
Hipertensjologii i Chorób
Wewnętrznych oraz Stacji Dializ

str. 3

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

Miłosz Guzowski
Ewa Maculewicz

Adres redakcji

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

Druk i przygotowanie

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

Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie
prawo do skrótów i zmiany
tytułów.

Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności
za treść nadsyłanych
publikacji.



- 3 Stacja Dializ wróciła do Szpitala
- 7 Badania naukowe i kliniczne w Szpitalu Wojewódzkim
- 11 Dane medyczne – podlegają szczególnej ochronie
- 12 Nowy rezonans i tomograf w zmodernizowanych pracowniach
- 14 Niezwykłe cenny łądunek bezpiecznie dostarczony
- 16 Dwie godziny akcji, miesiąc przygotowań - udane ćwiczenia obronne
- 18 Szkolimy się dla naszych pacjentów, edukujemy mieszkańców Olsztyna
- 20 Ochrona zdrowia po holendersku
- 22 Anna Onyszk. Wielka szkoda, że nie ma Jej już z nami
- 25 Pamięć i jej zagadki (część 25)
- 27 Jolka Szpitalna



fot. M. Guzowski

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna w Szpitalu Wojewódzkim

Z dniem 1 października 2017 r. na mocy Ustawy o systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), czyli tzw. sieci szpitali, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie rozpoczął świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych.

Gabinet mieści się w pokoju nr 48 na parterze budynku głównego Szpitala Wojewódzkiego przy ul. Żołnierskiej 18 (po wejściu do holu należy skręcić w prawo), gdzie na co dzień działa Poradnia Ortopedyczna. Kontakt telefoniczny

pod nr. 89 670 91 25, zgłoszenie potrzeby wizyty domowej: tel. 89 527 22 22.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna to świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy lub pielęgniarki od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 dnia danego do godziny 8.00 dnia następnego.

Świadczona pomoc nie jest związana z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, do którego

jesteśmy zapisani. Mogą się po nią zgłaszać pacjenci w sytuacji istotnego pogorszenia stanu zdrowia, z nagłymi zachorowaniami wymagającymi pomocy lekarza rodzinnego, których stan zdrowia nie pozwala na oczekiwanie na wizytę u własnego lekarza rodzinnego w następnym dniu, a także w uzasadnionych medycznie przypadkach – zamówić wizytę domową.

Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są bezpłatne dla osób ubezpieczonych lub uprawnionych i udzielane bez skierowania.

Przemysław Prais

Stacja Dializ wróciła do Szpitala

– Dzięki temu nasi pacjenci zyskują kompleksową opiekę nefrologiczną, a Szpital wzmacnia swój potencjał organizacyjny, kliniczny i naukowy w tej dziedzinie – mówiła dyrektor Irena Kierzkowska podczas uroczystego otwarcia Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych oraz Stacji Dializ.

Uroczystość, która odbyła się 28 września rozpoczęła się od poświęcenia Stacji Dializ i Oddziału Nefrologicznego przez ks. arcybiskupa Józefa Górzyskiego, Metropolity Warmińskiego.

Następnie w sali audytornej pani dyrektor powitała zgromadzonych gości, wśród których znaleźli się także m.in. wojewoda Artur Chojecki, wicemarszałek województwa Marcin Kuchciński, prezydent Olsztyna Piotr Grzymowicz, prof. Wojciech Maksymowicz, prorektor ds. zadań uczelni medycznej UWM, przedstawiciele samorządu lekarskiego i pielęgniarstwa, a także nefrolodzy z zaprzyjaźnionych ze Szpitalem uczelni medycznych oraz pracownicy Szpitala Wojewódzkiego.

Dyrektor Irena Kierzkowska podziękowała za sprawnie przeprowadzone negocjacje firmie Diaverum Polska, od której Szpital przejął 1 lipca br. Stację Dializ. Dzień wcześniej wygasła 10-letnia umowa na outsourcing usług dializacyjnych. – Nie był to łatwy proces, ale nigdy nie straciliśmy z oczu dobrego pacjenta. Dzięki temu nie doszło do przerwania leczenia – stwierdziła. – Dlatego chciałabym w dowód uznania wręczyć panu Pawłowi Śniegórskiemu, dyrektorowi regionalnemu Diaverum Polska statuetkę.

Przedstawiciel firmy nie krył zaskoczenia i radości. – Nie spodziewałem się takiego wyróżnienia – powiedział Śniegórski. Dodął też, że olsztyńska stacja była najlepsza w Polsce w sieci Diaverum. – Cieszę się, że przekazujemy ją w dobre ręce. Mam nadzieję, że zintegrowana opieka nefrologiczna sprawdzi się w Szpitalu Wojewódzkim.

Następnie pani dyrektor podziękowała marszałkowi województwa Gustawowi Markowi Brzeziniowi za finansowe wsparcie przy włączeniu Stacji Dializ w strukturę Szpitala.

Kolejnym punktem uroczystości było przedstawienie w prezentacji multimedialnej obrazującej 40 lat historii rozwoju nefrologii w Szpitalu Wojewódzkim. – Wielką rolę odegrał w nim dr Jan Forfa, twórca oddziału nefrologicznego i stacji dializ – podkreśliła dyrektor Kierzkowska. – Długoletnia tradycja daje siłę do budowania nowego potencjału oraz pozwala na wykształcenie świetnych pracowników, mistrzów zawodu, jakimi oprócz dr. Forfy należą dr Maria Naporę i dr Alicja Całka, kierownik Stacji Dializ. To mistrzowie, od których wiedzę czerpią młodzi adepci nefrologii. Także dzięki temu podnosimy jakość opieki nad pacjentem. Sprzyjając jej będzie także współpraca z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim.

Następnym punktem uroczystości był wykład prof. Tomasza Stompory, ordynatora Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych, który przedstawił najważniejsze informacje o swoich oddziałach. Zebrani dowiedzieli się m.in. o leczonych w nim pacjentach z rzadkimi chorobami, o stosowanej w nim plazmaferezie. – To bardzo skuteczna metoda leczenia stosowana u nas przez 24 godziny 7 dni w tygodniu – podkreślił. Poinformował też, że w Stacji Dializ, (nad którą sprawuje nadzór merytoryczno-naukowy) wykonuje miesięcznie 1500 hemodializ, a w ciągu ostatnich 10 lat do przeszczepów skierowano z niej 122 pacjentów.

Zmodernizowany Oddział Kliniczny Nefrologiczny, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych

Po trwających ponad pół roku pracach budowlanych i wyposażeniowych Oddział Kliniczny Nefrologiczny, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych na początku listopada 2016 r. zaczął funkcjonować w nowej siedzibie, na niskim parterze głównego budynku Szpitala. 31 października zakończyła się przeprowadzka pacjentów. Pisaliśmy o tym szerzej w nr 53 Pulsu Szpitala.

Zmodernizowany oddział ma znacznie wyższy standard. Każda sala chorych ma własną łazienkę. Drugą niezwykle istotną różnicą to nowoczesne łóżka z funkcją sterowania pilotem i wyboru różnego rodzaju ustawień. Przedtem były tylko dwa takie łóżka. Ogólna liczba łóżek zmniejszyła się z 22 do 18. Było to konieczne do uzyskania odpowiedniego standardu pobytu i leczenia pacjentów.

Głównym zadaniem oddziału nefrologicznego jest diagnostyka i leczenie chorób nerek i nadciśnienia tętniczego, m.in.: pierwotnych i wtórnych chorób kłębuszków nerkowych, autoimmunologicznych chorób układowych, ostrych uszkodzeń nerek oraz plazmaferezy we wskazaniach nerkowych i poza nerkowych.

Plazmafereza oznacza oddzielenie przy pomocy specjalnego aparatu cząsteczek morfotycznych krwi, czyli erytrocytów, leukocytów, trombocytów od osocza, czyli plazmy. Stąd nazwa plazmafereza. Zabieg jest wykonywany w sytuacji, gdy w osoczu znajdują się substancje patologiczne, które powodują ciężkie choroby i nie ma na nie lekarstwa, a proces chorobowy wygasa stopniowo. Osocze pacjenta jest wówczas usuwane na zasadzie mechanicznej i uzupełnione jakościowo oraz ilościowo dobranym płynem substytucyjnym. Zaangażowanie i wyszkolenie kolejnych lekarzy kontraktowych oraz dwóch lekarzy-rezydentek spowodowało, że Oddział, jako jeden z nielicznych w Polsce jest w stanie w niemal „ciągłym” trybie wykonywać plazmaferezę – zabieg ratujący życie w wielu chorobach autoimmunologicznych.

Oddział Kliniczny Nefrologiczny, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych ściśle współpracuje z Oddziałem Transplantologii i Chirurgii Ogólnej w zakresie organizacji akcji „przeszczep” oraz prowadzenia pacjentów do 30 dnia po przeszczepieniu, a także z Oddziałem Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej w zakresie zakładania dostępow do dializy (przetoki, cewniki permanentne, cewniki Tenckhoffa).

Prowadzi też diagnostykę genetyczną, rozpoznając choroby, które występują z tak niewielką częstością, że badania w ogóle nie są wykonywane w Polsce. Rozpoznanie genetyczne może być kluczowe dla określenia u danego pacjenta możliwości transplantacji nerki w przyszłości oraz sposobu jej najbezpieczniejszego przeprowadzenia.

Nefrologia jest oddziałem klinicznym, kształcącym studentów medycyny. Kształcą też lekarzy - rezydentów.

W okresie od stycznia do końca sierpnia br. w Oddziale leczono się 546 pacjentów, a w całym 2016 r. było ich 882.



Od lewej: prof. Wojciech Maksymowicz, Marcin Kuchciński, Artur Chojecki, abp Józef Górzynski



Dyrektor Irena Kierzkowska i prof. Tomasz Stompór



Prezydent Piotr Grzymowicz gratuluje dyr. Irenie Kierzkowskiej



Przemawia wojewoda Artur Chojecki

Potem przyszedł czas na wystąpienia gości. Wojewoda Artur Chojecki życzył Szpitalowi pomyślności, wyraził też nadzieję, że pacjenci skorzystają z rozwoju usług medycznych. Wicemarszałek Marcin Kuchciński podkreślił zaś, że bardzo dobra organizacja i zarządzanie Szpitalem pozwala na jego rozwój, co wraz ze świetnie wyszkolonym personelem bardzo dobrze służy pacjentom.

Prezydent Piotr Grzymowicz zaznaczył, że obserwuje w ostatnich latach dynamiczny rozwój i sukcesy Szpitala Wojewódzkiego, co służy mieszkańcom Olsztyna i całego regionu. Wręczył też listy gratulacyjne prof. Tomaszowi Stompórowi i dr Alicji Catce.

Gratulacje i życzenia dalszych sukcesów złożył także Marek Zabłocki, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Olsztynie. A prof. Bolesław Rutkowski, kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, powiedział, iż cieszy go włączenie Stacji Dializ w struktury Szpitala Wojewódzkiego. – To bardzo dobrze, że działa w nim kompleksowa opieka nefrologiczna – stwierdził. – Wspólnie dr. Janem Forfą tworzyliśmy w latach 90. sieć stacji dializ w ówczesnym województwie olsztyńskim [prof. Rutkowski był w tym okresie wojewódzkim konsultantem ds. nefrologii – red.], co dało świetne efekty.

Z kolei prof. Wojciech Maksymowicz wyraził swoją radość z posiadania przez Szpital Wojewódzki wspianej bazy, która pozwala na jego rozwój

przez łączenie nauki z leczeniem pacjentów. – Klinika prof. Stompóra jest znana w Polsce – podkreślił.

Na zakończenie spotkania interesujący wykład „Mocz – Janusowe oblicze” wygłosił dr Tomasz Hryszko, nefrolog z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Stuchacze dowiedzieli się nietypowych wiadomości, m.in., że chłonne pieluchy, tzw. pampersy powstały w 1961 r. jako odpowiedź na potrzebę kosmonautów, a naukowcy wciąż nie odkryli jak niedźwiedzie w czasie snu zimowego ograniczają wydzielenie moczu.

O ocenę nefrologii w Szpitalu Wojewódzkim poprosim prof. Ryszarda Gellerta, dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, Konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii

Powstanie dużego ośrodka dializ zintegrowanego z oddziałem nefrologicznym to wyjście naprzeciw modelu skoordynowanej opieki nad pacjentem, stworzonym także przez oddział transplantologii i poradnie. Bardzo dobrym rozwiązaniem jest wykonywanie w jednym miejscu hemodializ i dializ otrzewnowych. Bardzo ważny jest także oczywiście znakomity zespół medyczny. Olsztyński ośrodek nefrologiczny zapewnia dobrą opiekę dla półmilionowej populacji.

Rozmowa z dr. n.med. Alicją Całką, kierownikiem Stacji Dializ

Pani doktor, na początek naszej rozmowy proszę powiedzieć kilka słów o sobie.

Dr n. med. Alicja Całka, kierownik Stacji Dializ: Po ukończeniu studiów w Akademii Medycznej w Białymstoku rozpoczęłam staż podyplomowy w WSS w Olsztynie w Oddziale Nefrologii i Hematologii i tam już zostałam. Podobała mi się atmosfera panująca w Oddziale, dodatkowo byłam zainteresowana specjalizacją z zakresu chorób wewnętrznych. Uzyskałam kolejno I i II stopień, a następnie specjalizację z nefrologii. Po jej uzyskaniu zostałam mianowana Kierownikiem Stacji Dializ, która prężnie rozwijała się od 1978 roku. Ordynator oraz wieloletni dyrektor szpitala Pan dr Jan Forfa stawiał na rozwój nowych dziedzin, wspierał naszą edukację połączoną z ciężką pracą zawodową, uzyskiwałam m.in. umiejętność wykonywania badań USG. W zakresie zarządzania ukończyłam podyplomowe studia na UWM w Olsztynie, co miało mi ułatwić kierowanie coraz większym zespołem pracowników oraz pacjentów. Od 2006 roku po prywatyzacji Stacji Dializ nadal byłam jej kierownikiem, udało się nam stworzyć samodzielny zespół, dzięki któremu zostaliśmy najlepszą Stacją Dializ w Polsce w firmie Diaverum.

Wspomniała pani, że Stacja Dializ w WSS powstała w 1978 r. Jak przebiegał jej rozwój?

6 grudnia 1978 r., to dzień, kiedy w Oddziale Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie odbyła się pierwsza dializa. Była to dializa otrzewnowa. Pierwszą hemodializę przeprowadzono 18 grudnia 1978 r. w nowym Oddziale Wewnętrznym, który został oficjalnie uruchomiony w styczniu 1979 r.

Już pierwszych latach mojej pracy udało nam się „skomputeryzować” Stację Dializ. Dzięki temu, że posiadaliśmy jeden z pierwszych komputerów na terenie szpitala oraz udało nam się wspólnie z zaprzyjaźnionymi informatykami z ZETO Olsztyn napisać program, dzięki któremu nasza praca była dużo łatwiejsza i z którego korzystały sąsiednie Stacje Dializ.

Lata 90. to dynamiczny rozwój Stacji Dializ w Województwie dzięki temu ta metoda leczenia stawała się coraz powszechniej dostępną.

Zaangażowanie zespołu, doświadczenia nabyte w pracy w korporacji z pewnością zaowocowały poprawą skuteczności leczenia naszych pacjentów, zwłaszcza wzrostem transplantacji, które i tak były naszym priorytetem, gdyż daje to możliwość „wyleczenia” naszych pacjentów.

Ostatnie 10 lat pracy dało nam wiele satysfakcji z pracy w komfortowych warunkach lokality i organizacyjnych, mimo że wymagania



Katarzyna Bastek, pielęgniarka oddziałowa Stacji Dializ

pracy w korporacji, których efekty były rankingowane w skali międzynarodowej były bardzo wysokie.

Jak wygląda praca Stacji Dializ po włączeniu jej w struktury Szpitala?

Mam nadzieję, że nasze doświadczenie pomoże nam kontynuować wysoką jakość świadczonych usług w warunkach Szpitala Wojewódzkiego, który również znacznie się rozwinął, nie jest łatwo jak w każdym okresie przekształcenia, ale mam nadzieję, że z pomocą pracowników szpitala damy radę.

Pragnę podkreślić, że praca w Stacji Dializ, która w dzisiejszej nomenklaturze wykonuje tylko dwie procedury: hemodializy i dializy otrzewnowej w bardzo ograniczonym zakresie świadczeń w zakresie diagnostyki i leczenia wymaga szerokiej współpracy z innymi działami medycyny w zakresie poradni i pracowni diagnostycznych oraz hospitalizacji w przypadku powikłań, za co jesteśmy niezmiernie wdzięczni.

Chcę jeszcze zaznaczyć, że praca w Stacji Dializ jest pracą zespołową, którą kieruje również pielęgniarka oddziałowa pani Katarzyna Bastek, która podobnie jak jej poprzedniczka pani Halina Czaplicka wykazały się niesamowitą zdolnością organizacyjną w zakresie zaopatrzenia Stacji w niezbędne produkty jak i umiejętnościami w przeprowadzaniu zabiegów.

Iloma pacjentami opiekuje się Stacja Dializ?

Aktualnie mamy 120 chorych dializowanych i 16 pacjentów dializowanych otrzewnowo. Ponad

20 pacjentów zgłoszonych do przeszczepu, z czego 15 jest na aktywnej liście, czyli mogą nas opuścić w każdym momencie. Można więc mówić o pewnej rotacji. 99 proc. pacjentów ma nieodwracalną niewydolność nerek. Licząc pacjentów przeszczepionych, którzy stanowią nieco ponad 10 proc. całej grupy oraz zmarłych (ok. 15 proc.) można powiedzieć, że w ciągu roku przewija się przez naszą stację ponad 200 pacjentów. Rocznie u 40 osób rozpoczynamy leczenie nerkozastępcze.

Zdarza się również, że pacjent skierowany do nas odzyska funkcje nerek. Może nie w pełni, ale taką, która pozwala mu funkcjonować bez dializ. Zdarza się to u jednego, dwóch pacjentów rocznie. Wtedy rozpoznajemy u takiej osoby ostrą niewydolność nerek albo przewlekłą zaostrzoną niewydolność nerek. Taki pacjent może czasowo zrezygnować z dializ, pozostając oczywiście pod nadzorem lekarza w Poradni Nefrologicznej.

Czym różni się hemodializa od dializy otrzewnowej?

