WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 60
lipiec–wrzesien 2018

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162

Sala hybrydowa przełomem w leczeniu pacjentów s. 3

Uroczyste otwarcie zmodernizowanego Traktu porodowego s. 7

Pionierska operacja okulistów s. 14

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 udostępnili
Daniel Burakowski

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.ccpg.com.pl

Nakład
600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych publikacji.

3 Hybrydowa sala operacyjna przełomem w leczeniu pacjentów
7 Uroczyste otwarcie zmodernizowanego Traktu Porodowego
14 Pionierska operacja okulistyczna w Szpitalu Wojewódzkim
16 100 000 złotych dla neurochirurgów
18 Dlaczego warto pracować w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym
24 Medycyna i technologia
25 Pamięć i jej zagadki (część 29)
27 Jolka Szpitalna

Hybrydowa sala operacyjna **przełomem w leczeniu pacjentów**

Wyposażona w ultranowoczesny sprzęt oraz zdolna pomieścić kilka zespołów lekarzy różnych specjalizacji sala, to jedna z większych innowacji w leczeniu pacjentów. Ma jak na razie tylko kilka szpitali w Polsce. Kolejna, a pierwsza na Warmii i Mazurach została właśnie uroczyście oddana do użytku lekarzy i pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

Przecięcia wstęgi dokonali: Irena Kierzkowska, dyrektor WSS w Olsztynie, abp Józef Górzyński, metropolita warmiński, który potem poświęcił salę, marszałek województwa Gustaw Marek Brzezin, wiceprezydent Olsztyna Jarosław Słoma oraz Janusz Dzisko, dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Uroczystości, która odbyła się 12 września towarzyszyli liczni dziennikarze.

Abp Józef Górzyński podczas uroczystości poświęcenia Sali hybrydowej

Sala hybrydowa w pytaniach i odpowiedziach

Goście obejrzeli następnie salę hybrydową, w której informacje na jej temat przekazywali: dyrektor Kierzkowska, dr Jerzy Górny, zastępca dyrektora ds. lecznictwa i ordynator Oddziału Kardiologicznego i dr Grzegorz Wasilewski, kierownik Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, który 30 kwietnia wykonał inauguracyjny zabieg w sali hybrydowej (pisaliśmy o tym w poprzednim wydaniu Pulsu Szpitala).

– Hybrydowa sala operacyjna umożliwia równoczesne wykonywanie zarówno inwazyjnych, jak i małoinwazyjnych zabiegów. W jednym czasie i w jednym miejscu lekarze z różnych specjalizacji mogą rozwiązać wszystkie problemy pacjenta. Do tej pory wymagało to kilku hospitalizacji na różnych oddziałach. Teraz można je rozwiązać jednocześnie, przy wsparciu zaawansowanej diagnostyki obrazowej – mówiła Irena Kierzkowska, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Sala jest w stanie pomieścić kilkunastu specjalistów, anestezjologów i lekarzy różnych specjalizacji, którzy mogą ze sobą współpracować w trakcie zabiegu, tworząc interdyscyplinarny zespół. Jest również wyposażona w szereg innowacji i najnowocześniejszy sprzęt, w tym angiograf (aparat rentgenowski, który umożliwia oglądanie naczyń i serca z różnych stron), aparat do krążenia pozaustrojowego, respirator, sprzęt do badania echa serca oraz specjalny stół operacyjny, na którym wykonywane są zabiegi.

– Angiograf daje możliwość pracy zarówno chirurgom naczyniowym, jak i radiologom oraz kardiologom. Jest to wysokiej klasy urządzenie, które zapewnia bezpieczeństwo pracy i bardzo dobre obrazowanie. Oprócz tego, sala jest wyposażona w echokardiograf z możliwością badań przezprzełykowych, ultrasonograf z możliwością badań naczyniowych, urządzenie do badań wewnątrznaczyniowych i znieczulenia pacjenta. Mamy też zestaw do kontrapulsacji aortalnej, czyli bardzo ważny element do podtrzymywania krążenia – mówił dr Jerzy Górny.

Jak podkreśla, hybrydowa sala operacyjna zapewni przede wszystkim bezpieczeństwo i większy komfort pacjentom, którzy unikają długotrwałej, często kilkukrotnej hospitalizacji. Ponadto pacjentów zwykle trzeba było transportować w inne części szpitala, w których znajdował się sprzęt do diagnostyki obrazowej. Ponieważ sala hybrydowa jest w nie wyposażona, nie będzie już takiej konieczności. Pełną diagnostykę obrazową i zabieg chirurgiczny będzie można przeprowadzić w tym samym czasie i miejscu.

– Leczymy pacjentów z całego województwa, często z wieloma różnymi schorzeniami. W tym momencie możemy pacjentowi zaproponować wykonanie kilku zabiegów na jednej sali, w trakcie jednego znieczulenia, jednego zabiegu. To skraca czas zabiegu, jest korzystniejsze zarówno dla nas, jak i dla pacjenta – mówił dr. Grzegorz Wasilewski.

Skrócenie czasu zabiegów, możliwość wykonywania ich jednocześnie i z dostępem do pełnej diagnostyki obrazowej oznacza też komfort pracy dla lekarzy. W przypadku powikłań czy komplikacji w trakcie zabiegu mogą oni skorzystać z angiografu i reagować na bieżąco. Ponadto aparat rentgenowski, w który jest wyposażona sala hybrydowa, zmniejsza dawkę promieniowana, na które narażony jest zarówno pacjent, jak i personel medyczny.

– Sala hybrydowa jest jednym z najnowocześniejszych miejsc, jakie mogą być aktualnie dostępne na bloku operacyjnym. Umożliwia wykonywanie bardzo szerokiego zakresu zabiegów o wysokim stopniu trudności. Dla pracowników jest to wygoda pracy na nowym sprzęcie, komfort pracy, bezpieczeństwo, możliwość wykonywania dużo większej liczby zabiegów, które do tej pory nie zawsze były możliwe – podkreślił dr Grzegorz Wasilewski.

– Sala jest wyposażona w narzędzia diagnostyczne bardzo wysokiej klasy, wysoko specjalistyczne. Zabiegowcy mogą już w trakcie operacji weryfikować problem medyczny poprzez diagnostykę, która towarzyszy im na sali hybrydowej. Pierwsze zabiegi na sali hybrydowej już się odbyły, kolejne mamy zaplanowane. Duże pole do popisu będzie miała kardiochirurgia z kardiologią oraz chirurgia naczyniowa z radiologią inwazyjną. Od tego zaczniemy – mówiła Irena Kierzkowska.

– Są to zabiegi głównie na naczyniach, naczyniach wieńcowych i obwodowych, aorcie. To całe spektrum zabiegów, w tym również wszczepianie różnych urządzeń, na przykład

kardiowerterów-defibrylatorów oraz usuwanie elektrod endokawitarnych, co można zrobić tylko na sali operacyjnej – dodał dr Jerzy Górny.

Hybrydowa sala operacyjna w olsztyńskim szpitalu została sfinansowana z programu Polkard, który realizuje Ministerstwo Zdrowia. Koszt inwestycji wyniósł ponad 3 mln zł. Placówka otrzymała również na ten cel blisko 1 mln zł dotacji z Urzędu Marszałkowskiego. – Bardzo cieszymy się, że mamy salę hybrydową w szpitalu wojewódzkim, szpitalu samorządowym regionu Warmii i Mazur. Myślę, że jest to wyróżnik nie tylko w skali regionu, ale również i całego kraju, bo to są urządzenia najnowszej generacji, a co za tym idzie możliwość kompleksowego leczenia pacjentów. Jest to z pewnością wielka wartość dla szpitala wojewódzkiego w Olsztynie – stwierdził marszałek Gustaw Marek Brzezin.

Uroczystość w sali konferencyjnej

Na pytania gości oraz przedstawicieli mediów odpowiadał też dr Piotr Malinowski, ordynator Oddziału Klinicznego Chirurgii Naczyniowej, dr Adam Kern, kierownik Pracowni Hemodynamiki i dr Anna Witt-Majchrzak, zastępca ordynatora Oddziału Kardiochirurgii, którzy następnie już w Sali audytoryjnej podczas multimedialnej prezentacji przedstawili najważniejsze informacje na temat możliwości, jakie daje sala hybrydowa.