Większość pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek z czasem musi być poddawany leczeniu nerkozastępczemu, które oprócz obu rodzajów dializ obejmuje przeszczep nerki. Te zabiegi gwarantują dalsze życie takim osobom. Hemodializa to leczenie przy pomocy aparatu „sztucznej nerki”, czyli podłączenie pacjenta do maszyny w naszej stacji. Natomiast dializa otrzewnowa wykorzystuje błonę otrzewną pacjenta poprzez wszczepiony cewnik. Pacjent wykonuje ją codziennie w domu, wymieniając czterokrotnie płyn otrzewnowy albo podłączając się na noc do aparatu zwanego cyklem



na 8-10 godzin. Przedtem chory przechodzi szkolenie z tego zakresu, które kończy się egzaminem. Tylko jego zaliczenie daje możliwość samodzielnego zastosowania domowej dializy. Wybór metody dajemy pacjentowi na początku leczenia przedstawiając mu ich wady i zalety. Jednocześnie informujemy o możliwości przygotowania się do zabiegu przeszczepienia nerki jako trzeciej metody leczenia nerkozastępczego.

Co jest najlepszym sposobem poprawy sytuacji pacjenta?

Najbardziej optymalną formą leczenia nerkozastępczego jest przeszczep nerki. Jakkolwiek zdarza się, że pacjenci wracają do nas po transplantacji i są ponownie dializowani. Jeżeli pozwala na to ich stan kliniczny są ponownie zgłaszani do przeszczepu. Właśnie w niedzielę [3 września – red.] mieliśmy taką akcję transplantacyjną pacjenta, który był dializowany, miał przeszczepioną nerkę, wrócił do nas na hemodializy i ponownie pojechał na przeszczep do szpitala w Katowicach.

Jakie urządzenia pracują w Stacji Dializ?

Są tu nowoczesne aparaty, choć już nieco wykorzystywane, więc wymagają napraw. Nie używamy ich dłużej, niż 10 lat. Potem są sukcesywnie wymieniane. Spełniają wszystkie wymagania standardowej hemodializy. Mamy obecnie dwa bardziej zaawansowane urządzenia, które pozwalają na przeprowadzanie zabiegów hemodiafiltracji, czyli dializy wspomaganą dodatkową ultrafiltracją. Przy ich pomocy możemy leczyć pacjentów z powikłaniami w postaci amyloidozy [to choroba polegająca na nieprawidłowym gromadzeniu się w tkankach i narządach nierozpuszczalnych białek określanych jako amyloid – red.], czy zaburzeń

kostnych. Aparaty są używane praktycznie bez przerwy i z tego powodu musimy mieć ich kilka w zapasie, by w razie awarii podstawić inną maszynę. W tej chwili używane przez nas urządzenia mają bardzo duży zasób elementów elektronicznych. Dlatego nieraz wymagają wymiany modułów, czy części hydraulicznych, jak uszczelki czy pompy.

Na zakończenie proszę o podsumowanie naszej rozmowy.

Za rok będziemy obchodzili 40 rocznicę pracy Oddziału Nefrologii i Stacji Dializ z pewnością będzie to czas podsumowań pracy w nowych warunkach, wspomnień i podziękowań zwłaszcza licznemu personelowi pracującemu z dużym zaangażowaniem i naszym pacjentom, którzy cierpliwie poddają się terapii.

Naszym największym osiągnięciem jest poprawa stanu zdrowia naszych pacjentów.

Rozmawiał Przemysław Prais

Rozmowa z prof. dr hab. n. med. Tomaszem Stomporem, ordynatorem Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych

Panie profesorze, 1 lipca nastąpiło włączenie Stacji Dializ w strukturę Szpitala. Jak to ma znaczenie dla pacjentów?

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Stompór: Jeśli chodzi o opiekę nad pacjentami i sposób ich leczenia nie zaszła zasadnicza zmiana. Merytoryczna współpraca ze Stacją Dializ była zawsze: tak było za czasów firmy Gambro, potem Diaverum i tak jest obecnie. Zespół także pozostał ten sam. Natomiast siłą rzeczy integracja na pewno przyczynia się do bardziej płynnej opieki.

Co prawda jako nefrolodzy nigdy z punktu widzenia pacjentów nie postrzegaliśmy ich jako podopiecznych Diaverum (odrębnej instytucji), tylko jako naszych wspólnych. Wielu otrzymywało pomoc jeszcze w publicznej stacji – przed prywatyzacją. Zdarzało się nam natomiast otrzymywać sygnały, że tymi pacjentami opiekuje się inna („obca”) instytucja, co czasem utrudniało dostęp do konsultacji lub innych, niż nefrologicznych sposobów opieki. Teraz integracja Stacji Dializ ze Szpitalem jest pełna.

Druga kwestia jest już czysto prestiżowa. Funkcjonowanie uniwersyteckiej kliniki nefrologicznej ze stacją dializ w swojej strukturze czy z nią zintegrowanej (tak jak w naszym przypadku, kiedy są to administracyjnie dwie odrębne jednostki, ale de facto stanowimy jedność), jest bardzo istotne i myślę, że możemy być dumni z takiego rozwiązania. Oprócz tego więc, że w Szpitalu funkcjonuje nefrologia, która stara się dorównywać standardom europejskim, ma też dializoterapię na bardzo wysokim poziomie. Bo trzeba powiedzieć, że nasz stacja jeszcze w sieci Diaverum była jedną z najwyższych notowanych w rankingach i wielokrotnie nagradzaną. Przejelśmy sprzęt i pewne rozwiązania organizacyjne. Poprawiamy jeszcze tę jakość m.in. przez odstępowanie od reutilizacji dializatorów, co stosowano uprzednio. W Polsce jest bowiem dopuszczona procedura sterylizowania i ponownego używania dializatora, co pozwala na jego wielokrotne używanie. My od tego odchodziśmy i obecnie dializatory w zdecydowanej większości są używane jednorazowo.

Trzecim aspektem jest kwestia finansów. Nefrologia siłą rzeczy musi być deficytowa, bo rodzaj leczonych pacjentów, głównie osób w podeszłym wieku i cierpiących na inne schorzenia z zakresu chorób wewnętrznych (nie do rozliczenia w naszych warunkach) powodują, że dramatyczne niedofinansowanie procedur w zderzeniu z wielowątkową diagnostyką na najwyższym poziomie oraz leczeniem powoduje, że generujemy straty. Natomiast prowadzenie Stacji Dializ jest nadal działalnością dochodową, dlatego, że nie leczy się tam ciężkich powikłań, a praca jest ukierunkowana ściśle na leczenie nerkozastępcze, czyli wykonanie hemodializy oraz opiekę nad pacjentem dializowanym w trybie ambulatoryjnym, czyli tzw. dializą otrzewnową. Stacja załatwia takie sprawy, jak wypisanie recept, czy wykonanie drobnego zabiegu lub opatrunku, planuje, zleca i umawia dodatkowe badania i konsultacje, prowadzi programy terapeutyczne przewidziane dla chorych dializowanych, koordynuje proces zgłaszania do przeszczepienia, ale kiedy występuje poważny problem medyczny, przekazuje pacjenta do Szpitala. W związku z tym nieprzewidziane (niemożliwe do zaplanowania) albo wykraczające poza procedury koszty są nieporównanie mniejsze. Ponieważ pojedynczy zabieg dializacyjny jest ciągle nieźle wyceniony przez płatnika (NFZ), to przy umiejętnym prowadzeniu stacji dializ (tak jak robi to Pani dr Alicja Catka), będzie to najpewniej

jedną z nielicznych w obecnej sytuacji finansowej jednostek w Szpitalu, która przyniesie dochód. Jeżeli nauczymy się patrzeć na finanse nefrologii i dializoterapii łącznie i próbować zestawić je ze sobą, a także dołączyć procedury transplantacji nerek, to okaże się, że nawet przy obecnym finansowaniu specjalistyczna nefrologia na wysokim poziomie może się zbilansować.

Mamy więc w Szpitalu trzy elementy w procesie leczenia chorób nerek oraz ich odległych konsekwencji: Oddział Nefrologiczny, Stację Dializ i Oddział Transplantologiczny.

Są one także o tyle nierozzerwalnie powiązane, że nasza stacja to jednocześnie największe źródło biorców nerek do przeszczepiania. Jeszcze należąc do sieci Diaverum była uznana za najbardziej efektywną jeżeli chodzi o zgłaszania pacjentów na listę biorców, czyli miała najwięcej procentowo i w liczbach bezwzględnych osób zgłaszanych do przeszczepienia. Zespół stacji jest bardzo ukierunkowany na te działania i zmotywowany do nich, a obecność w tej samej lokalizacji wielospecjalistycznego szpitala pozwala tych pacjentów bardzo szybko zgłosić. Nie mamy wpływu na czas oczekiwania na przeszczepienie, możemy za to spowodować, żeby pacjent jak najszybciej został zgłoszony na listę biorców. Możemy ten proces maksymalnie skrócić mając do dyspozycji wielospecjalistyczny szpital, bo zgłoszenie polega



na bardzo szczegółowym przebadaniu pacjenta i wykluczenie ewentualnych przeciwwskazań do transplantacji.

Żeby jeszcze uzupełnić obraz nefrologii, dializoterapii i transplantologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym należy dodać, że mamy

na miejscu Regionalny Ośrodek Kwalifikacyjny z wszystkimi możliwościami jakie stwarza ten fakt, co nas dodatkowo wzmacnia (kieruje nim Pan Dr Norbert Kwella). Dysponujemy więc pełnym profilem nefrologii na wysokim poziomie.

Rozmawiał Przemysław Prais

Badania naukowe i kliniczne w Szpitalu Wojewódzkim

Rozwój naukowy jest istotnym elementem rozwoju naszego Szpitala – mówi dyrektor Irena Kierzkowska. – Staramy się wspierać przedsięwzięcia o charakterze naukowym podejmowane przez naszych pracowników – dodaje. – Dlatego bardzo cieszy mnie sukces pana dr. Waldemara Ocha, ordynatora Oddziału Klinicznego Neurochirurgicznego, który jest autorem pracy habilitacyjnej, zatwierdzonej niedawno przez Radę Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Serdecznie gratuluję panu doktorowi tego osiągnięcia.

Pani dyrektor do największych osiągnięć zalicza również udział Oddziału Ginekologii Onkologicznej dr. Tomasza Waśniewskiego w programie MOBIT, którego celem jest spersonalizowanie leczenia pacjentów z nowotworami. – W tym elitarnym badaniu bierze udział kilka renomowanych ośrodków, co stanowi dowód wysokiej pozycji naszego Szpitala – podkreśla.

Dodaje również, że w WSS przeprowadza się także wiele innych badań naukowych i klinicznych.

Rozmowa z dr. hab. n. med. Waldemarem Ochem, ordynatorem Oddziału Klinicznego Neurochirurgicznego

Panie doktorze, na początek proszę o podanie tytułu i tematu pańskiej pracy habilitacyjnej.

Tytuł pracy to „Molekularne uwarunkowania dynamiki klinicznej i biologicznej najczęstszych guzów nowotworowych mózgu”. Praca habilitacyjna jest cyklem ośmiu publikacji związanych tematycznie, w których jak mówi tytuł starałem się ustalić, czy istnieje powiązanie pomiędzy molekularnymi zmianami w guzach mózgu a ich dynamiką. Te osiem prac stanowi tzw. „szczegółowe osiągnięcie naukowe” i jest częścią całego dorobku naukowego. Na cały dorobek składają się wszystkie publikacje autora.

Tematyka tej pracy to poniekąd kontynuacja i rozwinięcie zainteresowań, które miały miejsce wcześniej, już od lat 90.. Skupiłem uwagę na agresywnym zachowaniu nowotworów wewnątrzczaszkowych. Takich postaci, których



rozpoznanie histopatologiczne świadczyło o łagodności, bo wykazywało niski stopień złośliwości, natomiast przebieg kliniczny sugerował, że ten guz biologicznie jest guzem inwazyjnym, agresywnym. Zmiany te szybko dawały wznowy i prowadziły do niekorzystnego przebiegu klinicznego pacjentów, których wielu pamiętam do dzisiaj. Wobec tego moje zainteresowanie koncentrowało się wokół wykrycia i oceny czynników warunkujących złośliwość takich guzów. To już było tematem mojego doktoratu z 1999 r. „Stężenie receptorów estrogeny, progesteronu i czynników wzrostowych nowotworów mózgu”. Tak więc praca habilitacyjna jest kontynuacją wcześniejszych zainteresowań związanych z biologią guzów mózgu. Publikacje stanowiące habilitacyjny dorobek naukowy w większości poświęcone są zmianom molekularnym w nowotworach mózgu i ich wpływie, czy powiązaniu tych zmian z klinicznym zachowaniem guza. Postęp naukowy spowodował, że mogliśmy prowadzić takie badania.

Proszę teraz opowiedzieć, jak przebiegało powstawanie pracy habilitacyjnej.

Temat onkologii jest ważny w naszym oddziale, ponieważ operujemy dużo takich przypadków. Zatem prace są rezultatem badań nowotworów mózgu: oponiaków, glijaków i przerzutów do mózgu. Wszystkie przypadki były analizowane i dokumentowane klinicznie, a materiał nowotworowy badany histopatologicznie w naszym szpitalu, natomiast molekularnie w innych ośrodkach. Należą do nich Zakład Patologii Molekularnej i Neuropatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, którym kieruje Prof. Paweł Liberski, Zakład Biologii Nowotworów, którego szefem jest Prof. Piotr Rieseke oraz Zakład Anatomii Patologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, pod kierunkiem Prof. Joanny Reszeć. Większość wysiłku badawczego spoczywała jednak na nas, bo to myśmy operowali, zbierali tkanki i wysyłały je do badań. Musiałem być odpowiedzialny za systematyczne zbieranie danych klinicznych, dokumentację badań radiologicznych, tworzenie arkuszy statystycznych oraz za koszty badań / przechowywanie tkanek wcześniej w ciekłym azocie, koszty transportu tkanek, niektórych badań/. Oczywiście prowadzenie badań było możliwe dzięki kontaktom z wiodącymi postaciami z uczelni zainteresowanych tym tematem. Znajomości nawiązywałem na konferencjach naukowych i ogólnopolskich zjazdach neurochirurgicznych i onkologicznych. Wyniki badań były podstawą pisanego prac. Powstawanie publikacji to uciążliwy, długi, męczący proces, wymagający często wielu poprawek, zakończony sukcesem przyjęcia jej do renomowanych czasopism tylko dzięki wytrwałości i współpracy współautorów.

Czy możemy określić ramy czasowe powstawania pańskiej pracy habilitacyjnej?

Praca naukowa w naszym Szpitalu jest swego rodzaju wyzwaniem. Jesteśmy bowiem placówką głównie usługową. Można przyjąć, że już od zakończenia doktoratu zbieranie materiału klinicznego i molekularnego było procesem

ciągłym, trwającym aż do opublikowania ostatniej pracy w 2017 r. W nowym programie praca habilitacyjna to jak wspominałem wyżej ciąg prac ściśle powiązanych tematycznie ze sobą, ale wnoszących coś nowego, istotnego do nauki. Podsumowanie w postaci opisanego osiągnięcia monotematycznego oraz całego pozostałego dorobku naukowego zajęło mi około 2 lata. Sama, więc praca naukowa i rozwój w tym kierunku to wyczerpujące zajęcie, zwłaszcza obok podstawowej pracy zabiegowej prowadzenia oddziału i wykonywania innych zadań związanych z działalnością szpitala. Praca naukowa ma ogromne znaczenie, daje dużo satysfakcji i daje wiedzę, którą można wykorzystać w leczeniu chorych. Natomiast pogodzenie obu działalności jest trudne. Prawdą mówiąc, mógłbym podejść do zakończenia habilitacji dużo wcześniej, ale nie było czasu, żeby to zrobić.

W 2003 r. zostałem ordynatorem oddziału neurochirurgii, a przez dwie kadencje, do 2011 r. byłem przewodniczącym Pomorskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów. Należy do niego Gdański Uniwersytet Medyczny, 10 Wojskowy Szpital w Bydgoszczy oraz Szpital Wojewódzki w Słupsku. To wiązało się z organizacją spotkań naukowych nawet cztery razy w roku oraz zawsze przygotowywaniem komunikatów zjazdowych. To zajmowało mnóstwo czasu, choć jednocześnie nas rozwijało i miało znaczenie w kompletowaniu dorobku naukowego.

31.01.2017 r. złożyłem materiał habilitacyjny do Centralnej Komisji do Spraw Stopni i Tytułów Naukowych w Warszawie. Kolokwium habilitacyjne odbyło się na początku czerwca, gdzie pozytywnie zaopiniowano cały dorobek. Należy zaznaczyć, że zarówno recenzenci, jak i pozostałe osoby z komisji habilitacyjnej podkreślały, że praca pochodzi ze Szpitala Wojewódzkiego, w którym prowadzenie pracy naukowej napotyka na ogromne trudności i jest pozbawiona wsparcia klinicznego. Całe postępowanie habilitacyjne zostało zatwierdzone na Radzie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku 28 czerwca tego roku.

Czy to, co zawarł pan w pracy habilitacyjnej w jakiś sposób pomaga w leczeniu pacjentów naszego Szpitala?

Zgromadzona wiedza pozwala wykorzystać ją do leczenia pacjentów. Zdobyte informacje są przydatne w codziennej pracy. Lepiej rozumiemy chorobę onkologiczną, więc i lepiej ją leczymy. Młodzi lekarze poza zdobyciem wiedzy do specjalizacji, nabierają też doświadczenia w pisaniu prac naukowych, i tym samym poszerzają swój dorobek naukowy. In większa wiedza, tym głębsze poznanie procesu chorobowego.

Niektóre czynniki, nad którymi pracowaliśmy mają swoje odzwierciedlenie w codziennej praktyce. O hormonozależności niektórych guzów mózgu i udziale w tym receptorów progesteronu pisano na początku lat 90-tych. Myśmy

to potwierdzili, a obecnie ocena histopatologiczna stężenia progesteronu w nowotworach mózgu jest badaniem standardowym. Tak samo jest, jeśli chodzi o badane czynniki wzrostowe nowotworów. Obecnie stosuje się leki skierowane przeciwko tym parakrynnym substancjom.

Zakres naszych zainteresowań naukowych mógł być mojemu zespołowi w płynnym przejściu do nowej klasyfikacji nowotworów, opartej na właściwościach molekularnych. Klasyfikacja ta obowiązuje od 2017 r. i jest w pełni przez nas rozumiana, dzięki mojemu małemu wkładowi.