Przedtem zgromadzonych (wśród nich również Andrzeja Zakrzewskiego, dyrektora olsztyńskiego oddziału NFZ, wicemarszałka województwa Marcina Kuchcińskiego, dyrektora Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej Teresę Parys, wicedyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Janusza Pieńkowskiego) powitała Irena Kierzkowska, która podkreśliła, że sala hybrydowa pozwoli skuteczniej leczyć pacjentów z Olsztyna, regionu oraz całego kraju. – Składam też na ręce pani Bożennie Ulewicz, rzecznikowi wojewody podziękowania za wsparcie od Ministerstwa Zdrowia – powiedziała. – Witam koleżanki i kolegów dyrektorów: Irenę Petrynę ze Szpitala Płucnego, Danutę Kunicką z Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego w Górowie Iławeckim, której przy tej okazji serdecznie dziękuję za świetną współpracę i przyjmowanie naszych pacjentów, Annę Osłowską ze szpitala w Nidzicy oraz Romana Lewandowskiego, dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Ameryce. Szczególnie ciepło chcę powitać Rafała Natkowskiego, dyrektora Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Ostrołęce. Pan dyrektor wprowadził w swoim szpitalu nowoczesne rozwiązania elektroniczne dystrybucji leków. Wysłałam dużą delegację z naszego szpitala, żebyśmy mogli podpatrzeć, jaki to jest problem. Pan dyrektor bardzo życzliwie i gościnnie przyjął naszych przedstawicieli. Odwzajemniamy się zaproszeniem na dzisiejszą uroczystość z nadzieją na dalszą wymianę naszych doświadczeń. Serdecznie witam też pracowników szpitala

Jerzy Górny powitał z kolei członków rady społecznej Szpitala: Juliana Osieckiego, Wojciecha Szadziewicza i Tadeusza Mordasiewicza. – Bez wsparcia rady trudno byłoby przeprowadzać takie inwestycje – powiedział. – Witam też dr Antoniego Dutkiewicza, wieloletniego ordynatora oddziału chirurgicznego.

– Bardzo serdecznie witam pana Jarosława Michalaka, prezesa Michelin Polska. Cieszę się, że jest z nami, dzięki temu mam okazję jeszcze raz podziękować za fantastyczną imprezę Kilometry Pomocy i niebagatelne wsparcie, które uzyskał szpital [piszemy o tym obszernie w osobnym artykule – red.] – powiedziała pani dyrektor, która następnie opisała jak rozumie termin „hybryda". – To interesujące słowo. Jeśli zajrzymy do Słownika języka polskiego, przeczytamy, że jest to byt złożony z różnych części, prawdopodobnie nie pasujących do siebie. W biologii jest to skrzyżowanie dwóch obcych gatunków, słyszeliśmy też o wojnie hybrydowej, a niektórzy jeżdżą samochodami hybrydowymi. A my mamy salę hybrydową. Przyznam, że na pytanie dziennikarzy „co to jest sala hybrydowa?" wcale nie jest łatwo odpowiedzieć – mówiła Irena Kierzkowska. – Zastanawiałam się na odpowiedzią. Powiem państwu tak: każdy człowiek ma swoją indywidualną, unikalną perspektywę, spojrzenie na problem, na rzeczywistość. I poprzez syntezę działań różnych umysłów i różnych umiejętności możemy wypracować najbardziej optymalne rozwiązania wraz z najbardziej wiarygodnym oglądem danego problemu. Takim miejscem syntezy działań oraz umysłów, talentów i umiejętności jest właśnie sala hybrydowa – idealne miejsce do pracy zespołowej, którą kocham w naszym szpitalu i do której zachęcam swoich specjalistów. Zaczynaliśmy od przeszczepów, gdzie pierwszym naprawdę trudnym wyzwaniem organizacyjnym był zespół transplantacyjny. Kolejnym był team urazowy, wierzę, że następnym będą zespoły wczesnego reagowania, nad których wdrożeniem pracujemy. O tym zaś jakie możliwości

Dyrektor Irena Kierzkowska opowiada gościom o zaletach Sali hybrydowej

pracy zespołowej daje sala hybrydowa niech opowiedzą nasi wspaniali specjaliści – dobrze wyedukowani, oddani pacjentom, ale i odważni. Bo trzeba odwagi, żeby zacząć wykonywać nową procedurę.

Sala hybrydowa okiem specjalistów

Jerzy Górny zaznaczył, że sala hybrydowa jest spektrum działań Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie. – To specjalności, w zakresie których realizujemy naszą diagnostykę i terapię. 23 oddziały i inne jednostki różnego typu, a sala hybrydowa jest jednym z wielu elementów działalności szpitala. Mamy specjalności zabiegowe i niezabiegowe, choć to rozróżnienie nie jest precyzyjne. Bo jeśli spytamy gastroenterologa, czy to jest specjalność niezabiegowa, to odpowie, że jest ona zabiegowa, podobnie z nefrologiem, który odpowie, że jest to specjalność zabiegowa, bo nakłuwa nerki, wykonuje plazmaferezę. Tak więc dochodzi do przenikania specjalności, a sala hybrydowa jest tego idealnym przykładem we współczesnej medycynie – powiedział. A następnie oddał głos przedstawicielom jednostek szpitala, którzy podczas multimedialnej prezentacji przedstawili najważniejsze informacje na temat możliwości, jakie daje sala hybrydowa.