Z własnego doświadczenia wiem, że w pracy naukowej należy się skupić na celu i osiągnąć go tak szybko, jak to możliwe. Nie można zwlekać, bo coraz więcej obowiązków sprawia, że trudno znaleźć czas na takie działania. Także sama tematyka prac może stać się nieaktualna, bo postęp nauki jest bardzo szybki. Wtedy wysiłek poświęcony na zbieranie materiałów może pójść na marne. Jeżeli więc wykonaliśmy jakąś pracę, opublikujmy jak najszybciej jej wyniki

Czy chciałby pan komuś podziękować za pomoc w powstaniu pracy habilitacyjnej?

Choć generalnie jest to mój wysiłek, to chcę zaznaczyć, że współautorami prac byli koledzy z Oddziału. Ich udział polegał na pozyskiwanie materiału onkologicznego, udziale w przygotowywaniu manuskryptów, edycji prac. Szczególne podziękowania należą się autorom i współautorom z innych ośrodków. To, że mogłem zebrać materiał kliniczny zawdzięczam Szpitalowi, który stwarza możliwości operowania odpowiednio dużej liczby przypadków nowotworów, jak i wykorzystania zgromadzonych danych. Nigdy nie spotkałem się z odmową, jeśli chodzi o wykorzystanie materiału klinicznego i onkologicznego.

Rozmowa z dr. Tomaszem Waśniewskim, ordynatorem Oddziału Ginekologii Onkologicznej i Oddziału Ginekologiczno-Położniczego

Panie doktorze, kieruje pan zespołem realizującym program badawczy MOBIT w naszym Szpitalu. Proszę go krótko scharakteryzować.

Projekt, w którym bierze udział Szpital Wojewódzki toczy się już od dwóch lat, my aktywnie uczestniczymy w nim od początku 2017 r. Przedsięwzięcie dotyczy kwestii w onkologii obecnie najbardziej popularnej, czyli próby spersonalizowania terapii dla danego pacjenta. Jak wiadomo na chemioterapię jedna osoba reaguje lepiej, drugi gorzej. A program MOBIT ma na celu wytapanie różnic, które występują między pacjentami, żeby zaproponować możliwość optymalnej terapii uzupełniającej w przebiegu choroby nowotworowej.

Badania dotyczą szeregu różnic, bo badany jest cały zakres proteomiki, genomiki, transkryptomiki, metabolomiki [szczegółowo projekt MOBIT prezentujemy na s. 19 – red.]. To cztery



Instrumentariuszka Jolanta Lewandowska napętnia termos ciekłym azotem

najważniejsze kierunki badań klinicznych jeśli chodzi o spersonalizowanie terapii nowotworowej. W ten sposób chcemy wyodrębnić dla czego pacjenci różnie reagują na terapię nowotworową.

Jaka jest rola Szpitala Wojewódzkiego w tym projekcie?

Główna część badawcza projektu idzie w tej chwili w kierunku raka płuca, a Szpital jako jedyny został dobrany do zajmowania się nowotworami złośliwymi jajnika.

Naszym zadaniem jest zorganizowanie unikalnego systemu zbierania i przechowywania materiału biologicznego. Bankujemy więc, czyli zbieramy tkanki nowotworów jajnika. W zamrażarce niskotemperaturowej są przechowywane praktycznie wszystkie płyny ustrojowe, z wyjątkiem płynu mózgowo-rzeniowego, a więc krew, mocz, osocze i tkanki guza. Monitorujemy także dalsze losy pacjentek, od których pobraliśmy próbki do badań.

W skład liczącego 20 osób zespołu weszły położne, instrumentariuszki, patomorfolog, ginekolog, onkolog i pion administracyjny, który robi ogromną robotę przy rozliczaniu projektu.

W jakich warunkach jest przechowywany materiał biologiczny pobrany od pacjentek?

Zaraz po pobraniu trafia do termosu, który wcześniej napętniamy ciekłym azotem o temperaturze minus 71 stopni Celsjusza. Chodzi o to, by błyskawicznie zamrozić próbki, które następnie są przenoszone do zamrażarki niskotemperaturowej, usytuowanej w jednym z pomieszczeń Bloku Operacyjnego. Zajmują się tym nasze pielęgniarki operacyjne. Chłodziarka utrzymująca temperaturę minus 81 stopni Celsjusza ma podwójny system zabezpieczeń na wypadek braku

energii elektrycznej – własny agregat, a gdyby i on zawiódł w system chłodzący będzie tłoczony dwutlenek węgla ze stojącej obok butli.

Co dla Szpitala oznacza udział w MOBIT?

Z pewnością oznacza on zastrzyk finansowy, ale oznacza także duży prestiż. Uczestniczymy bowiem w badaniach strategicznych w skali całego kraju. Państwo przyznaje największe środki na tego typu projekty. Spośród 54 zgłoszonych propozycji pozytywnie zaopiniowanych było tylko 6. My znaleźliśmy się w tej najlepszej szóstce. Razem z nami w projekcie MOBIT uczestniczą m.in. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, który jest jego liderem, a jako partnerzy Instytut Rozrodu Zwierząt i Badań Żywności PAN w Olsztynie, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu i Instytut Innowacji i Technologii Politechniki Białostockiej.

Przy okazji chciałbym także podziękować pani dyrektor Irenie Kierzkowskiej za udzielenie zgody na przeprowadzenie tych badań.

MOBIT oznacza korzyści naukowe dla nas, ginekologów onkologicznych, a myślę, że również dla patomorfologów.

Czy są dalsze plany dotyczące programu MOBIT?

Jednym z założeń MOBIT-u jest uczestnictwo w kolejnym projekcie badawczym finansowanym przez państwo. Nosi on nazwę Horyzont 2020. Robimy daleko już posunięte przymiarki, żeby ten program już tylko w zakresie nowotworów jajnika realizować również w naszym Szpitalu, jako dedykowany już tylko dla nas. Prof. Jacek Nikliński, kierownik Zakładu Klinicznej Biologii Molekularnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, a do ub. roku jego rektor jest bardzo zainteresowany kontynuacją badań nad rakiem jajnika. Pomysł dalszych badań zaakceptowała również Polska Grupa Ginekologii Onkologicznej. Kilka najpotężniejszych w Polsce ośrodków z zakresu ginekologii onkologicznej, których przedstawiciele na piątkowym spotkaniu PGGO [29 września – red.] wyraziło chęć uczestniczenia w takim programie. Jest więc realna szansa, że badania pójdą jeszcze dalej.

Rozmowa z prof. dr hab. n. med Tomaszem Stomporem, ordynatorem Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych

Panie profesorze, zasiada pan w Zespole ds. badań klinicznych i badań naukowych w naszym Szpitalu. Jak można określić stopień rozwoju działalności naukowej WSS z tej perspektywy?

Na pewno nie jest ona tak rozwinięta, jak mogłaby być. Wynika to z kilku względów. Pierwszy to spotykany u części z nas brak tradycji pracy naukowej i motywacji do jej prowadzenia. Kolejnym jest fakt, że finansowanie poważnych badań

naukowych pochodzi ze źródeł dość trudno osiągalnych. Uzyskanie finansowania w postaci grantów to skomplikowany proces, choć są też granty na stosunkowo niewielkie kwoty, które – zwłaszcza młodym naukowcom – jest relatywnie łatwiej pozyskać. W moim odczuciu istotną przeszkodą jest także to, że praca z pacjentem, czyli wypełniania swoich codziennych obowiązków lekarskich i administracyjnych mocno utrudnia działalność naukową. Widzę to na swoim podwórku, że nie wszystko idzie tak, jak powinno. Jesteśmy mocno obciążeni pracą lekarską i administracyjną. Badania naukowe są zawsze dla klinicysty dodatkiem do codziennej pracy.



Chłodziarka do przechowywania próbek w programie MOBIT

Dyżurnie w ramach nocnej pomocy lekarskiej przez rezydentów, którzy powinni być siłą napędową rozwoju naukowego sprawia, że będą jeszcze mocniej zaangażowani w obowiązki, które nie zawsze pochodzą z ich wyboru, a na pracę naukową (zwłaszcza dla osób afiliowanych przy UWM) zostanie jeszcze mniej czasu i energii.

Są też zjawiska pozytywne: niektóre mocno zmotywowane osoby pracują naukowo, a najważniejszym motorem jest tutaj kwestia zdobywania stopni i tytułów naukowych. Z jednej strony ludzie z pewnym dorobkiem myślą o habilitacji, młodzi – o doktoratach. Także tu problemem bywa motywacja. Większość ludzi nie myśli w kategoriach stawiania ważnych pytań naukowych i odpowiedzi na nie, tylko raczej chcą zdobyć stopień naukowy i zapomnieć o tego typu działalności.

Czy te osiągnięcia naukowe mają znaczenie dla Szpitala i jego pacjentów?

Myślę, że część z tych prac ma wymiar praktyczny. Można jednak leczyć pacjentów na wysokim poziomie nie robiąc w ogóle badań i stopni naukowych. Rozwój lekarzy jest dwutorowy. Lekarz

nie musi zajmować się badaniami naukowymi, ale przechodzi bardzo pogłębione szkolenie zawodowe, kursy doszkalające, zdobywa kolejne specjalizacje - będzie świetnym (także niejednokrotnie innowacyjnym) lekarzem. Badania naukowe, które my prowadzimy w większości nie mają waloru eksperymentalnego, opisują raczej pewne zjawiska. Wyptywiają z nich jednak pewne wnioski, bo nawet z analizy epidemiologicznej można sporo przełożyć na praktykę, natomiast nowych, przełomowych odkryć dokonuje się jednak głównie we wiodących uniwersytetach amerykańskich.

Bardzo istotnym źródłem wiedzy medycznej są wielośrodkowe badania randomizowane, a tu mamy mocną pozycję. Dziś o tym, czy mamy wiedzę o nowych terapiach, decyduje to, jak wypadną wyniki leczenia dużych grup

pacjentów określonymi metodami. Choć w tego typu badaniach może brać udział 10 tys. i więcej pacjentów, a w naszym Szpitalu jest ich pięciu - siedmiu - dziesięciu, to jesteśmy bardzo ważnym ogniwem, które składa się na publikację badania i często rejestrację nowego leku. Niestety, kiedy wyniki zostaną opublikowane, nasz badacz nie zostanie zazwyczaj autorem publikacji.

Jak się układa współpraca z UWM?

Pracownicy naszego Szpitala są ważnymi osobami przyczyniającymi się do dorobku Wydziału Nauk Medycznych UWM w Olsztynie. Na dowód mogę podać, że w ciągu 5 lat, od kiedy mamy prawo do nadawania stopnia naukowego doktora na 37 prac doktorskich nasi lekarze obronili 9. Jest to więc niemal jedna czwarta ogólnej liczby, co jest udziałem znaczącym.

Także wiele oddziałów naszego Szpitala współpracuje z olsztyńskim uniwersytetem. To OIT dr. Dariusza Onichimowskiego, Oddział Diabetologii prof. Elżbiety Bandurskiej-Stankiewicz, czy oddziały ginekologiczne dr. Tomasza Waśniewskiego. Ja ze swoim oddziałem również staram się współpracować z teoretycznymi katedrami UWM na poziomie badań wykraczających poza ściśle nauki kliniczne. Współpraca się więc rozwija - naszą szansą jest szukanie tematów interdyscyplinarnych. Bardzo trudno jest wymyślić coś samemu i zrealizować w obrębie jednego oddziału. Ważne jest to, że kilka pomysłów z różnych dziedzin, żeby byli to ludzie zajmujący się biologią molekularną, naukami podstawowymi, bo wtedy dopiero nabiera prawdziwie poznawczego waloru.

Przemysław Prais

Badania kliniczne i naukowe w Szpitalu Wojewódzkim

Obecnie w Szpitalu prowadzonych jest blisko 50 badań klinicznych w różnych dziedzinach. Najwięcej badań realizowanych jest na Oddziale Neurologicznym przez zespół A. Tutaj, Ginekologii Onkologicznej oraz Oddziale Gastroenterologii i Oddziale Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych. Jeszcze kilka kat temu w Szpitalu dziedziną, która przodowała w badaniach klinicznych była endokrynologia i kardiologia.

Udział w badaniach daje naszym lekarzom możliwość zdobycia unikatowej wiedzy i gromadzenia doświadczenia w danej dziedzinie medycyny poprzez dostęp do nowych terapii, zwiększoną możliwość wykorzystania nowoczesnej aparatury medycznej (np. diagnostyki PET), łatwiejszą wymianę wiedzy w ramach sieci specjalistów i badaczy, a także dostęp do dodatkowych materiałów i szkoleń.

Z drugiej strony badania kliniczne stanowią wielką szansę dla pacjentów, w szczególności tych cierpiących z powodu ciężkich chorób, w leczeniu których wszystkie standardowo dostępne terapie zawiodły.

Oprócz badań klinicznych prowadzonych przez firmy zewnętrzne realizowane są również badania naukowe, które często są podstawą prac doktorskich, naukowych i publikacji. Najczęściej projekty naukowe realizowane są we współpracy z Wydziałem Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Wśród badań naukowych prowadzonych przez lekarzy Szpitala Wojewódzkiego możemy wymienić:

2017 r.

- „Odrębność czynników ryzyka udarów mózgu pacjentów po 80 r.ż.” – Aleksandra Wińska (Oddział Kliniczny Neurologii)
- „Rola białek USP18 i Dkk3 w chorobach nerek i układu sercowo-naczyniowego” – Paulina Działatek (Oddział Kliniczny Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych)

2016 r.

- „Porównanie skuteczności blokad przestrzeni międzypowięziowych w obrębie przedniej i bocznej ściany brzucha wykonywanych pod kontrolą USG w analgezji okołoooperacyjnego u pacjentów poddanych przeszczepieniu nerki. Badanie kliniczne, randomizowane, wielośrodkowe” - Marcin Mieszkowski (Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii)
- „Ocena przydatności klinicznej białka S100 – w diagnostyce pacjentów z urazami czaszkowo-mózgowymi” - Rakesh Jalali i Izabela Godlewska (SKOR)
- „VEGF jako czynnik prognostyczny wystąpienia retinopatii cukrzycowej i jej powikłań u ciężarnych kobiet chorujących na cukrzycę” oraz „Badanie wpływu miejscowo stosowanego niesterydowego leku przeciwzapalnego na przebieg leczenia chorych z wysiękową postacią

zwyrodnienia siatkówki związanego z wiekiem, otrzymujących iniekcje dożłokowe inhibitorów śródbłonkowo-naczyniowego czynnika wzrostu” – Janusz Pieczyński (Oddział Okulistyczny)

- „Wpływ nieprawidłowej czynności nerek na zaburzenia mineralno-kostne u pacjentów z gammopatiami monoklonalnymi” – Tomasz Stompór (Oddział Kliniczny Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych)
- „Mikrobiologia worka spojówkowego w warunkach fizjologicznych oraz po przewlekłej antybiotykoterapii” - Weronika Wasińska-Borowiec (Oddział Okulistyczny)
- „Lokalizacja receptora AMH (hormonu anty-Mullerowskiego) Typu II w zależności od typu histologicznego raka trzonu macicy” – Marek Gowgielewicz (Oddział Ginekologiczny).

Na terenie Szpitala badania realizują również lekarze z innych jednostek leczniczych w Polsce np. z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego czy Zakładu Psychologii Zdrowia i Pracy w Łodzi.

Wszystkie projekty naukowe i badania kliniczne przed wdrożeniem są omawiane i oceniane przez Zespół ds. badań klinicznych i badań naukowych. Zespołowi przewodniczy dr. n. med. Jerzy Górny, z-ca dyrektora ds. lecznictwa. W skład zespołu wchodzi jeszcze: prof. dr hab. n. med. Tomasz Stompór, ordynator Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych i prodziekan Wydziału Nauk Medycznych UWM, mgr Ewa Czech-Zbikowska, kierownik Apteki Szpitalnej, Halina Depcik z-ca dyrektora ds. administracyjno-finansowych, Elżbieta Wrzcionkowska, radca prawny Szpitala i Bożena Struczevska-Czajkowska, Sekretarz Zespołu.



Dane medyczne – podlegają szczególnej ochronie

Przepisy prawa dotyczące ochrony danych osobowych dzielą dane osobowe na dwie główne kategorie: **dane zwykłe** i **dane wrażliwe**. Katalog danych podlegających szczególnej ochronie, czyli tzw. wrażliwych, został określony w art. 27 ustawy o ochronie danych osobowych. Należą do nich informacje dotyczące w szczególności: stanu zdrowia, poglądów politycznych i życia seksualnego.

Zgodnie z zapisem ustawy **przetwarzanie tej kategorii danych jest zabronione**. Ustawodawca przewidział jednak wyjątki. Należą do nich spośród wymienionych sytuacji wyjątkowych, w których dopuszcza się przetwarzanie danych wrażliwych, do informacji o stanie zdrowia mają zastosowanie następujące wypadki:

1. osoba, której dane dotyczą, wyrazi na to zgodę na piśmie, chyba że chodzi o usunięcie dotyczących jej danych;
2. przepis szczególny innej ustawy zezwala na przetwarzanie takich danych bez zgody osoby, której dane dotyczą, i stwarza pełne gwarancje ich ochrony;
3. przetwarzanie takich danych jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby, gdy osoba, której dane dotyczą, nie jest fizycznie lub prawnie zdolna do wyrażenia zgody, do czasu ustanowienia opiekuna prawnego lub kuratora;
4. przetwarzanie jest prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych;

Czym jest przetwarzanie danych?

Ustawa o ochronie danych osobowych stanowi, że przetwarzanie danych to **jakiegokolwiek czynności wykonywane na danych osobowych**, takie jak zbieranie, utrwalanie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych.

Jedną z form przetwarzania danych osobowych jest **prowadzenie dokumentacji medycznej**. Podstawowe regulacje dotyczące tworzenia, ochrony i udostępniania dokumentacji medycznej zawarte są w ustawie z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 09.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Aby zapewnić bezpieczeństwo danych medycznych, każdy podmiot leczniczy ma obowiązek

opracować i wdrożyć szereg procedur. W naszym szpitalu również opracowano procedury i instrukcje określające metody zabezpieczenia danych osobowych oraz dokumentacji medycznej. Do najważniejszych należą:

- „Polityka Bezpieczeństwa” oraz „Instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych” (zarządzenie wewnętrzne nr 11/2016 z dnia 19.01.2016 r.),
- zarządzenie wewnętrzne nr 35/2015 z dnia 14.10.2015 r. w sprawie powołania Administratora Bezpieczeństwa Informacji oraz zakresu jego zadań i odpowiedzialności,
- zarządzenie wewnętrzne nr 15/2016 z dnia 26.01.2016 r. w sprawie powołania Administratora Systemów Informatycznych oraz zakresu jego zadań i odpowiedzialności,
- procedura nr PA/ZI 3.1, 3.2, 3.3 z dnia 28.08.2017 r. „Obieg, przechowywanie, udostępnianie i zabezpieczenie dokumentacji medycznej w formie papierowej” (wydanie 6).

Obecnie przed nami kolejne wyzwanie: dostosowanie procedur wewnętrznych do **Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679** z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, które wchodzi w życie w dniu 25.05.2018 r. Wyzwanie, ponieważ wiąże się z tym obowiązkiem opracowania ponad 40 dokumentów, które potwierdzą stosowanie w Szpitalu zasad ochrony danych osobowych wynikających z Rozporządzenia.

W lipcu br. w siedzibie Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia odbyło się spotkanie inauguracyjne współpracę administracji publicznej z organizacjami branżowymi nad **kodeksem postępowania dla podmiotów sektora ochrony zdrowia dotyczącym ochrony danych osobowych**. Pierwsze spotkanie grup interesariuszy projektu poświęcone było przedstawieniu podstawowych założeń oraz metodologii prac na kodeksem. Jak można przeczytać na stronie CSIOZ:

Zgodnie z zaprezentowanym podczas spotkania wstępnym harmonogramem, zakończenie prac nad kodeksem i przedstawienie projektu Głównemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych powinno nastąpić pod koniec tego roku.

Czeka nas więc obowiązek realizacji kolejnych wytycznych.

Beata Jastrzębowska

Kierownik Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej

Incydenty bezpieczeństwa w ochronie zdrowia

W styczniu 2016 rzecznik prasowy Szpitala w Ottawie poinformował, że 4 spośród prawie 10 tysięcy komputerów w szpitalu zostało zaatakowanych z użyciem oprogramowania, które blokuje pliki na infekowanym komputerze. Po zapłaceniu okupu ofiara ataku otrzymuje klucz, który umożliwia ponowne otwarcie zaszyfrowanych plików. W przypadku tego ataku szpital nie zapłacił okupu, a służby informatyczne wyczyściły zawartość dysków i odtworzyły dane z użyciem kopii zapasowych. Szpital poinformował, że dane pacjentów nie były zagrożone. /<https://www.upgreat.pl/>

5 lutego 2016 zaatakowano niektóre systemy w Hollywood Presbyterian Medical Center w Los Angeles. Dyrektor szpitala poinformował o zapłaceniu cyber-przestępcom 17 tysięcy dolarów okupu (telewizja NBC4 podała informację o okupie w wysokości 3,7 miliona dolarów), ponieważ była to „najszybsza i najbardziej efektywna droga” do odzyskania dostępu do danych. Efektem ataku był brak dostępu do szpitalnych baz danych i całkowity paraliż komunikacji elektronicznej między lekarzami i personelem medycznym, co wymusiło stosowanie w procesie obsługi pacjentów tradycyjnych metod takich jak dokumenty odręczne i telefony. Lekarze liczącego 434 łóżka oddziału neonatologii przesyłali dane obrazowe i karty pacjentów za pośrednictwem faksów. Sparaliżowana została izba przyjęć a 911 pacjentów musiało zostać obsłużonych w innych szpitalach. /<https://www.upgreat.pl/>

W czerwcu 2017 r. ogólnopolskie media obiegała informacja o największym w historii wycieku danych blisko 50 tysięcy pacjentów ze źle zabezpieczonego serwera danych. Chodzi tu o SPZOZ w Kole. Serwis „zaufana trzecia strona” otrzymał od jednego z internautów informację, że serwer, na którym znajdują się poufne dane nie jest w żaden sposób zabezpieczony. Dostęp do danych nie wymagał żadnego logowania, mógł je pobrać i wykorzystać każdy, kto trafił na adres serwera.

Wśród udostępnionych danych pacjentów znajdowały się między innymi takie informacje jak imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, grupa krwi, ale także wyniki niektórych badań. W przypadku pracowników były to identyfikatory dokumentów tożsamości czy dane kont bankowych. Dostępne były zarówno dane archiwalne, jak i bieżące.

Nowy rezonans i tomograf pracują już w zmodernizowanych pomieszczeniach

Z początkiem września Pracownie Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego wznowiły działalność na niskim parterze zachodniego skrzydła Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Pierwszy pacjent został przebadany w nowej pracowni tomograficznej 24 sierpnia. Kilka dni później zainaugurował działalność rezonans. Przy badaniach asystowali przedstawiciele producenta obu urządzeń, którzy wyjaśniali wątpliwości personelu pracowni w trakcie poszczególnych etapów badań. Przedtem przywieziono nowe urządzenia, które zainstalowano w pracowniach (zdjęciowa relacja z rozładunku rezonansu na kolejnych stronach).

O tym, co zyskali pacjenci i zatrudnieni przy ich diagnozowaniu rozmawiam z dr. n. med. Grzegorzem Wasilewskim, kierownikiem Działu Diagnostyki Obrazowej WSS w Olsztynie.

Przemysław Prais: Dziś (rozmawiamy 30 sierpnia) jesteśmy już po zakończeniu trwających pół roku prac przy remoncie i modernizacji pomieszczeń oraz montażu nowych urządzeń. W tym czasie badania wykonywano w mobilnych pracowniach.

Grzegorz Wasilewski: Cały proces inwestycyjny trwał znacznie dłużej, bo ponad półtora roku. W styczniu 2016 r. ogłosił dialog techniczny z dostawcami aparatów TK i MR, potem przyszedł czas na procedurę przetargową i podpisanie umowy na ich dostawę, co nastąpiło w lutym 2017 r. Sam remont rozpoczął się 1 marca i przebiegał bardzo sprawnie. 6 miesięcy na wykonanie ogromnej modernizacji wraz z zamontowaniem dwóch bardzo skomplikowanych aparatów to bardzo dobry rezultat. Jednocześnie cały czas utrzymaliśmy ciągłość diagnostyki, wykonując badania tomograficzne i rezonansowe urządzeniami w wypożyczonych pracowniach mobilnych. Cały zespół bardzo się zaangażował, dzięki czemu w trudnych warunkach pracowaliśmy równie wydajnie, jak przedtem – okazało się, że Szpitala nie da się wyhamować.

W nowych, normalnych warunkach będzie dużo wygodniej i dla personelu, i dla pacjentów, i dla całego Szpitala. Mamy już nasze własne pomieszczenia, w których świetnie wiemy, co gdzie się znajduje. Pracownikom Szpitala także będzie łatwiej przewieźć pacjentów na badania bez konieczności używania wind, jak to bywało w mobilnych pracowniach.

Z naszego punktu widzenia ważne jest także to, że po remoncie wszystkie pomieszczenia są nowe. Bardzo duże znaczenie ma usunięcie skarp, która uniemożliwiała dostęp światła dziennego. Zupełnie inaczej się pracuje, a nawet oddycha w jasnych pokojach. Komfort pracy jest więc znacznie większy. Mamy też pomieszczenie socjalne i dodatkową łazienkę

Przeprowadzony proces remontu i instalacji nowych aparatów TK i MR spowodował także pełne uniezależnienie Szpitala, jeśli chodzi o proces diagnostyczny pacjentów. Możemy im zaoferować wszystkie dostępne metody diagnostyczne. Badania wykonywane w naszych pracowniach często są badaniami odwoławczymi, wykonywanymi u pacjentów trudnych, z wieloma schorzeniami. Jesteśmy także jedyną placówką na terenie Olsztyna, która wykonuje badania TK i MR w trybie 24h/7dni tygodniu u pacjentów pilnych, w stanie zagrożenia życia nie tylko naszego Szpitala, ale i wszystkich sąsiednich. Jednocześnie możemy rozwijać kształcenie lekarzy rezydentów z zakresu radiologii i diagnostyki

obrazowej, co jest też istotnym elementem zadań stawianych przed Szpitalem Wojewódzkim.

Proszę opowiedzieć najpierw o nowym tomografie. Czym różni się od poprzedniego, który służył pacjentom Szpitala?

Z tym aparatem jest podobnie, jak z każdym sprzętem, np. z nową generacją komputerów, która ma szybszy procesor, czy kartę graficzną. Tomograf jest także swego rodzaju komputerem. W tomografii mówimy o warstwach i rzędach. Nowe urządzenie ma ich dwukrotnie więcej – 64 rzędy i 128 warstw. Więc w trakcie jednego obrotu lampy możemy zbadać dwa razy większy zakres pacjenta. Obrót lampy jest także szybszy, co ma dla nas znaczenie diagnostyczne. Bardzo istotną kwestią dla pacjenta jest to, że na nowym aparacie możemy robić badania z mniejszą ilością kontrastu, a im mniej go podajemy tym lepiej dla np. nerek badanego. Po drugie, w nowym aparacie dawki promieniowania rentgenowskiego, które otrzymuje w trakcie badania są znacznie mniejsze, niż przy użyciu poprzedniego sprzętu. Postawiliśmy na ochronę radiologiczną pacjenta – nasz tomograf dysponuje najnowocześniejszymi opcjami redukcji dawki, by była możliwie jak najmniejsza. To bardzo pozytywny aspekt, bo badań TK każdy z pacjentów



Pracownia Rezonansu Magnetycznego

ma coraz więcej, i łączna dawka otrzymanego promieniowania jonizującego w trakcie całego życia znacznie wzrasta.

Czyli można powiedzieć, że pacjent odniesie potrójną korzyść z badania nowym tomografem?

Tak, otrzymamy dokładniejsze, lepszej jakości badanie przy mniejszej ilości podanego kontrastu i niższej dawce promieniowania. Kolejnym zaś atutem obecnego aparatu jest większa nośność stołu, która wynosi 230 kilogramów, co pozwoli na zbadanie pacjentów nawet o takiej wadze. Przedtem zdarzało się, że otyłe osoby musieliśmy odsyłać do innych pracowni.

Są też korzyści dla naszych pracowników. To lepsza ergonomia: bardziej przyjazny jest układ przycisków uruchamiający stół, a duży wyświetlacz pokazuje dane pacjenta i zakres badania, co także dodatkowo zwiększa bezpieczeństwo wykonania badania. Mamy też bardzo nowoczesne, automatyczne wstrzykiwacze kontrastu, co ułatwia pracę zespołowi pielęgniarek – są prostsze w obsłudze, dzięki czemu można szybciej podać kontrast.

Wymieniając aparaty i remontując pracowni uzyskaliśmy więc lepszą jakość badań, mniejszą dawkę promieniowania, którą otrzymuje pacjent, lepsze obraz oraz poprawię ergonomii pracy zespołu. Zysków jest zatem wiele.

A co można powiedzieć o nowym rezonansie?

Jego atrybuty są podobne do tomografu. Mamy nowszy aparat, o znacznie lepszych parametrach technicznych, które plasują go o co najmniej dwie klasy wyżej od poprzedniego urządzenia, którym dysponował Szpital. Większa jest m.in. nośność stołu, która wynosi 230 kilogramów. Duże znaczenie ma otwór pola

magnesu, którego średnica wynosi 70 cm i jest 10 cm większa. Możemy więc badać pacjentów otyłych, z szerokimi barkami, a także osoby cierpiące na klaustrofobię.

Nowy rezonans ma wiele nowych aplikacji, które pozwalają na przeprowadzenie badań dotąd niewykonywanych. Umożliwi lepszej jakości diagnostykę jamy brzusznej, klatki piersiowej, serca. Chcemy rozwinąć badania naczyń, podczas których u części pacjentów nie będzie konieczności podawania kontrastu i narażania na promieniowanie rentgenowskie. Sukcesywnie będziemy więc udoskonalać część diagnostyczną. Badanie rezonansowe są znacznie bardziej skomplikowane, niż w tomografii. Zanim więc wdrożymy nowe procedury musimy dokładnie zapoznać się z aparatem, jego obsługą.

Zamierzamy też wprowadzić badania rezonansowe w trybie ambulatoryjnym dla pacjentów z ostrą klaustrofobią, których należy uspić przed badaniem. Chodzi o to, by taka osoba nie musiała być przyjmowana do szpitala na 1-2 dni, lecz po wykonaniu badania i koniecznej obserwacji wypisana do domu. Chcemy jak najszybciej wprowadzić taką możliwość, by ugruntować naszą pozycję wiodącego w regionie ośrodka, który diagnozuje wszystkich pacjentów.

Przy współpracy z kardiologami będziemy badać część pacjentów z rozrusznikami i stymulatorami serca. Można powiedzieć przy tej okazji, że zaplecze tak dużego ośrodka jak na Szpital z wieloma specjalistami daje nam możliwość wykonywania bardzo szerokiej gamy badań – zaczynając od badań kości skroniowych dla laryngologów, przez badania naczyniowe, po neurochirurgię, ortopedię, czy ginekologię onkologiczną. Potrafimy więc wykonywać bardzo zróżnicowane rodzaje badań. Możliwość współpracy z lekarzami daje nam możliwość rozwoju, kiedy do ich

metod leczenia musimy mieć odpowiednie metody diagnostyczne. To bardzo korzystne dla Szpitala i jego pacjentów.

Czy badanie rezonansem jest zawsze dokładniejsze od tomograficznego?

To zależy od tego, którą część ciała badamy i jaki problem medyczny musimy zdiagnozować. Jeżeli chodzi o ocenę np. mózgowia, rdzenia kręgowego rezonans magnetyczny jest dużo bardziej precyzyjny. W tomografii natomiast lepiej widać struktury kostne i część badań naczyniowych.

W pracowni rezonansu mamy nowy typ strzykawki, który stosujemy jako pierwsi w Polsce. Tak jak inne służy do podania dużej ilości kontrastu w krótkim czasie, ale jest bezprzewodowa, przyjazna w obsłudze dla personelu i pracuje oczywiście w polu magnetycznym.

Dysponujemy też nową opisownią z większą ilością stanowisk opisowych, co znacznie ułatwia nam pracę, bo zwiększająca się liczba badań wymaga większej ilości miejsc do ich opisywania.

Można więc powiedzieć, że tomografia czy rezonans stały się standardowymi procedurami?

Kiedyś były to badania zarezerwowane do trudnych przypadków. Teraz są codziennością, zwłaszcza u pacjentów, którzy mają przejść operację. Lekarze zabiegowi coraz rzadziej chcą operować pacjenta nie mając pełnej diagnostyki, opierając się tylko na zdjęciach radiologicznych, czy wynikach USG. Chcą dokładnie zobrazować cały obszar, który będą operowali. My również wykonując zabiegi w pracowni naczyniowej mamy łatwiejsze zadanie otrzymując wcześniej wyniki tomograficzne czy rezonansowe. Możemy się wtedy lepiej przygotować np. do zabiegu wewnątrznaczyniowego, przez co jest on krótszy, szybszy i bezpieczniejszy dla pacjenta.

Badania TK i RMI dają możliwość obrazowania w dowolnej płaszczyźnie oraz wykonania rekonstrukcji trójwymiarowej, czyli 3D. Przestrzenne zobrazowanie dla klinicysty, operatora daje mu wiedzę, czego może oczekiwać. Także z tego powodu liczba badań jest coraz większa.

Nie bez znaczenia jest również to, że coraz więcej ludzi się diagnozuje. Jeśli ktoś wykona ogólnodostępne badanie USG, które wykaże niepokojące zmiany, to następnym krokiem jest weryfikacja wyników w tomografii, czy rezonansie.

Czy badanie w nowych pracowniach będą dostępne również dla pacjentów prywatnych?

Jesteśmy w pierwszym nastawieniu na obsługę pacjentów z naszego Szpitala i ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia, ale zapewniamy też dostępność do badań prywatnych.



Pracownia Tomografii Komputerowej

Niezwykłe cenny ładunek bezpiecznie dostarczony

Dwie ogromne ciężarówki przywiozły elementy urządzenia w piątek 4 sierpnia. Do rozładunku głównej części, czyli cylindra ze zwojami elektromagnesu ważącego około 5 ton użyto dźwigu.

Służby techniczne Szpitala były gotowe na przyjazd cennego ładunku od wczesnych godzin porannych. Pracownicy Działu Gospodarczego pod czujnym okiem kierownik Kariny Rzymowskiej zabezpieczyli miejsca na parkingu, by wielkie tiry mogły bezpiecznie skręcić po wjeździe na teren Szpitala od strony Izby Lekarskiej, a potem podnosiły szlabany. Sławomir Kowalczyk, szpitalny inspektor nadzoru budowlanego koordynował działania wspólnie z Michałem Pietrzakiem, nadzorującym akcję z ramienia firmy GE, która dostarczyła sprzęt medyczny. – Umieszczone w kilkudziesięciu skrzyniach elementy rezonansu przyleciały z fabryki w Stanach Zjednoczonych do Frankfurtu nad Menem, skąd tirami przetransportowano je do magazynów firmy pod Warszawą – mówi Michał Pietrzak.

Stamtąd w piątek kilka minut po godz. 9 dotarli do Szpitala Wojewódzkiego. Wielkie ciężarówki najpierw kilka minut manewrowały, by we właściwej kolejności stanąć przed otworem technologicznym w ścianie pracowni rezonansu, przez który miał być przeniesiony do środka. Dźwig przyjechał

o godz. 11. Pracownicy GE odstąpili naczępę tira, by można umocować taśmy, na których przeniesiono cylinder. Przedtem jednak usunęli drewnianą ostonę. Samo przenoszenie kilkuntonowego ładunku trwało około pół godziny. Operator dźwigu z wielką ostrożnością uniósł najpierw cylinder kilkanaście centymetrów nad poziom naczępy. Potem kierowca tira powoli odjechał, a cylinder bardzo wolno przemieścił się na ramieniu dźwigu nad podest przed otworem technologicznym. Wtedy pracownicy GE nakierowali go na cztery rolki, a kiedy został na nie opuszczony, wtoczyli urządzenie do środka. Tam jeszcze przez godzinę ustawiali cylinder we właściwym położeniu.