Piotr Malinowski, ordynator Oddziału Klinicznego Chirurgii Naczyniowej rozpoczął wykład od stwierdzenia, że sala hybrydowa to połączenie klasycznej sali operacyjnej ze znakomitym sprzętem rentgenowskim, posiadającym bogate oprogramowanie. – Dzięki temu możemy w niej przeprowadzać zabiegi o większej złożoności, wymagających połączenia bardziej zaawansowanych technik, zarówno z dziedziny chirurgii otwartej, jak i technik radiologicznych, wewnątrznaczyniowych, czy kardiologicznych. Przez to możemy skrócić czas zabiegu, zwiększając jednocześnie jego bezpieczeństwo. Takim przykładem z naszej dziedziny są ostre i przewlekłe choroby aorty (tętniaki, tętniaki pęknięte, rozwarstwienia aorty), przypadki przewlekłego i ostrego niedokrwienia kończyn, gdzie potrzebne jest połączenie technik otwartych i wewnątrznaczyniowych. Mówiąc skrótowo: w jednym odcinku naczynia może być przeprowadzona operacja z użyciem narzędzi takich jak stenty, czy balony wewnątrznaczyniowe, a w drugim można wykonać klasyczny zabieg pomostowania, czy udrożnienia. W takich podobnych przypadkach bardzo przydatne będzie skorzystanie z możliwości sali hybrydowej.

Z kolei dr Anna Witt-Majchrzak, z-ca ordynatora Oddziału Kardiochirurgicznego podkreśliła, że dla kardiochirurgii sala hybrydowa jest olbrzymią platformą współpracy, w której przedstawiciele jej specjalności mogą zaproponować leczenie wieloproblemowych pacjentów w jednym miejscu i czasie. – Oczywiście naszymi największymi przyjaciółmi na sali hybrydowej są kardiolodzy inwazyjni, ale bardzo chętnie będziemy współpracować

Dr Grzegorz Wasilewski udziela wywiadu dziennikarzom

z elektrokardiografistami, chirurgami naczyniowymi, radiologami. Potrzebujemy do współpracy na tej sali również szerokiego grona anestezjologów, zespołu pielęgniarskiego oraz perfuzjonistów, czyli personelu, który zajmuje się technikami krążenia pozaustrojowego. W sali hybrydowej chcemy leczyć pacjentów, którzy do tej pory musieli jeździć do innych ośrodków. Jesteśmy jedynym ośrodkiem kardiochirurgicznym dla województwa warmińsko-mazurskiego i chodzi nam o stosowanie nowych procedur, które pozwalają na leczenie zgodnie z aktualnymi wytycznymi polskich i europejskich towarzystw naukowych. Wprowadzenie tych procedur w naszym oddziale zapewni leczenie szczególnie ciężko chorych pacjentów na miejscu. Będą to również zabiegi, w których wykorzystamy minimalny dostęp kardiochirurgiczny, skracający pobyt w szpitalu oraz pozwalający na szybszą rehabilitację pacjentów – mówiła dr Witt-Majchrzak. – Rozwiążemy też wiele problemów jednoczasowo i w jednym miejscu bez konieczności transportu pacjenta między salami operacyjnymi, pracownią hemodynamiki i np. naszym oddziałem. Tak więc w przypadku problemów jesteśmy w stanie na sali hybrydowej dzięki wszechstronnemu wyposażeniu zapewnić pacjentowi szybką reakcję – w każdej chwili możemy go „otworzyć" i wejść w krążenia pozaustrojowe, zastosować techniki bardzo zaawansowane, zwiększające bezpieczeństwo i rokowanie życia. Spośród zabiegów, do których trwają przygotowania (szkolenie zespołów, działania administracyjne) są procedury wszczepienia zastawek aortalnych z minidostępu. Przykładem takiego zabiegu jest wprowadzenie zastawki aortalnej z pozycji dostępu przezudowego. Najcięższa grupa chorych to pacjenci z rozwarstwieniem całej aorty, którzy trafiają do nas w stanach nagłych. Śmiertelność leczenia klasycznego w takich przypadkach to ponad 50 proc. Na sali hybrydowej ich szanse przeżycia rosną.

Dr Adam Kern, kierownik Pracowni hemodynamiki zaznaczył z kolei, że sala hybrydowa jest platformą współpracy kardiologów interwencyjnych i kardiochirurgów. Daje możliwość jednoczesnego leczenia serca i dużych naczyń przez wielodyscyplinarny zespół specjalistów zajmujący się chorobami serca („Heart Team"). Postępowanie takie zalecane jest przez Europejskie i Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. Np. przy chorobach wieńcowych będziemy mogli wszczepiać stenty jednocześnie z kardiochirurgami, którzy wszczepią bypassy.