Następnie przyszła kolej na, tym razem już ręczny, rozładunek pozostałych części rezonansu, co trwało do godzin popołudniowych. Kolejne dni zajęła montaż urządzenia, którego zasadnicza część zakończyła się w piątek 11 sierpnia. Od poniedziałku fachowcy z LG zajęli się instalacją i kalibracją urządzenia.

Tomograf przywieziono i zainstalowano jeszcze w drugiej połowie lipca.

Przemysław Prais





Dwie godziny akcji, miesiąc przygotowań – udane ćwiczenia obronne

Przeprowadzony bardzo sprawnie przy dużym zaangażowaniu pracowników – tak w największym skrócie można podsumować trening, który przeprowadzono 8 września w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.



Ćwiczenia „Praktyczne sprawdzenie procedur reagowania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie dotyczących wydzielania bazy łóżkowej na rzecz Sił Zbrojnych RP” odbyły się w ramach zarządzanego przez marszałka województwa szkolenia z zakresu spraw obronnych i bezpieczeństwa publicznego. Wzięli w nim udział dyrektorzy departamentów Urzędu Marszałkowskiego oraz osoby zarządzające szpitalami i innymi jednostkami podległymi samorządowi województwa warmińsko-mazurskiego.

Uczestnicy szkolili się 7 września pod Olsztynem, a w Szpitalu Wojewódzkim już dzień wcześniej od rozpoczęcia pracy Stałego Dyżuru zaczęły się ćwiczenia, do których poszczególne komórki Szpitala przygotowywały się od miesiąca.

Po rozkodowaniu treści zadania przez obsadę Stałego Dyżuru Irena Kierzkowska, dyrektor Szpitala zebrała Zespół Kryzysowy, którego członkom postawiła zadania oraz wydała swoje zarządzenie odnośnie treści i terminów do wykonania. Przystąpiono do jego realizacji – dr Dariusz Onichimowski, Lekarz Naczelny zwołał konsylium ordynatorskie, podczas którego otrzymał od ordynatorów informację o liczbie łóżek, które zostaną wydzielone i przygotowane w poszczególnych oddziałach

na rzecz Sił Zbrojnych RP – zgodnie z nałożonymi na Szpital zadaniami oraz poinformował o innych koniecznych działaniach. Lekarze, sekretarki medyczne i pielęgniarki przygotowali się teoretycznie do realizacji procedury zwalniania pacjentów do domów (dokonania wypisów, powiadomienia rodzin, ewentualnego odwiezienia do domów lub w razie konieczności opieki pielęgniarskiej, do przygotowanych wcześniej przez wyznaczone instytucje Zastępczych Miejsc Szpitalnych).

Następnego dnia pielęgniarki wraz z pracownikami firmy IMPEL pod kierunkiem pielęgniarek oddziałowych również teoretycznie przygotowały łóżka i sale na przyjęcie rannych żołnierzy. Sporządzono także m.in. dokumenty sprawozdawcze i rozdano je odpowiednim komórkom Szpitala. Zakończenie przygotowań-gotowości do przyjęcia żołnierzy na leczenie zameldowano przedstawicielowi resortowemu, czyli Komendantowi 108 Szpitala Wojskowego w Etku.

W piątek 8 września rozpoczęły się zajęcia praktyczne. Scenariusz przewidywał przywiezienie do Szpitala żołnierzy rannych w ataku na kolumnę pojazdów wojskowych pod Olsztynem. O godz. 11.25 do Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego dotarło zgłoszenie od Lekarza Koordynatora Ratownictwa Medycznego o tym zajściu, a 10 minut później poinformował on, że do WSS zostanie skierowanych 4 poszkodowanych w kodzie czerwonym (stan bezpośredniego zagrożenia życia-pomoc natychmiastowa-szlak czerwony na SKOR) oraz 4 w kodzie żółtym (wymagający pomocy, ale bez perspektyw pogorszenia stanu w chwili obecnej-pomoc pilna-szlak żółty na Planową Izbę Przyjęć, dalej na Okulistykę). U najciężej rannych stwierdzono m.in. urazy czaszki, złamania kończyn i oparzenia. Od 11.45 Poszkodowanymi przywożonymi karetkami zajęły się zespoły ratownicze (lekarz, ratownik medyczny, pielęgniarka anestezjologiczna), które po dokładnym zbadaniu (wstępny triage i pełna diagnostyka laboratoryjna i obrazowa) i ustabilizowaniu pacjentów skierowały ich do odpowiednich komórek szpitala. Niektórych przewieziono na blok operacyjny, innych



na badania tomografem komputerowym oraz szpitalne oddziały. Pomocy udzielono też pacjentom zakwalifikowanym jako mniej poszkodowani, którzy zostali umieszczeni na Oddziale Okulistycznym. Częścią medyczną działań kierował dr Rakesh Jalali, koordynator SKOR.

Akcję ratunkową obserwowali na ekranie zgromadzeni w sali nr 3 (audytoryjnej) uczestnicy marszałkowskiego szkolenia, a także przedstawiciel Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania

Kryzysowego Urzędu Wojewódzkiego. Umożliwił to system kamer zamontowanych w SKOR, Planowej Izbie Przyjęć oraz w Oddziale Okulistycznym, dokąd trafiali niektórzy ranni. Dzięki temu można było kierować obrazem telewizyjnym do sali nr 3, a działania medyczne na bieżąco objaśniał dr Dariusz Onichimowski, który jeszcze przed rozpoczęciem ćwiczeń omówił „Plan działania WSS w Olsztynie podczas wypadków masowych i katastrof”, na podstawie którego przeprowadzono ćwiczenia. Dlatego

funkcjonował też Punkt informacji dla rodzin i krewnych pacjentów z rzecznikiem prasowym Szpitala, psychologiem i kapłanem. Scenariusz ćwiczeń przedstawił zebrany ich organizator Zbigniew Szpindor, Inspektor ds. Obrony Cywilnej WSS.

Dr Onichimowski wysoko ocenił trening podczas podsumowania jego przebiegu. Uczestnicy spotkania, m.in. Hanna Taraszkievicz, zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa i dr Rakesh Jalali zgłosili też pewne uwagi, które pomogą w jeszcze sprawniejszym działaniu Szpitala w przypadku kolejnego treningu lub sytuacji rzeczywistego zdarzenia masowego lub katastrofy.

Uczestnicy szkolenia zorganizowanego przez Urząd Marszałkowski byli pod wrażeniem profesjonalizmu lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych, których zobaczyli w akcji. Ich zaangażowanie, a także wysiłek pozostałych pracowników doceniła też dyrektor Irena Kierzkowska, która w zamieszczonym na stronach internetowych Szpitala komunikacie podziękowała za ich profesjonalizm: „Dzięki temu poradziłyśmy sobie z bardzo trudnym zadaniem, jakim jest przedstawienie w trybie nagłym funkcji Szpitala. To jedna z najtrudniejszych form zarządzania Szpitalem” – podkreśliła.

Do grona osób, bez których działania nie przebiegałyby tak płynnie, a niewidocznych w trakcie ćwiczeń z pewnością należy zaliczyć zatrudnionych w pionie technicznym Szpitala, podlegającym zastępcy dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych Henrykowi Krzyżakowi. To pracownicy Działu Gospodarczego, kierowanego przez Karinę Rzymowską. Do ich zadań należało m.in. zapewnienie bezproblemowego przekazywania informacji pomiędzy Urzędem Marszałkowskim a Szpitalem i jego poszczególnymi komórkami za pomocą służby Statoego Dyżuru, zapewnienie pomieszczeń do przygotowania pozorantów, regulacja ruchu na terenie posesji Szpitala, zabezpieczenie miejsc parkingowych dla uczestników szkolenia oraz ochrona miejsc newralgicznych Szpitala. Dział Informatyczny, któremu szefuje Radosław Kowalski odpowiadał m.in. za podłączenie kamer do szpitalnego systemu i czuwanie nad właściwym przekazem obrazu i dźwięku na salę nr 3.

Z kolei Zbigniew Szpindor wyraził wdzięczność żołnierzom z 1-go Batalionu Składowania w Olsztynie pozorujących poszkodowanych, żołnierzom 2-go Batalionu Logistycznego w Bydgoszczy (ratownikom medycznym) – imitacja obrażeń, oraz kierowcom i ratownikom medycznym dwóch karettek z Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowe w Olsztynie – transport rannych i przekazanie ich do Szpitala wyglądał realistycznie. Wszyscy dali pokaz profesjonalnego podejścia do swoich obowiązków – podkreślił.

**Przemysław Prais, Dariusz Onichimowski,
Zbigniew Szpindor**



Szkolimy się dla naszych pacjentów, edukujemy mieszkańców Olsztyna



W Szpitalu Wojewódzkim odbywały się zajęcia z profilaktyki choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego. Najpierw trenerka kinestetyki szkoliła szpitalnych rehabilitantów, a potem specjaliści z Oddziału Rehabilitacyjnego wyjaśniali zasady postępowania mieszkańcom Olsztyna i regionu

Szpital realizował zadanie publiczne województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie: Propagowania zdrowego stylu życia, profilaktyki wad postawy i nadwagi, pn. „Ruch zmniejszający ryzyko choroby zwyrodnieniowej stawów - profilaktyka choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego”.

W ramach zadania 13 września odbyły się warsztaty dla personelu medycznego oddziału rehabilitacyjnego WSS w Olsztynie poprowadzone przez trenera Kinaesthetics Deutschland Grażynę Knöbel w oparciu o kształtowanie prawidłowych wzorców ruchu oraz funkcjonowania pomimo ograniczeń ruchowych. - Zajęcia są nie tylko kontynuacją spotkania z września 2016 r. [pisałyśmy o nich w Pulsie Szpitala nr 52-red.], ale także poszerzają kompetencje ruchowych uczestników - mówiła Grażyna Knöbel. - W ub. roku koncentrowaliśmy się na poznawaniu podstaw i idei z poszczególnych konceptów systemu kinestetycznego oraz jego odczuwania zarówno przez opiekuna, jak i jego partnera. Teraz chodzi o to, by uczestnicy odpowiedzieli sobie na pytanie: jaką po pierwszym



Katarzyna Banasik-Kozłowska, instruktorka nordic walking (pierwsza z prawej) podczas zajęć na powietrzu

kursie mogą dać ofertę kształcenia ruchowego dla drugiego człowieka. Zależy mi, aby przypomnieli sobie kluczowe stwierdzenia systemu konceptów. Zapoznają ich również z instrumentami dydaktycznymi w kształtowaniu procesów nauczania także dla koleżanek oraz matych grup ludzi, dla których będą organizować

warsztaty. Będą więc przekazywać zdobytą wiedzę dalej, także pacjentowi.

Agnieszka Adamowicz, fizjoterapeuta w Oddziale Rehabilitacyjnym była bardzo zadowolona z zajęć. - Rok temu i dziś nauczyłyśmy się już jak podchodzić do pacjenta, jak go słuchać



Grażyna Knöbel szkoli pracowników Szpitala



Agnieszka Adamowicz pomaga w ćwiczeniach uczestnikom sobotnich warsztatów



Kontrola postawy

i z nim współgrać w ruchu, by wytworzyć relacje i wspólnie wykonywać aktywność ruchową. Naszym celem jest nauczenie pacjenta samodzielnego późniejszego wykorzystania naszych działań – mówi. - Chciałabym podkreślić, że to, co chcemy wykonać z pacjentem musimy zacząć od siebie. Doświadczyć tego ruchu w naszym ciele, zrozumieć o co w nim chodzi, jak zachowują się poszczególne elementy naszego organizmu, byśmy mogli potem ćwiczyć z pacjentem.

Z kolei dr Agnieszka Osowska, ordynator Oddziału Rehabilitacyjnego podkreśliła duże zaangażowanie uczestników warsztatów. – Zainteresowanie jest duże, mamy komplet uczestników. Wszyscy podeszli do zajęć z zapałem – mówiła. - Podoba mi się, że kilkoro pasjonatów kinestetyki zapowiedziało, że będą się dalej uczyć. Na tej bazie być może uda się nam dalej prowadzić takie szkolenia, aby można było nauczyć wszystkich pracowników naszego Szpitala studium ruchu, analizowania i wykorzystywania go w interakcji, by wydobyć z pacjenta ukryte zasoby.

Drugie spotkanie, które odbyło się w sobotę 16 września było skierowane do dorosłych mieszkańców Olsztyna i regionu, zainteresowanych profilaktyką chorób zwyrodnieniowych stawów biodrowych jak również z rozpoznąną chorobą zwyrodnieniową, czy po leczeniu operacyjnym – wszczępienia endoprotezy stawu biodrowego.

Spotkanie, w którym uczestniczyło kilkadziesiąt osób rozpoczęło się wykładem dr Agnieszki Osowskiej na temat profilaktyki chorób zwyrodnieniowych stawu biodrowego. Następnie Katarzyna Banasik-Kozłowska, instruktorka nordic walking, czyli popularnego „spaceru z kijkami” przedstawiła zalety tego sposobu aktywności fizycznej. Zebrani dowiedzieli się m.in., że angażuje on aż 90 proc. mięśni naszego ciała, zapewniając o 40 proc. wyższe spalania niż przy zwykłym marszu, przy niewielkim obciążeniu stawów, co chroni przed kontuzjami. – Należy tylko wykonywać nordic walking prawidłowo, a więc najlepiej rozpocząć jego stosowanie od zajęć z instruktorem – podkreśliła.

Następnie uczestnicy podzielili się na dwie grupy. Pierwsza została w sali wykładowej, gdzie Agnieszka Adamowicz przedstawiała prawidłowe wykonywanie ćwiczeń rozciągających i wzmacniających odpowiednie zespoły mięśni i stawów. Ich opis zawarto w broszurze, rozdawanej uczestnikom. W tym czasie pozostałe osoby wyszły wraz z panią Katarzyną na skwer przed Szpitalem, gdzie praktycznie zapoznały się z podstawowymi zasadami nordic walking: wykonały serię ćwiczeń, które należy wykonać przed właściwym marszem, a także pokonały krótki odcinek wzdłuż ul. Żołnierskiej. Obie grupy uczestników zamieniły się następnie miejscami.

O godz. 12 warsztaty dobiegły końca, a zadowoleni z ich przebiegu goście pytali, kiedy odbędą się następne, mówiące np. o profilaktyce szyjnego odcinka kręgosłupa. – Jestem bardzo usatysfakcjonowana dzisiejszym spotkaniem – powiedziała pani Agata, jedna z uczestniczek. – Dowiedziałam się wielu ciekawych informacji na temat ćwiczeń, które można wykonać w domu. Choć od kilku lat uprawiam nordic walking usłyszałam też od pani instruktorki kilka rad, które na pewno poprawią moje wysiłki.

– Praktycznie każdy z nas jest zagrożony chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego, bo to choroba cywilizacyjna. Postęp sprawił, że ograniczyliśmy aktywność fizyczną, nie hartujemy w naturalny sposób swojego narządu ruchu. Zarówno osoby z pierwszymi objawami, jak bóle, ograniczenie ruchomości, czy osłabienia kończyny, jak i bez objawów, ale za to ze świadomością, że może go to spotkać powinny „zacząć się ruszać” – stwierdziła dr Agnieszka Osowska. – My chcemy dać ludziom ruch, aby pacjentów było mniej. Rolą szpitala jest nie tylko leczenie, ale także edukacja.

Przemysław Prais

Szpital Wojewódzki uczestniczy w programie badawczym



Narodowe Centrum
Badań i Rozwoju



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE



Projekt realizowany w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie dofinansowany ze środków Programu „Profilaktyka i leczenie chorób cywilizacyjnych” – STRATEGMED.

Tytuł projektu: „Stworzenie referencyjnego modelu Diagnostyki Personalizowanej Guzów Nowotworowych w oparciu o analizę heterogenności guza z wykorzystaniem biomarkerów genomowych, transkryptomu i metabolomu oraz badań obrazowych PET/MRI jako narzędzia do wdrażania i monitorowania terapii zindywidualizowanej”, akronim: MOBIT.

Kierownik zadania: dr. n. med. Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Ginekologii Onkologicznej, Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

Wartość projektu: ogółem – 18 905 505 zł, w tym wkład własny – 3 799 521 zł.

Wysokość środków przyznanych Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Olsztynie: – 549 375 zł, w tym wkład własny – 137 344 zł.

Cel projektu: Głównym celem projektu MOBIT jest stworzenie nowatorskiego modelu diagnostyki personalizowanej guzów nowotworowych w oparciu o innowacyjny system biobankowania materiału biologicznego oraz wielkoskalowe analizy omiczne pacjentów z najczęstszymi nowotworami złośliwymi. Na przykładzie pacjentów z rakiem płuc zostanie przeprowadzona zintegrowana analiza biomarkerów genomowych, transkryptomu, proteomu i metabolomu (z uwzględnieniem analizy heterogenności guza) oraz obrazowych badań molekularnych

PET/MRI jako narzędzi do wdrażania i monitorowania terapii indywidualizowanej. Rezultatem fazy rozwojowej projektu będzie referencyjny model diagnostyki personalizowanej guzów nowotworowych (stworzenie komercyjnej usługi ONCOSup) oraz wytworzenie unikalnego oprogramowania dla platformy gromadzenia, integracji i analizy danych omicznych i klinicznych (SmartBioBase) w celu wykorzystania do wdrażania terapii indywidualizowanej.

W skład zespołu projektu wchodzi: lekarze ginekolodzy i onkolodzy, pielęgniarki i położne, lekarze patomorfologów oraz pracownicy administracyjni, którzy czuwają nad prawidłową realizacją projektu.

Więcej informacji o realizowanym projekcie w następnych wydaniach Pulsu Szpitala.

Ochrona zdrowia po holendersku

Michał Żurek, kierownik Sekcji Sprzedaży WSS w Olsztynie od 15 maja do 13 czerwca przebywał w Holandii, gdzie zapoznawał się z zasadami działalności tamtejszych placówek medycznych. W poniższej rozmowie dzieli się swoimi wrażeniami z pobytu.

Przemysław Prais: Proszę na początek opowiedzieć o programie, w ramach którego przebywał pan przez prawie miesiąc w Holandii?