Zaś Grzegorz Wasilewski, kierownik Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej zaznaczył, że salę hybrydową w dużej części charakteryzuje angiograf, czyli aparat do prześwietlania promieniami rentgena. – Większość zabiegów jest wykonywana przez nakłucie 5-10 milimetrowe tętnic udowych, szyjnych. Leczymy więc pacjenta z bardzo niewielką inwazyjnością. Dalej oczywiście będziemy wykonywać zabiegi w naszej dotychczasowej sali. Jako radiolog jestem mocno wyczulony na dawki promieniowania. Nowy aparat generuje znacznie niższą ich dawkę, co jest ważne dla personelu. Daje też lepsze planowanie i krótszy czas zabiegu przy możliwości jednoczasowej kontroli – mówił. – Aparat ma opcję tomograficzną, która umożliwia nie tylko zaglądanie w naczynia pacjenta, ale także pokazuje co się dzieje wokół nich, a takiej możliwości dotąd nie było. Możemy też podawać mniej kontrastu pacjentowi, a im go mniej, tym mniejsza toksyczność i możliwość uszkodzenia nerek, krótszy czas zabiegu i mniejsza dawka promieniowania. Sala hybrydowa daje też ten komfort, że jeśli nie zadziała jedna metoda, np. wewnątrznaczyniowa, to możemy zastosować inną, np. chirurgiczną bez przewożenia pacjenta. Przy uszkodzeniach aorty, jak mówiła dr Witt-Majchrzak otwieranie klatki piersiowej to pond 50-proc. ryzyko

Lekarze podczas zabiegu w Sali hybrydowej

śmierci pacjenta, a przy stentgraftach to tylko kilka proc.

Wystąpienia podsumował dr Jerzy Górny. – Jak Państwo widzicie mamy wielu specjalistów, którzy już współpracują i będą dalej współpracować w sali hybrydowej. Nie tylko zawał leczymy zabiegowo już od dawna, ale leczymy tez zabiegowo udary mózgu. Sala hybrydowa nam w tym jeszcze pomoże – powiedział. – Mamy w szpitalu cztery angiografy wysokiej jakości – dwa w Pracowni hemodynamiki, jeden u dr Wasilewskiego w Zakładzie radiologii, a czwarty w sali hybrydowej. Rzadko który szpital jest tak wyposażony. Dysponujemy tylko 520 łóżkami, a mamy 23 oddziały i poza pulmunologią, torakochirurgią, dermatologią czy reumatologią mamy wszystko, co potrzeba, by kompleksowo leczyć pacjentów. Jesteśmy więc szpitalem, który w pełni świadczy usługi dla całego regionu. Takie jest zresztą jego zadanie.

Gratulacje i podziękowania

Dyrektor Irena Kierzkowska dodała, że cieszy się bardzo, iż Szpital Wojewódzki stał się chlubną kartą w rozwoju medycyny na Warmii i Mazurach. – Dzisiejszy dzień jest ważny również w historii naszego szpitala. Jeszcze raz dziękuję Ministerstwu Zdrowia, Sejmikowi Województwa, radzie społecznej naszego Szpitala, jego działowi technicznemu, pionowi finansowemu, a także firmie, która modernizowała pomieszczenia. Wnioski o dofinansowanie powstania sali hybrydowej pisaliśmy cierpliwie przez trzy lata i cieszę się, że ministerstwo doceniło Szpital Wojewódzki, który znalazł się w programie z bardzo znaczącą kwotą dofinansowania. Dziękuję pani Marii Wiśniewskiej, kierownikowi Bloku operacyjnego, wszystkim jego pracownikom – instrumentariuszkom, pielęgniarkom i anestezjologom. Żaden układ hybrydowy bez anestezjologów nie byłby możliwy – powiedziała. Następnie poprosiła o zabranie głosu zaproszonych gości.

Abp Józef Górzyński pogratulował osiągnięcia, jakim było pozyskanie niezbędnych do utworzenia Sali hybrydowej środków finansowych. – A pani dyrektor chciałbym pogratulować zespołu specjalistów, którzy potrafią z tego robić właściwy użytek – powiedział metropolita warmiński.