Michał Żurek: HOPE Exchange Programme to międzynarodowa wymiana kadry menadżerskiej pracującej w służbie zdrowia. Jej głównym organizatorem jest Europejska Federacja Szpitali [W ub. roku w ramach programu HOPE przebywały w naszym Szpitalu menadżerki z Niemiec i Wielkiej Brytanii – red.]. W z góry określonym terminie ludzie z całej Europy odbywają 4-tygodniowy staż w placówkach rozsiadanych po całym kontynencie. W tym samym szpitalu staż odbywała też Pani Katariina Klintrup ze Szpitala Uniwersyteckiego w Oulu w Finlandii. Po zakończeniu zasadniczej części wymiany, wszyscy uczestnicy programu spotkali się na konferencji HOPE Agora w Dublinie. W trakcie konferencji grupy z poszczególnych krajów przedstawiały wcześniej przygotowane prezentacje dotyczące innowacji organizacyjnych w ochronie zdrowia.

Dlaczego wybrał pan Holandię i w którym szpitalu odbył pan staż?

Wybrałem Holandię, przede wszystkim ze względu na fakt, iż kraj ten znany jest z bardzo dobrego systemu opieki zdrowotnej. W wielu rankingach system Królestwa Niderlandów jest wskazywany jako najlepszy w Europie (np. Euro Health Consumer index 2016). Ponadto, model opieki zdrowotnej, który tam obecnie funkcjonuje jest zupełnie odmienny od tego, w którym zmierza nasz system i dlatego ciekawiło mnie jaką opinię o tych rozwiązaniach mają pracownicy służby zdrowia. Holendrzy mają system oparty na ubezpieczeniu zdrowotnym. Pacjent może wybrać jednego z wielu komercyjnych ubezpieczycieli.

Szpital, w którym miałem przyjemność gościć to Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (AVL) działający razem z Nederlands Kanker Instituut (NKI). Ta organizacja jest swoistym 2 w 1 i stanowi połączenie regularnego szpitala onkologicznego z zaawansowanym centrum badawczym. W całym kompleksie pracuje około 3000 osób. Oddziały szpitalne wraz z oddziałem dziennym mają ok. 300 łóżek. Roczny budżet NKI/AVL to ponad 300 mln euro i według przekazanych

nam informacji rośnie o ok. 4 proc. rocznie. Część budynków wchodzących w skład kompleksu pochodzi z lat 70-tych (są regularnie modernizowane), a nowe części powstały już XXI wieku. W trakcie mojego pobytu, na ukończeniu było najnowsze skrzydło, przeznaczone dla działów związanych z szeroko rozumianą rehabilitacją.

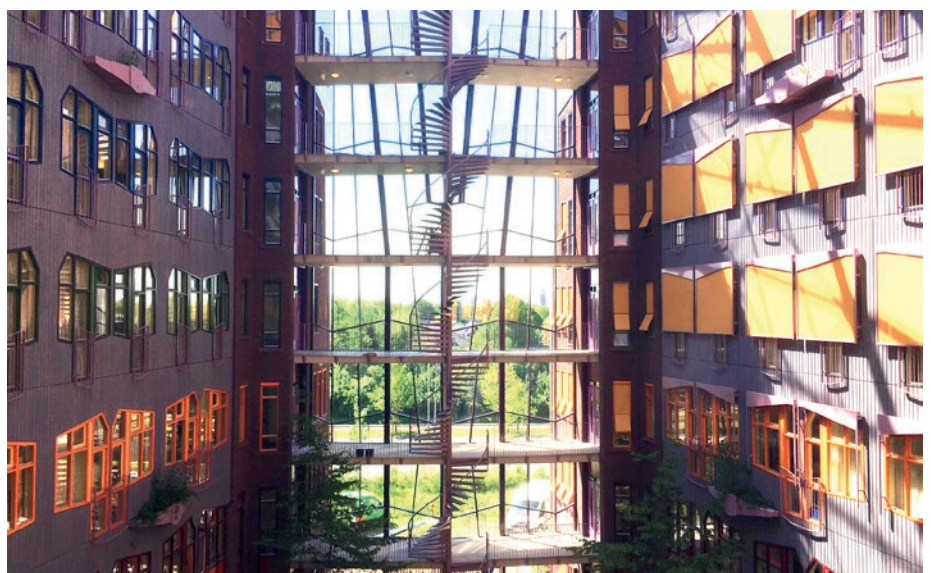
Co pana zainteresowało, a może zaskoczyło w wizytowanym Szpitalu?

Takich rzeczy było naprawdę sporo. Na każdym kroku zauważalna jest różnica wynikająca z poziomu finansowania. Jeśli miałbym wskazać konkretne rzeczy, to musiałbym podzielić je na parę grup:

a) Podejście do infrastruktury i wizualnej strony wizerunku szpitala – w większości placówek ochrony zdrowia da się zauważyć, że to jak Szpital wygląda jest bardzo dobrze przemyślane i kryje się za tym konkretna koncepcja. AVL/NKI zatrudnia nawet dekoratora wnętrz, który w trakcie spotkania bardzo racjonalnie argumentował sens takiego stanowiska w placówkach ochrony zdrowia - zwłaszcza w szpitalach onkologicznych. W jego opinii (jak i w opinii zarządu) przemyślane, przyjazne i ciepłe wnętrze może być skutecznym wsparciem właściwej terapii medycznej.

b) Powszechna informatyzacja – w AVL/NKI istnieje naprawdę wiele rozbudowanych systemów informatycznych. Obok standardowego systemu elektronicznej dokumentacji pacjenta istnieją również systemy do elektronicznego obiegu dokumentacji, rozbudowana strona wewnętrzna, system do zarządzania ryzykiem i zgłaszania wszelkiego rodzaju nieprawidłowości. Podczas odwiedzin w dziale patomorfologii osoba, która nas oprowadzała pokazała nam, że jak to ujęła: „niestety mamy jeszcze jeden papierowy dokument, ale od października już go nie będzie”.

c) Wszechobecny uśmiech i optymizm – mimo onkologicznego profilu odwiedzanego, przede mną szpitala, nie dało się nie zauważyć, że cały personel aż kipiał optymizmem i pozytywnym nastawieniem. Osoby piastujące kierownicze stanowiska miały bardzo ciekawe osobowości i dało się odczuć, że swoją postawą korzystnie wpływają na podległy sobie personel. Personel, z którym miałem przyjemność rozmawiać zgodnie twierdził, że wszyscy pracownicy są drużyną i żeby praca była radością a nie utrapieniem, muszą ze sobą ściśle współpracować oraz darzyć się szacunkiem i zaufaniem.



Jak wyglądały poszczególne dni w amsterdamskim szpitalu? Z kim się pan spotykał, co oglądał?

Dzień zazwyczaj zaczynał się około godziny 9 a kończył przed 17. Cały dzień wypełniony był spotkaniami z personelem szpitala. Razem z Katariną mieliśmy okazję poznać pracę zarówno personelu administracyjnego, jak i medycznego. W trakcie spotkań nasi gospodarze zawsze mieli przygotowaną prezentację, a po jej obejrzeniu mogliśmy zadawać pytania. Holendrzy byli również zainteresowani naszymi szpitalami i niejednokrotnie zapisywali sobie pewne pomysły i rozwiązania, o których mówiliśmy. Oczywiście były również dni przeznaczone na „zwiedzanie”. Zobaczyliśmy m.in. jak wygląda laboratorium analityczne, blok operacyjny, dział diagnostyki obrazowej i dział patomorfologii. Jednak największe wrażenie wywarło na mnie centrum badań nad myszami, które jest częścią Netherlands Kanker Instituut. W tym niezwykle ciekawym obiekcie znajduje się obecnie 30 tys. myszy (z planem, aby w najbliższej przyszłości było ich blisko 100 tys.). Zwierzęta mieszkają w specjalnie dla nich sprowadzanych z USA, wyposażonych w filtry HEPA jednorazowych kłatkach umieszczonych na specjalnie przygotowanych regałach. W budynku obowiązuje ścisły rygor sanitarno - epidemiologiczny, więc każde wejście i wyjście jest poprzedzone przejściem przez komorę dekontaminacyjną. Największym zaskoczeniem było jednak wyposażenie diagnostyczne. Centrum posiada m.in. rezonans magnetyczny, tomograf komputerowy, gamma kamerę, PET oraz akcelerator liniowy do radioterapii. Oczywiście wszystko jest dostosowane do badania myszy. Centrum jest wykorzystywane w opracowywaniu nowych terapii przeciwnowotworowych. Do opieki nad myszami zatrudniony jest specjalny personel, który dba, aby myszy były odpowiednio traktowane i miały dobre warunki do życia.

Czym był dla pana pobyt w tym szpitalu: szansą na rozwój? Szansą na poznanie czegoś nowego? Inspiracją do dalszego działania?

Wymiana HOPE była dla mnie przede wszystkim szansą na poszerzenie swoich horyzontów i uzyskanie możliwości spojrzenia na nasz szpital z nowej perspektywy - poprzez kontakt z ludźmi o innym doświadczeniu i stojących w obliczu kompletnie innych problemów. W dalszej kolejności całe przedsięwzięcie było niesamowitą przygodą i okazją do poznania specjalistów z zakresu ochrony zdrowia z wielu europejskich krajów – od Łotwy i Finlandii po Portugalię i Irlandię. Była to też doskonała okazja do odświeżenia sobie języka angielskiego. W Holandii praktycznie każdy mówi bardzo dobrze po angielsku, więc nie było żadnych problemów z komunikacją. To co widziałem i to czego się nauczyłem dało mi obraz jak może wyglądać nowoczesny i sprawnie działający szpital zarówno pod względem medycznym jak i organizacyjnym.



Czy program przewidywał także inne punkty poza pobyt w szpitalu, a jeśli tak, to jakie?

Oprócz codziennych wizyt w NKI/AVL miałem okazję odwiedzić również szpital w miejscowości Hoofddorp, gdzie wszyscy uczestnicy programu będący w Holandii mogli wziąć udział w szkoleniu z zakresu bezpieczeństwa i BHP, które odbywa się w tzw. escape room (oryginalnie to forma rozrywki polegającej na rozwiązywaniu łamigłówek i innych zadań w celu wydostania się z pomieszczenia). Byłem też w szpitalu w Haarlemie, prywatnej przychodni w centrum Amsterdamu oraz prywatnej klinice stworzonej dla osób starszych po przebytych zabiegach ortopedycznych i neurochirurgicznych. Ponadto razem ze wszystkimi uczestnikami wymiany z Holandii spotykaliśmy się najpierw w Utrechcie, a potem w bardzo ciekawym architektonicznie szpitalu ISALA w Zwolle.

Czy znalazł pan czas na zwiedzanie Amsterdamu?

Choć program był napięty, to udało mi się zwiedzić stare miasto oraz najważniejsze muzea Amsterdamu, czyli przede wszystkim Rijksmuseum oraz muzeum Van Gogha. Poza Amsterdamem przy okazji spotkań z pozostałymi uczestnikami wymiany przebywającymi w Holandii miałem okazję poznać uroki Utrechtu oraz Haarlemu. Koordynator wymiany w Holandii zadbał, aby cała grupa w trakcie wspólnych spotkań się nudziła i zorganizował zwiedzanie najciekawszych miejsc w obu tych miastach. Na szczęście znalazłem też czas żeby skorzystać z doskonale rozwiniętej infrastruktury rowerowej. Muszę przyznać, że słynne przywiązanie Holendrów do jednośladów przerosło moje wyobrażenia. W Utrechcie np. widziałem dwupiętrowy parking rowerowy na ok. 2 tys. rowerów.

Sam Amsterdam jest miastem wielokulturowym i da się to wyczuć na każdym kroku. W centrum miasta można spotkać ludzi z najdalszych

zakątków świata. Tę różnorodność miałem również okazję poczuć również w szpitalnej stołówce, gdzie często daniem dnia były takie potrawy, jak narodowe danie Surinamu.

Czy spotkał się pan z rozwiązaniami, które można by zastosować w naszym szpitalu?

Takich rozwiązań jest bardzo dużo, jednak wiązały się one oczywiście z pieniędzmi, których holenderskie szpitale mają znacznie więcej. Bardzo ciekawym rozwiązaniem jest centralizacja wszystkich usług świadczonych dla pracowników. Pierwszego dnia stażu musieliśmy udać się do tzw. „service center” aby wyrobić przepustki (wraz z wykonaniem na miejscu zdjęcia), wypełnić ankietę dotyczącą bezpieczeństwa epidemiologicznego oraz otrzymać dane dostępowe do systemu informatycznego. W trakcie spotkania z kierownikiem tego działu dowiedzieliśmy się, że można się do nich zwrócić w każdej sprawie związanej z wykonywaniem obowiązków służbowych. Kiedy jest prosta to dział załatwia ją samodzielnie, a jeśli jest to kwestia bardziej skomplikowana, przekazywana jest do konkretnej komórki organizacyjnej. Niesamowitą sprawą jest escape room, o którym pisałem wcześniej. W jednym z odwiedzanych przeze mnie szpitali zauważono, że personel niechętnie uczestniczy w szkoleniach z zakresu BHP. Przekładało się to na słabe wyniki w testach i symulacjach. Wobec takiej sytuacji, grupa pracowników odpowiedzialnych za te aspekty wyszła z inicjatywą, aby dwa wolne pomieszczenia przekształcić w „pokój ucieczki”. W jednym z pomieszczeń grupa zostaje zamknięta, a jedynym wyjściem jest znalezienie odpowiedzi na pytania. Aby je uzyskać, należy rozwiązać szereg łamigłówek, do których niezbędna jest np. wiedza z zakresu obsługi AED, znaków BHP oraz obchodzenia się z niebezpiecznymi substancjami.

Wielka szkoda, że nie ma Jej już z nami

Z ogromnym żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość, że odeszła od nas wieloletnia pracownica naszego Szpitala, Kierownik Zakładu Bakteriologii Anna Onyszk. Serdeczne wyrazy współczucia i słowa otuchy Rodzinie i Bliskim Zmarłej składają: Dyrekcja i pracownicy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

*Ktoś tutaj był i był
A potem nagle zniknął
i uporczywie go nie ma**

Anna Onyszk zmarła 29 lipca. W Szpitalu Wojewódzkim zaczęła prace w październiku 1988 r. jako zastępca kierownika Zakładu Bakteriologii. Od grudnia 2012 r. kierowała zakładem.

Była świetnym fachowcem, a do tego osobą ciepłą i otwartą, która bardzo chętnie dzieliła się swoją ogromną wiedzą. Bardzo nam jej brakuje – mówią osoby ze Szpitala, które z nią współpracowały.

Poniżej prezentujemy rozmowy z pracownikami Szpitala, w których wspominają Annę Onyszk.

*Cytat z wiersza Wisławy Szymborskiej „Kot w pustym mieszkaniu”



Beata Muraszko, obecny kierownik Zakładu Bakteriologii

Jak wspomina pani Annę Onyszk?

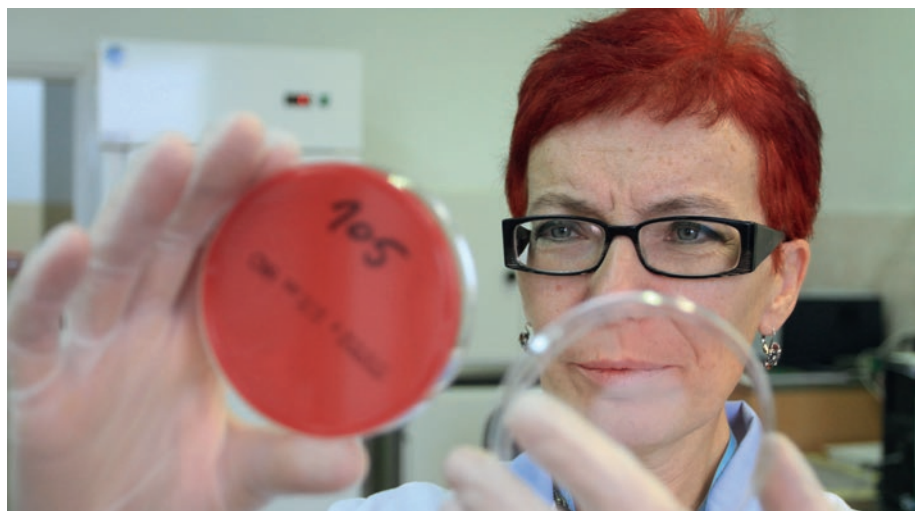
W Zakładzie Bakteriologii pracuję już ponad 20 lat, a moja przygoda z tą dziedziną rozpoczęła się od rozmowy z Anią Onyszk. Przyszłam do niej na staż, a Ania zaczęła mi opowiadać o bakteriach, pokazywać je na płytkach, prezentowała mi testy, a przy tym wszystkim tak pięknie o tym mówiła, jakby opowiadała baśnie dla dzieci. Wprowadzała mnie w inny świat, inny wymiar – wymiar bakterii. Tak się zakochałam w tych opowieściach, że marzyłam już tylko o tym, by zacząć pracować jako bakteriolog. Taka okazja nadarzyła się pół roku po naszej rozmowie. Okazało się, że był wolny etat, poszłam więc do Ani, która nie szefowała wtedy jeszcze bakteriologii i spytałam czy mogę tu pracować. Ówczesna kierowniczka zgodziła się, a Ania mnie od samego początku zaczęła mnie wprowadzać w diagnostykę. Mogę powiedzieć, że była moim mistrzem, jeśli chodzi o wykształcenie bakteriologiczne. Bo podstawowe wiadomości zdobywamy na studiach i w innych szkołach, ale prawdziwą wiedzę i etos pracy przyswajają się od innych ludzi. Z ręką na sercu mogę powiedzieć, że tego wszystkiego nauczyłam się od Ani, która pokierowała mnie w którą stronę iść, czego się uczyć. A przy tym cały czas miałam okazję obserwować jak sama podchodzi do pacjenta, jak niesamowite relacje nawiązuje z lekarzami. Nigdy nie była napuszczona, czy nieprzystępna. Zawsze można było do niej przyjść i pogadać – obojętnie czy o bakteriach,

procesie leczenia, czy po prostu o zwykłych codziennych sprawach. Była życzliwym, otwartym człowiekiem.