Bożenna Ulewicz, rzecznik prasowy wojewody warmińsko-mazurskiego stwierdziła z kolei, że wspólne sfinansowanie powstania sali hybrydowej to przykład współpracy między administracją rządową i samorządową, z którego tworzy się bardzo cenne dobro wspólne, w którego centrum zawsze pozostaje człowiek, jego bezpieczeństwo, zdrowie i życie. – Jestem przekonana, że ta sala hybrydowa będzie właśnie temu jak najlepiej służyła. W imieniu pana wojewody Artura Chojeckiego, którego dzisiaj mam przyjemność reprezentować, składam serdeczne gratulacje pani dyrektor i całemu zespołowi, który pracował nad tym projektem, któremu to zespołowi udało się wreszcie zrealizować – mówiła. – Życzę Państwu, żeby wam towarzyszyło cały czas szczęście prywatne, a również zawodowe. Bo życiowe szczęście lekarzy przekłada się też na szczęście pacjentów. Wszystkiego dobrego.

Dyrektorowi WSS w Olsztynie i zespołowi, którym kieruje determinacji i konsekwencji w staraniach o środki pogratulował Jarosław Słoma, wiceprezydent Olsztyna. – W imieniu prezydenta Piotra Grzymowicza chciałbym państwu podziękować i pogratulować, a także życzyć, żeby sala hybrydowa stała się miejscem realizacji waszego rozwoju, ambicji zawodowych, ale też miejscem, dzięki któremu większa grupa pacjentów może liczyć na wyzdrowienia, czy ocalenie życia. Dziękuję, że taka społeczność szpitalna funkcjonuje w Olsztynie.

Dyrektor Andrzej Zakrzewski przyłączył się do składanych gratulacji. – Często bywam w tym szpitalu i widzę jego rozwój. Jako największy w województwie wyznacza trendy, a pacjenci mogą w nim uzyskać najlepszą pomoc. Nie mamy się czego wstydzić – mamy bardzo dobry poziom usług medycznych, w tym szpitalu przede wszystkim, ale nie tylko. Nie musimy mieć kompleksów, bo na mapie Polski wyglądamy bardzo dobrze. Gratuluję więc jeszcze raz tego udanego przedsięwzięcia, cieszę się, że udało się je zrealizować. Ze swojej strony powiem tylko tyle: już wystąpiliśmy o środki finansowe na uruchomienie państwa procedur. Mam też nadzieję, że oprócz tych trzech milionów z Ministerstwa Zdrowia pojawią się kolejne – powiedział.

Maria Borzym, dyrektor ds. rozwoju regionu BGK w Olsztynie podkreśliła, że jest dumna z 13-letniej współpracy ze Szpitalem Wojewódzkim. – Razem dbamy o rozwój naszego regionu, a ta inwestycja przyniesie pożytek dla pacjentów. Składam serdeczne gratulacje – stwierdziła.

Przemysław Prais

Uroczyste otwarcie zmodernizowanego Traktu Porodowego

Walczymy o każde nowonarodzone życie, udaje się nam uratować nawet maluchy ważące mniej, niż pół kilograma. Nowy Trakt Porodowy pozwoli na jeszcze lepszą opiekę zapewnianą przez oddziały ginekologiczno-położniczy oraz noworodkowy – mówiła Irena Kierzkowska, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Uroczystość, która odbyła 5 października, pani dyrektor rozpoczęła od powitania zgromadzonych w gości, którzy licznie pojawili się w sali audytoryjnej. Znaleźli się wśród nich wojewoda Artur Chojecki, Gustaw Marek Brzezin, marszałek województwa, Andrzej Zakrzewski, dyrektor NFZ w Olsztynie, Janusz Dzisko, dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej, Teresa Parys, dyrektor Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej, reprezentująca prezydenta Olsztyna Monika Michniewicz, dyrektor Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Miasta, Ryszard Wasiński, dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego, Anna Lella, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej, Maria Danielewicz, przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, przedstawiciele Rady Społecznej Szpitala Wojewódzkiego Józef Dziki i Tadeusz Mordasewicz, a także Anna Bułło z Banku Gospodarstwa Krajowego. – Szczególnie miło chcę powitać prof. Sergiusza Nawrockiego, kierownika Katedry Onkologii i Radioterapii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrzu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, który współpracuje z olsztyńskim uniwersytetem i jest przyjacielem naszego Szpitala, prof. Mariusza Piskułę, dyrektora Instytutu Rozrodu Zwierząt i Badań Żywności Polskiej Akademii Nauk w Olsztynie i prof. Dariusza Skarżyńskiego, jego zastępcę ds. naukowych. Całej trójce panów profesorów dziękuję za inspiracje naukowe dla mojego fantastycznego personelu oraz za opiekę naukową. Zachęcam ich także do realizowania wspólnych projektów naukowych ze Szpitalem Wojewódzkim. Postaramy się zapewnić warunki, do ich realizacji. Serdecznie witam także ordynatorów oddziałów położniczych z naszego województwa, dziękując przy tej okazji za współpracę i wymianę doświadczeń oraz życzę, by nasza współpraca pozostała na dotychczasowym poziomie – powiedziała Irena Kierzkowska.