Praca jest żmudna, bo bardzo wiele czynności wykonujemy ręcznie. Mamy oczywiście aparaty, jak automatyczne inkubatory i analizatory, ale one wykonują tylko około 10 proc. pracy. Posiewy robimy ręcznie, potem same odczytujemy wyniki, które następnie interpretujemy. Maszyny nam tylko pomagają. A wykonujemy około 29 tys. badań rocznie. To, że większość czynności wykonujemy ręcznie nie oznacza, że tkwimy w czasach „króla Ćwieczka”, tak po prostu wygląda współczesna bakteriologia, w której automaty nie wykonują całego zadania. Są dwa światy:

człowieka i bakterii, które cały czas się przed nim bronią. Można by je nawet określić jako lepiej przystosowane do życia, niż my. Chcą przetrwać za wszelką cenę, dlatego aby je pokonać musimy mieć wielką wiedzę i pracować zespołowo. Nikt w naszym zawodzie nie dałby sobie rady sam.

A Ania potrafiła świetnie zorganizować pracę. Dbała też o odpowiednią atmosferę, a to niełatwe, kiedy w niewielkim pomieszczeniu siedzi kilka kobiet w różnym wieku (są młode matki z małymi dziećmi i babcie zajmujące się wnucami), z różnymi problemami życiowymi. Ania potrafiła tak wszystko potączyć, że Zakład Bakteriologii dobrze działał i dalej funkcjonuje bardzo dobrze. Zespół jest niesamowity – poszłyśmy



Anna Onyszk była świetnym bakteriologiem...

na pogrzeb Ani, zapłakaliśmy, pożegnaliśmy ją i pracujemy dalej.

Bardzo umiejętnie rozładowywała też stresujące sytuacje. Bywało tak, że mieliśmy bardzo dużo pracy. Wtedy stawiała między nami i ostro pracowała. Mówiła: potrzebujecie pomocy? Nie ma problemu. Zostawiała papiery i szła. To dobry przykład, że zamiast tylko gonić nas pracy sama



... i bardzo lubiła zabawę (na zdjęciu podczas szpitalnej majówki w 2006 r.)

nam w niej pomagała. Potrafiła zrobić wszystko i w ten sposób zastępowała sobie na szacunek współpracowników.

Podkreślała, że pracujemy dla nas wszystkich: dla naszych rodzin, bo pacjent może być naszym wujkiem, czy siostrą. Zaznaczała, że pracujemy nie tylko, żeby przyjść i zrobić swoją robotę, ale robimy też dobro na zewnątrz, dla innych ludzi. Bardzo mi się podobało, że kiedy przychodzili pacjenci, potrafiła z nimi rozmawiać „jak człowiek z człowiekiem”, wytłumaczyć i podnieść na duchu, że jeśli nawet coś boli, to potem będzie dobrze, a z tą bakterią poradzimy sobie w ten, czy inny sposób, tym antybiotykiem albo tamtym.

Czy Pani Ania miała także pasje pozazawodowe?

Ania lubiła fotografować, robić kolaże ze zdjęć, śpiewała i grała na gitarze. Zdarzało się, że pracowaliśmy razem i w pewnym momencie prosiliśmy: Aniu zaśpiewaj coś, bo nam smutno. A ona zaczęła śpiewać, oczywiście jednocześnie pracując.

Charakterystyczne było to, że choć praca była dla Ani bardzo ważna, to nie przeszkadzała jej mieć intensywnego życia osobistego. Jeździła na biwaki połączone najczęściej ze spływami kajakowymi, bo pokonywanie rzek i jezior w okolicach Olsztyna było jej pasją. Lubiła śpiewanie przy ognisku z towarzyszeniem dźwięków

gitary. A gdy trzeba było wziąć się do pracy, to siadała i robiła to, co trzeba. Wszystkie nas nauczyła takiej pracy. Nie była pracoholikiem, który nie widzi życia poza Szpitalem.

Ania była zakochana w jamnikach. Kiedy pierwszy skończył życie, razem z mężem stwierdzili, że każde z nich musi mieć swojego psiaka po to, by jamniki miały towarzystwo w czasie, kiedy opiekunowie będą w pracy. Także wiele koleżanek ma psy czy koty, więc często na ten temat rozmawiamy.

Ostatnie miesiące Pani Ania ciężko chorowała.

Nie spotkałam innej tak silnej i pracowitej kobiety. O tym jak wspierałam ją człowiekiem świadczą właśnie jej zmagania z chorobą, która trwała kilkanaście lat. Przez większość tego czasu normalnie pracowała. Myślę, że w trudnych chwilach, bo myśmy tu także je przeżywały stanęłyśmy wszystkie na wysokości zadania, starając się Anię wspierać, dając jej ciepło, jak i dobrze pracując. Dopiero kiedy naprawdę źle się poczuła to poszła na zwolnienie we wrześniu ub. roku. Potem już nie dała rady wrócić, choć wiem, że bardzo chciała. Choroba jednak okazała się silniejsza.

Kiedy już była na zwolnieniu często rozmawiałymy telefonicznie: o pracy, pytałam co słychać na działce, jak czują się psy. Często Ania mówiła: ja bym przyszła jeszcze do was popracować. A ja wtedy odpowiadałam: odpoczywaj kobieto, odpoczywaj.

W Szpitalu znali Anię prawie wszyscy i myślę, że ją lubili. Dzwoniono do niej także z innych laboratoriów z prośbą o radę, a ona nigdy nie odmawiała. Lubiła się dzielić wiedzą z innymi, często mówiła, że nie należy jej zachowywać tylko dla siebie.

Bakteriologia była jej hobby, chciała żyć i chciała pracować. Odszedł człowiek niezwykle pod każdym względem. My ją będziemy pamiętać cały czas, szczególnie te z nas, które długie lata pracowały z Anią Onyszk. Pozostanie w naszych sercach. Na pogrzebie były wszystkie kobiety, które kiedykolwiek z nią pracowały, a także przedstawiciele wszystkich zakładów bakteriologii w Olsztynie. Wszyscy ją cenili.

Dr Ewa Gawlikowska, z-ca ordynatora, dr Radostaw Goraj z Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Państwo ściśle współdziałaliście z Panią Anną Onyszk. Z czego to wynikało?

Ewa Gawlikowska: Leczenie zakażeń pacjentów OIT jest nieodłącznym elementem ich terapii.

Często pacjenci są już do nas przyjmowani z ciężką infekcją. Z tego powodu bardzo blisko współpracujemy z Zakładem Bakteriologii, prosząc o pomoc.

Radostaw Goraj: Leczymy wszystkie stany zagrożenia życia niezależnie od przyczyny wyjściowej. Mogą to być urazy, powikłania położnicze, chirurgiczne, internistyczne, kardiologiczne - jednym słowem wszystko, co może doprowadzić do zagrożenia życia. Typowym powikłaniem w drugim, trzecim tygodniu pobytu, a czasem i wcześniej są zakażenia.

Ważne, by wiedzieć, że dla każdego OIT dobra współpraca z mądrymi bakteriologami jest podstawową kwestią. Ja osobiście nie mam stów podziwu dla Pani Onyszk. Cały personel Zakładu Bakteriologii ma ogromną wiedzę i doświadczenie, m.in. dlatego, że miał takiego kierownika. To po prostu fenomenalne.

Współpraca z Zakładem Bakteriologii była więc bardzo dobra?

Radostaw Goraj: Była i oczywiście nadal jest. Codziennie pytamy o wyniki, bo wrażliwość bakterii się zmienia, pojawiają się nowe zakażenia. Dlatego musimy bardzo uważnie śledzić te kwestie, by nie przeoczyć czegoś ważnego. Jeśli działo się coś niepokojącego dzwoniło do nas także z bakteriologii.

Ewa Gawlikowska: Kiedy lekarz zaczyna pracę jego wiedza mikrobiologiczna jest bardzo mała, a to, czego dowiaduje się podczas studiów nie wystarcza w zderzeniu z rzeczywistością. Dlatego tak istotna jest pomoc bakteriologów, bo zanim się nauczymy podejmować decyzję, ich wiedza i doświadczenie są niezwykle ważne. To jest ich wkład w ratowanie życia, o którym mało kto mówi.

Radostaw Goraj: W naukowej literaturze podkreśla się, że każda godzina opóźnienia włączenia antybiotyku może zwiększyć śmiertelność do 10 proc. Dlatego tak ważna dla nas, zajmujących się pacjentami w stanach zagrożenia życia, jest znakomita komunikacja z bakteriologią. A my właśnie nią dysponujemy, co nie jest regułą w innych szpitalach, nawet tych największych i najbardziej znanych. Daje to nam ogromny komfort pracy, a pacjentom dużo większe szanse.

A jaką osobą była Pani Anna Onyszk?

Radostaw Goraj: Niezależnie od kwestii merytorycznych uwielbiałam Panią Anię jako człowieka. Łączyło nas wspólne poczucie humoru i upodobanie do kina „niszowego”, a także muzyki jazzowej. Wymienialiśmy się uwagami o muzycznych wydarzeniach, ale także filmami. Choć oczywiście w wirze codziennej pracy nie było czasu, żeby dłużej podyskutować. Pani Onyszk była pięknym człowiekiem, zarówno z punktu widzenia zawodowego, jak i osobistego.

Jednocześnie cechą, która ją charakteryzowała była skromność. Podziwiałem ją, była jedną z najbardziej lubianych przeze mnie osób w Szpitalu. I także z tego powodu jestem strasznie załamany tym, co się stało. Nie mogę jej odżałować.

Ewa Gawlikowska: Wiedzieliśmy, że od wielu lat chorowała, choć nie wszyscy zapewne zdawali sobie z tego sprawę. Nigdy swojej choroby nie eksponowała, nie żądała wyjątkowego traktowania. Sama wolała służyć radą i pomocą. Potrafiła z poczuciem humoru i uśmiechem poprawić czyjeś samopoczucie.

Radostaw Goraj: Imponujące było, jak sobie radziła z chorobą. Mnie np. rozczuliła tym, że do ostatniej chwili troszczyła się o to, jakie filmy ogląda mój 8-letni syn. Na trzy tygodnie przed śmiercią przystąpiła do filmu przyrodniczego.

Ewa Gawlikowska: Bardzo długo pracowała. Przychodziła do pracy i wypełniała swoje obowiązki. Walczyła do końca, nie dopuszczając do siebie myśli, że może nie wrócić do Szpitala.

Katarzyna Grabowska i Ewa Pietrusińska, Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych

Jak wspominać Panią Annę Onyszk, z którą kontaktowałyście bardzo często z racji swoich obowiązków zawodowych?

Ewa Pietrusińska: Ania była pierwszym ogniwem, od którego dowiadujemy się, że coś dzieje się nie tak w Szpitalu pod względem bakteriologicznym czy mikrobiologicznym. Dawła sygnał, by jakąś sprawą się zainteresować, dokładnie się jej przyjrzeć i wtedy wspólnie omawialiśmy zagadnienie – co i jak trzeba zrobić, żeby uzdrowić sytuację

Chciałabym też podkreślić, że nasza praca byłaby daremnym trudem, gdyby nie ścisłe współdziałanie z Zakładem Bakteriologii. Dzięki temu cały Szpital zyskuje podstawę do prawidłowego funkcjonowania. Ludzie, którzy w nim pracują mają ogromną wiedzę. Myślę, że większość szpitali może nam tego pozazdrościć. Współpraca przebiega świetnie na każdym etapie – od oceny sytuacji epidemiologicznej, przez przeprowadzanie różnego rodzaju badań, po uczestniczenie od kilku lat w Europejskim programie punktowego badania zużycia antybiotyków. Zakład Bakteriologii analizował także zużycie antybiotyków. Przejęła to zagadnienie dr Marzena Kuliś, po objęciu funkcji przewodniczącej Komitetu zakażeń, ale zanim to nastąpiło zajmowała się tym Ania, która przekazała patentkę dr Kuliś, tłumacząc i wyjaśniając konieczne kwestie.

Katarzyna Grabowska: Była osobą bardzo otwartą, ciepłą, dzielącą się wiedzą. Jeśli mieliśmy jakieś sprawy do wyjaśnienia, zawsze mogliśmy na Anię liczyć. Podpowiadała jak na dany problem należy spojrzeć, przy czym nigdy nie była ukierunkowana jednostronnie, a patrzyła

szeroko, zwłaszcza w kluczowych aspektach. Brała pod uwagę dobro pacjenta.

Jak wyglądała na co dzień wasza współpraca?

Ewa Pietrusińska: Każdego dnia dowiadujemy się od Ani co dzieje się z posiewami.

Katarzyna Grabowska: Zanim Zakład Bakteriologii wyda ostateczny wynik, sprawdza na bieżąco, co dzieje się np. w cieplarni. Jeśli było np. wiadomo, że bakterie rosną, że mogą być określonego rodzaju, to Ania mówiła nam o tym. Dzięki temu od razu wiedzieliśmy co się dzieje.

Ewa Pietrusińska: Czasami Ania była swego rodzaju buforem, kiedy byliśmy pełnie niepokoju związanego z daną sytuacją. Potrafiła takie nasze zachowania stonować, wyjaśniając istotę problemu. Ania działała bardzo aktywnie i w Komitecie Terapeutycznym, i Komitecie Kontroli Zakażeń Szpitalnych jako bardzo aktywny członek. Bardzo szeroko zajmowała się antybiotykoterapią, analizowała zużycie antybiotyków pod względem ilościowym, kosztowym. Wykonywała więc mrówczą pracę.

Z czego jeszcze pamiętacie Panią Annę Onyszk?

Ewa Pietrusińska: Zdarzało się, że jeździliśmy razem na konferencje naukowe, ale gdy Ania jeździła na nie sama po powrocie chętnie dzieliła się swoją wiedzą, przekazując np. ciekawe rozwiązania, które mogliśmy zastosować w naszym Szpitalu. Zawsze była chętna i przygotowana do przeprowadzenia szkoleń, choć często martwiła się, czy ma wystarczające wiadomości. Oczywiście bardziej wtedy przemawiała przez Anię skromność. Bardzo chętnie przekazywała wiedzę, szkoliła nie tylko osoby z zewnątrz, ale i nas jako pielęgniarki.

Katarzyna Grabowska: Wielkim atutem Ani była umiejętność mówienia po raz kolejny na ten sam temat. Nigdy nie była znudzona, choć tłumaczyła te same kwestie rzeszom pielęgniarek z oddziałów, np. kiedy wyjaśniała jak należy prawidłowo pobrać wymaz.

Ewa Pietrusińska: Miała talent organizacyjny. Potrafiła urządzić spotkanie koleżeńskie w Szpitalu, jak np. wigilię, na którą zapraszała nie tylko

pracowników Zakładu Bakteriologii, ale i nas z zespołu zakażeń. Wychodziłyśmy również razem po pracy, by sobie porozmawiać. Bardzo dobrze bawiliśmy się także na imprezach organizowanych przez Szpital.

Ania była bardzo pozytywna i ciepła. Kiedy zaczęłam pracę w zespole kontroli zakażeń była jedną z pierwszych osób, które wprowadzały mnie w świat mikrobiologii i bakteriologii oraz zasad, który nim rządzą. Była moim pierwszym nauczycielem w tej dziedzinie. Była bardzo zaangażowana i oddana swojej pracy. O Zakład Bakteriologii zawsze walczyła jak lwica, podobnie jak o swój personel.

Katarzyna Grabowska: To głównie dzięki Ani była tam zawsze bardzo dobra atmosfera. Podobnie jest i teraz – kiedy wchodzi się do zakładu, jako do swojej komórki. Wszyscy są przyjaźni i otwarci na współpracę.

Katarzyna Grabowska: Ania miała też fenomenalną pamięć, co można było zauważyć np. przy badaniu pacjenta, któremu wykonano badanie wymazu. Niejednokrotnie lekarz prowadzący musiał wrócić do dokumentacji, by sprawdzić wyniki, a Ania miała je w głowie i wiedziała w czym rzecz, a przecież zajmowała się całym Szpitalem.

Ewa Pietrusińska: Zawsze, kiedy zachodziła potrzeba była do dyspozycji i z pełnym zaangażowaniem służyła swoją wiedzą. Było tak nawet wtedy, kiedy choroba zaczęła jej bardziej doskwierać. Czuliśmy wtedy niepokój i dyskomfort, uważając, że Ania powinna odpocząć. Choć z drugiej strony można powiedzieć, że bycie w pracy działało kojąco na jej stan psychiczny i fizyczny.

Nigdy nas nie zbywała, nawet jeśli czegoś nie rozumieliśmy. Potrafiła wszystko od podstaw wytłumaczyć. Wychodziła z zasady „kto pyta nie błądzi” i sama zachęcała do zadawania pytań, wyjaśniając, że lepiej zapytać, niż tego nie zrobić, a w efekcie zrobić coś źle. Do wszystkiego podchodziła z troską.

Katarzyna Grabowska: Wielka szkoda, że Ani nie ma już z nami. Walczyła do końca, żeby dalej żyć i pracować. Mało kto tak walczył jak Ania.

Przemysław Prais

Nowy kierownik Zakładu Bakteriologii

Po Annie Onyszk kierowanie Zakładem przejęła Beata Muraszko, która od 2012 r. pełniła w nim funkcję zastępcy kierownika. – Od samego początku swojej drogi zawodowej, czyli 1996 r. pracowałam w Szpitalu Wojewódzkim. Najpierw w Poradni Dermatologicznej, a po dwóch latach przeszłam do Zakładu Bakteriologii – mówi o sobie. – Z wykształcenia jestem diagnostą laboratoryjnym, mam też specjalizację z mikrobiologii medycznej na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, którą uzyskałam już w trakcie pracy. Moim zaś podstawowym wykształceniem są studia biologiczne.



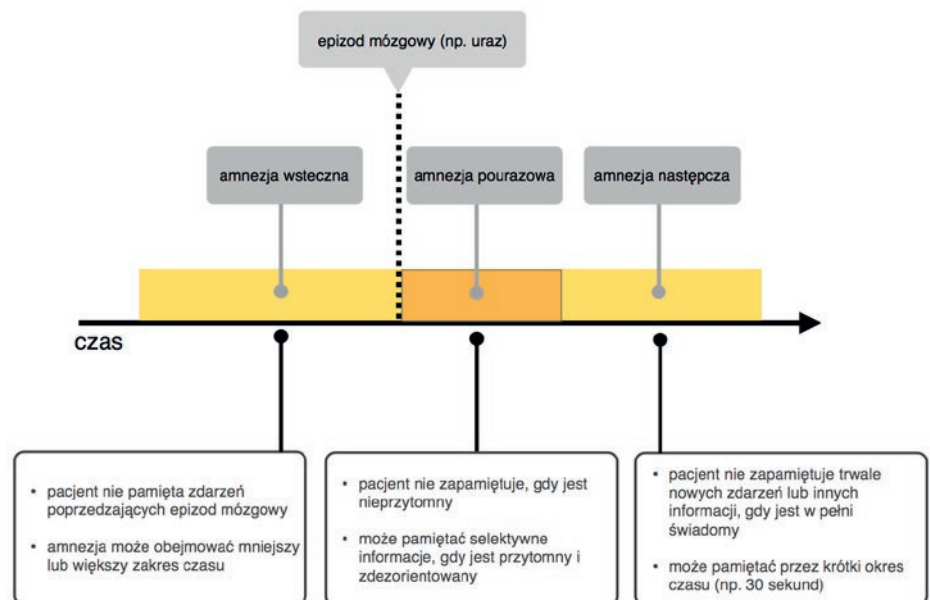
Pamięć i jej zagadki

cz. 25



Wśród różnych zaburzeń pamięci dominuje zjawisko zwane amnezją. Nie jest to jednolite zaburzenie i nadal zawiera sporo niewiadomych. Jedną z postaci amnezji jest amnezja wsteczna, gdy osoba nie pamięta różnych spraw lub wydarzeń sprzed np. wypadku samochodowego, w którym doszło do urazu czaszkowo-mózgowego. Co wiadomo na temat takiej amnezji?

Amnezja to brak pamięci co do zdarzeń, sytuacji lub informacji. Objawy amnezji, ich przyczyna i możliwości terapii są bardzo zróżnicowane. Najbardziej ogólne kryterium pozwala wyodrębnić amnezję neurologiczną i amnezję psychogenną. Ta pierwsza wynika z określonego urazu, infekcji mózgu lub procesów neurodegeneracyjnych. Natomiast amnezja psychogenna jest uwarunkowana zaburzeniami natury psychicznej, np. w przebiegu zaburzeń stresu pourazowego (PTSD) lub zaburzeń osobowości i też wiąże się z różnorodnymi dysfunkcjami mózgu. Obok takiego podstawowego podziału należy jeszcze wspomnieć o naturalnych - czyli poza kontekstem patologii - postaciach amnezji. Przykładem może być tzw. amnezja dziecięca, a więc niepamięć pierwszych lat życia (na ten temat zob. odcinek 5 naszej serii o pamięci) oraz niepamięć doznań sennych po wybudzeniu się. W tym i najbliższych odcinkach przyjrzymy się dokładniej patologicznym formom amnezji.



AMNEZJA WSTECZNA I NASTĘPCZA

Chyba najczęściej obserwowana w warunkach klinicznych amnezja wynika z urazu mózgu. Osoba po np. wypadku komunikacyjnym trafia w stanie nieprzytomnym do szpitala i po odzyskaniu przytomności może ujawniać problemy pamięciowe. Gdy nie pamięta zdarzeń, sytuacji lub informacji sprzed momentu wypadku, mówimy wtedy o amnezji wstecznej. Z kolei, gdy taka osoba ma trudności z zapamiętywaniem informacji od momentu odzyskania przytomności, mówimy o amnezji następczej (zob. rysunek). Okres, w którym osoba jest nieprzytomna lub poważnie zdezorientowana jest także objęty niepamięcią, określaną jako amnezja pourazowa. To dlatego możemy zaobserwować sytuację, że pacjent już przytomny

po urazie mózgu i spełniający polecenia nie będzie nas pamiętał adekwatnie następnego dnia.

Obie formy amnezji - wsteczna i następcza - typowo współwystępują ze sobą, ale też mogą mieć jednocześnie odmienny stopień nasilenia. W badaniu zespołu Christine Smith z University of California, San Diego w USA wykazano, że w przypadku pacjentów z obustronnymi uszkodzeniami środkowych obszarów płatów skroniowych nasilenie amnezji następczej, mierzonej testami uczenia się nowych informacji, koreluje z nasileniem amnezji wstecznej, mierzonej wiedzą o zdarzeniach i znanych osobach odniesionych do danego roku. Czyli, im bardziej pacjenci nie byli w stanie nauczyć się nowych informacji, tym bardziej poważna była ich niepamięć przeszłości.

Z amnezją wsteczną wiążą się trzy podstawowe zagadki: (1) dlaczego w ogóle dochodzi do utraty pamięci poprzedzającej epizod urazu lub dysfunkcji mózgu?, (2) od czego zależy długość czasu objętego niepamięcią wsteczną?, (3) czy można przypomnieć sobie informacje lub zdarzenia z amnezji wstecznej?

TBI I AMNEZJA

Jak już wspomniano, najczęściej amnezję można zaobserwować u pacjentów z urazowym uszkodzeniem mózgu (TBI - traumatic brain injury), np. w wyniku wypadku komunikacyjnego. Wskutek nierzadko potężnej siły uderzenia

W trzech zdaniach

1. Amnezja to brak pamięci o np. zdarzeniach lub określonych informacjach.
2. Istnieje wiele różnych typów amnezji, w zależności od tego, czy etiologia ma charakter neurologiczny czy bardziej psychologiczno-psychiatryczny.
3. Amnezja wsteczna - gdy osoba nie pamięta zdarzeń np. sprzed urazu mózgu - może obejmować okres nawet kilkudziesięciu lat

głową o coś lub gwałtownego przemieszczania się mózgowia w czaszce może dojść do uszkodzenia aksonów neuronów w istocie białej. Pewne obszary mózgowia są bardziej podatne na TBI (np. pień mózgu), ale uraz aksonalny może także obejmować obszary styku istoty białej z istotą szarą, czyli ciałami komórek nerwowych. Gdy taki uraz obejmie obszary wzgórza lub płatów skroniowych, wówczas może dojść do blokady systemu zapisywania (konsolidacji) informacji w pamięci. Dotyczy to zwłaszcza fazy amnezji pourazowej, gdy pacjent jest nieprzytomny. Poza urazem aksonalnym są też inne patomechanizmy, które mogą powodować wystąpienie amnezji - np. uszkodzenia ogniskowe obszarów kluczowych dla pamięci lub wtórne zmiany niedotlenieniowo-niedokrwienne.

U pacjentów z TBI amnezja wsteczna typowo współwystępuje z amnezją następczą. Przypadki osób tylko z amnezją wsteczną są słabo udokumentowane naukowo i raczej powinny wzbudzać podejrzenie symulacji. Objawy amnezji wstecznej mogą być różnorakie. Np. mogą to być braki pamięci określonych epizodów życia lub okresów życia. Jeden z pacjentów naszego szpitala z TBI utracił z pamięci epizody sięgające 3 miesięcy sprzed wypadku i nie pamiętał np. rozstania z narzeczoną w tym czasie, choć był w stanie przypomnieć inne wydarzenia z tego okresu. Ale najczęściej amnezja wsteczna w TBI dotyczy kilku godzin lub tego dnia, gdy wystąpił uraz. Można też zaobserwować spontaniczną poprawę pamięci w tym zakresie.

PODSTAWY MÓZGOWE AMNEZJI WSTECZNEJ

Poza TBI także studia pacjentów z inną etiologią uszkodzenia mózgu (np. udar, leczenie neurochirurgiczne) odstawiają naturę amnezji wstecznej. Badania pacjentów z izolowanymi uszkodzeniami hipokampów lub jąder wzgórza wskazują, że w takich przypadkach amnezja wsteczna albo w ogóle nie występuje, albo jest ograniczona co do czasu utraty pamięci. Podobne wyniki uzyskano w przypadku eksperymentalnych badań nad zwierzętami. Dopiero bardziej rozległe uszkodzenia płatów skroniowych lub innych okolic korowych mogą powodować

wystąpienie bardziej zaawansowanych form amnezji wstecznej. Przykładowo, uszkodzenia w obszarach pola CA1 w hipokampie wiążą się amnezją wsteczną rzędu 1-2 lata od momentu uszkodzenia. Uszkodzenia większe, obejmujące zespół hipokampa mogą powodować niepamięć wsteczną rzędu 15-25 lat. Natomiast rozległe uszkodzenie płata skroniowego może wyeliminować z pamięci wydarzenia sięgające aż do 40-50 lat od czasu uszkodzenia. Co ciekawe, nawet przy tak rozległych uszkodzeniach pacjenci są w stanie przypomnieć dane z późnego dzieciństwa lub wczesnej młodości.

Generalnie, różni badacze zgadzają się, że amnezja wsteczna określona czasowo silnie koreluje z obustronnymi uszkodzeniami lub dysfunkcjami zespołu hipokampa wraz z korą okotohipokampalną. Natomiast w przypadku bardziej rozległych uszkodzeń kory nowej oraz przednich i bocznych obszarów płata skroniowego amnezja wsteczna może mieć charakter bardziej całkowity i praktycznie nieograniczony co do czasu.

HIPOTEZY NA TEMAT AMNEZJI WSTECZNEJ

Nawet jeśli znamy obszary mózgu związane z niepamięcią wsteczną, to i tak nie wiemy, jaki jest mechanizm powstawania takiej niepamięci. Na ten temat istnieją dwie koncepcje: teoria standardowa (konsolidacyjna) i teoria wielu ścieżek.

Koncepcja standardowa wykorzystuje fakt, że najbardziej podatne na niepamięć wsteczną są ślady pamięciowe z okresu bezpośrednio poprzedzającego uraz. Te informacje pamięciowe nie są dostępne osobie z urazem, gdyż po prostu nie zostały trwale zapisane w systemie konsolidacji pamięciowej. A system konsolidacji działa w skrócie następująco. Struktury hipokampów działają w dynamicznym powiązaniu z innymi obszarami korowymi i początkowo spełniają funkcję tymczasowego magazynu informacji o zdarzeniach. W miarę upływu czasu różne obszary kory przejmują informacje z hipokampów oraz magazynują je (jak to się dzieje przekonują najnowsze badania z zakresu optogenetyki

- na ten temat zob. poprzedni odcinek). Takie utrwalone ślady pamięciowe można następnie wydobywać bez pośrednictwa hipokampów i dlatego po uszkodzeniach w okolicach hipokampów pacjenci są w stanie przypomnieć sobie dawniejsze zdarzenia. Te nowsze zdarzenia, tkwiące jeszcze w tymczasowym magazynie hipokampów, ulegają eliminacji.

Inna koncepcja amnezji wstecznej - teoria wielu ścieżek - także przyjmuje, że w hipokampach tworzą się liczne i różne zapisy pamięciowe (ścieżki) w wyniku nieustannego przypominania. Gdy tylko coś sobie przypomnimy ta informacja ponownie ulega konsolidacji, jednak tym razem z inną etykietą kontekstową (bo przypomnieliśmy coś w określonym czasie i w miejscu). Hipokampy jako magazyny pamięci specjalizują się w zapisie informacji kontekstowych, a obszary korowe zapisują dane typowo bez kontekstu (tylko sens zdarzenia). W sytuacji rozległych uszkodzeń zespołu hipokampa osoba może utracić praktycznie wszystkie informacje kontekstowe o zdarzeniach i dlatego nie jest w stanie sobie przypomnieć zdarzeń. Może tylko fragmentarycznie pamiętać o zdarzeniu. Pacjenci z amnezją wsteczną mogą wtedy mówić, że coś pamiętają, ale niedokładnie. Z kolei odległe zdarzenia - zakodowane w obszarach korowych - są zapisane bardziej ogólnie i mogą być przypomniane przez pacjentów z amnezją wsteczną.

ODZYSKIWANIE DANYCH

Czy można przypomnieć zdarzenia lub informacje objęte niepamięcią wsteczną? Zdarzenia najbliższe okresowi urazu są najczęściej bezpowrotnie utracone. Natomiast zdarzenia w dalszej relacji czasowej do czasu urazu mogą być spontanicznie przypomniane, np. poprzez niekiedy przypadkowe skojarzenia, podpowiedzi, pobyt w danym miejscu. Niestety, część z takich przypomnień może być błędna i wtedy osoba nieświadomie przechowuje fałszywe ślady pamięciowe.

dr Piotr Markiewicz

Chcesz wiedzieć więcej?

Smith C. N. i in. (2013), The nature of anterograde and retrograde memory impairment after damage to the medial temporal lobe. *Neuropsychologia*, 51, 2709-2714.

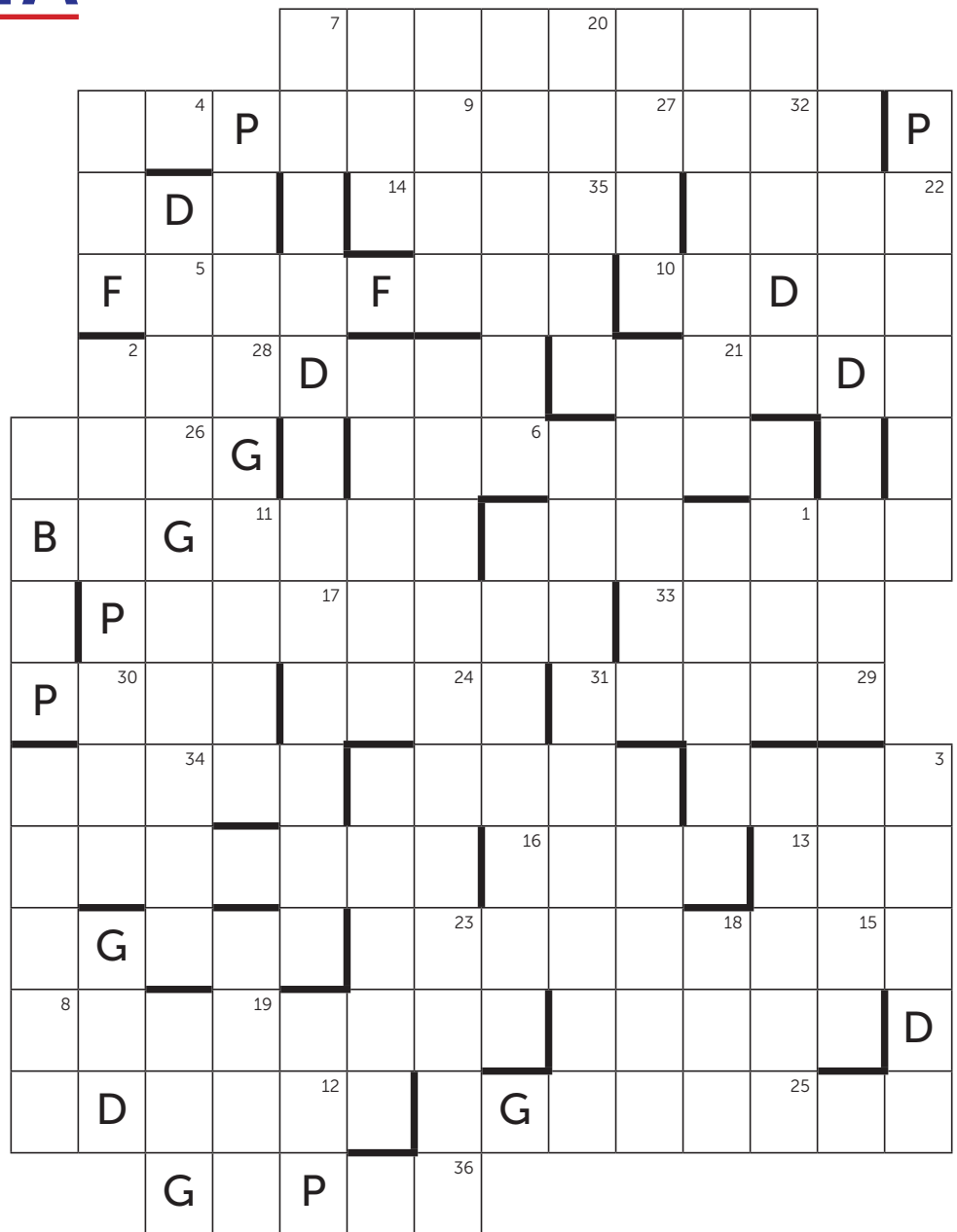
Luoto T. i in. (2015), Clinical correlates of retrograde amnesia in mild traumatic brain injury. *Brain Injury*, 11-18.

55 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 64 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery E, G, P, U i X. Na ponumerowanych polach ukryto 36 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Aleksandra Fredry.

Jerzy Badowski

- dynamiczne cechy krążenia krwi
- żona Ozyrysa
- sąsiadka Alaski
- Piłsudskiego
- zimne, zlewne
- założyciel sławnej drukarni w Krakowie
- najwyższy wulkan Peru
- jubilerska = 31,1 g
- żółw lub krokodyl
- imię Christie
- Asuańska
- Rządu RP na kraj
- wieś na pd. krańcu jez. Wadąg
- sowiecka polityka gospodarcza (1921-29)
- między Leskiem a Przemysłem
- okres rozwoju rośliny zależny od zmian klimatycznych
- brak wzroku
- ostra konserwa z sardeli
- najgłośniejsze ostatnio włoskie kąpielisko
- prowadzi dochodzenie
- pierwiastek Tl
- Tomasz, były zawodowy mistrz świata w boksie
- ryś stepowy
- niepokojące odgłosy z silnika
- namiotnik jabłonowy
- przesadna analiza
- najstawniejsza opera Pucciniego
- litewska elektrownia jądrowa
- cięta lub kłuta
- cechy podobne, analogiczne
- następcą Ruryka
- różne dzięki przyprawom
- gazela Thomsona
- Przesmyk Koryncki
- grupa wysp na morzu Arafura
- wyróżnąt stado baranów pod Troją
- śmieszka lub siodłata
- bada poparcie dla partii politycznych
- zamek lub uniwersytet
- współczesna bursa
- tętnica główna
- z begardami
- czego dotknął zamieniał w złoto
- tłum przyglądających się
- tułów
- ciuch reperowany
- ostan w zach. Iranie
- średniowieczny oddział wojska
- ostrzyż



- węzjad
- Hala za Pramą Kraszewskiego
- przesadzona wypowiedź na cześć
- prymitywna rasa owiec kaukaskich
- wzięcie w poddaństwo
- uchodzi w Lizbonie
- magmowa lub osadowa
- nad kolanami
- sport dla najcięższych
- sojuszniczka Toyoty
- kare lub butane
- napędzany wiostem 2-piórowym
- wymarły ptak z Nowej Zelandii
- dzieła nawiązujące do wzorów antycznych
- japońska laparotomia

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

Rozwiązanie krzyżówki nr 54 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 55): „**Sukces nigdy nie jest ostateczny**”. Nagrodę otrzymuje Alina Krycka z Oddziału Rehabilitacyjnego. Gratulujemy! Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.

foto. Ewa Maculewicz