Pani dyrektor przeszła z kolei do powitania gości, którzy pracowali w pionie ginekologiczno-położniczym Szpitala Wojewódzkiego. – Bardzo ciepło i serdecznie chciałabym powitać panią dr Mieczysławę Gryglicką, która wielokrotnie wspierała nas dyżurami w oddziale neonatologii. Proszę także o gromkie brawa dla dr. Marka Stefanowicza, wieloletniego ordynatora oddziału ginekologiczno-położniczego, który jest marką położnictwa i ginekologii naszego Szpitala. Pan doktor jest już na emeryturze, ale wciąż nas wspiera. Powiem też Państwu, że był świetnym prognostą, ale o tym za moment – stwierdziła pani dyrektor. – Równie ciepło witam pana prof. Krzysztofa Kerna, współtwórcę olsztyńskiej ginekologii, a zakończenie modernizacji pionu ginekologiczno-położniczego jest świetną okazją, by podziękować wszystkim, którzy rozwijali na swoim etapie pracy rozwój tej dziedziny, bo dzięki nim możemy kontynuować ich dzieło. Zaprosiliśmy również byłe oddziałowe: panie Alinę Ćwiek, Alicję Paprocką oraz Monikę Kaliszuk, która jest nieocenionym koordynatorem ds. onkologii w naszym Szpitalu, wykonując bardzo ważne zadanie. Witam także media, w tym szczególnie panią Martę Gołąb-Kocięcką z TVP Olsztyn, która ma wyjątkowo wyczucie w kwestiach medycznych. Witam też wszystkich pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.

Modernizacja pionu ginekologiczno-położniczego była wyzwaniem

– Zaprosiliśmy Państwa na otwarcie zmodernizowanego Traktu Porodowego, ale przecież tak naprawdę nigdy go nie zamykaliśmy. W trakcie modernizacji, którą rozpoczęliśmy w 2014 r. znacznie wzrosła liczba porodów z 1200 do 2000 rocznie. Jesteśmy jedynym ośrodkiem w regionie z trzecim stopniem referencyjności, do którego są kierowane panie z patologiami ciąży. Modernizacja była więc dla nas olbrzymim wysiłkiem organizacyjnym, logistycznym, a także finansowym – jako, że nie udało się nam uzyskać dofinansowania w ramach Funduszy Norweskich, musieliśmy modernizację przeprowadzać etapami – mówiła Irena Kierzkowska. – Wymagało to wielu przyjaznych postaw ze strony innych oddziałów. Przede wszystkim chciałabym podziękować całemu personelowi neurochirurgii i ordynatorowi dr. Waldemarowi Ochowi. Żeby bowiem powiększyć bazę łóżek, pan doktor zgodził się na zmianę lokalizacji swego oddziału. Jestem też wdzięczna byłemu ordynatorowi ortopedii, dr. Tomaszowi Niedźwieckiemu, który przez prawie dwa lata dzielił pomieszczenia z oddziałem neurochirurgii. Obaj ustąpili miejsca, by umożliwić modernizację pionu ginekologiczno-położniczego. To spowodowało, że bezpiecznie dla pacjentek i noworodków, udało się nam przeprowadzić niezbędne prace.

Dyrektor Kierzkowska wspomniała, że modernizacja była również kosztowna. – W sumie wydaliśmy ponad 8 mln zł. Najtrudniejszą i najdroższą

Dr Tomasz Waśniewski i dr Norbert Dera przedstawili prezentacje o swoich oddziałach

Nagrodzona Elżbieta Wójtowicz w towarzystwie dyr. Ireny Kierzkowskiej, wicemarszałek Sylwii Jaskulskiej, marszałka Gustawa Marka Brzezina i wicemarszałka Marcina Kuchcińskiego

inwestycją był Trakt Porodowy, który uzyskał dofinansowanie od pana marszałka wysokości miliona zł, a przy modernizacji poszczególnych etapów uzyskaliśmy wsparcie na rozwiązania przeciwpożarowe, co nieco neutralizowało nasz wysiłek finansowy.

Podkreśliła też, że pion ginekologiczno-położniczy wyróżnia się w porównaniu z innymi oddziałami. – Jesteśmy szpitalem dla dorosłych, a średnia wieku naszych pacjentów to 75 lat i stele rośnie, a położnictwo nas „odmładza", bo pacjentkami są młode kobiety, ale mają też inne wymagania. Są bardziej świadome czym jest macierzyństwo, jakie mają prawa i obowiązki, a my musimy spełnić te oczekiwania. Jednym z nich jest odpowiednia dieta, dlatego zatrudniamy dietetyczkę – powiedziała. – Z kolei w oddziale neonatologii mamy kochane maleństwa, które liczbie 4-10 rocznie w momencie narodzin ważą mniej, niż pół kilograma. Około 30. ma wagę nieco poniżej kilograma, a drugie tyle nie przekracza 1,5 kilograma. Są to więc życia, o które personel musi walczyć. Niejednokrotnie więc radości macierzyństwa towarzyszy niepokój, bo zagrożone są dwa życia. Ginekologię i położnictwo z noworodkami wyróżnia jeszcze jedna cecha – jego budżet wynosi 30 mln zł, a wliczając chemioterapię – 33 mln. Jest więc porównywalny do niemałego szpitala o zasięgu regionalnym. Pracuje tu ponad 150 osób. Jest to więc „firma w firmie". Mówię o tym, byście mieli Państwo wyobrażenie tego przedsięwzięcia – konieczności dzielenia modernizacji na etapy. Zatrudniamy fantastyczny personel: położne i lekarze. Mamy 26 specjalistów, a także zainteresowanie tą dziedziną medycyny wśród młodych lekarzy, o czym świadczy liczba 16 rezydentów. Dziękuje dr Marzannie Bień, zastępcy ordynatora oddziału noworodkowego za oddanie pracy i dzielenie się ogromną wiedzą z młodymi lekarzami. Oczywiście zdarzają się skargi, które mobilizują nas do poprawy organizacji pracy, wyciągania wniosków. Można powiedzieć, że skargi pomagają naszym pacjentkom.

Trafne prognozy doktorów ze Szpitala Wojewódzkiego

Irena Kierzkowska wróciła następnie do prognoz dr Marka Stefanowicza, które ułatwiły planowanie rozwoju ginekologii i położnictwa w Szpitalu Wojewódzkim. – Jak wyglądają mapy potrzeb zdrowotnych? Mówią m.in., że w regionie mamy za dużo łóżek położniczych. Tymczasem nam ich brakuje, więc jest tu pewien dysonans. To przewidział pan dr Marek Stefanowicz. Składam mu teraz wyrazy uznania, podobnie, jak poprzedniemu konsultantowi wojewódzkiemu, dr. Jerzemu Kozerskiemu. Kilka lat temu wydawało się, że mając do czynienia z niżem demograficznym, wystarczy jeśli powiększymy bazę naszego Szpitala o 20 łóżek, to rozwiążemy problemy regionu – przypomniała pani dyrektor. – Tymczasem okazało się, że symulacje sprawdziły się co prawda pod tym względem, że porodów rzeczywiście będzie mniej, ale panowie Stefanowicz i Kozerski zwrócili uwagę, że nawet w takim przypadku, zwiększy się liczba ciąż patologicznych. Dlatego wyczulali mnie, by brać ten czynnik pod uwagę, co będzie skutkować większą liczbą porodów w Szpitalu Wojewódzkim. To sprawdziło się w stu procentach i jest dowodem, że dr Stefanowicz jest świetnym prognostykiem. Dlatego wiele decyzji podejmowaliśmy właśnie pod tym kątem.

Kolejnym punktem uroczystości był film autorstwa Marty Gołąb-Kocięckiej „Najmłodsze dziecko szpitala", przedstawiający zmodernizowany Trakt Porodowy i oddział neonatologiczny.

Historia położnictwa i ginekologii

Następnie o swoich oddziałach opowiedzieli ich ordynatorzy. Dr Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Oddziału Ginekologii Onkologicznej swoją prezentację rozpoczął od krótkiego pokazania historii położnictwa. – Wszyscy wiedzą, że położnictwo jest najstarszym działem medycyny, a ja chcę Państwa przekonać, że jest najpiękniejszą jej częścią. Już w starożytności mamy pierwsze opisy operacji położniczych, w tym cięć cesarskich, przy których przeżywało dziecko, ale umierała matka. W ten sposób mieli przyjść na świat papież Grzegorz IV i król Anglii Edward VI. Pierwsze udokumentowane nowożytne cięcie odbyło się w 1500 r. na zwłokach zmarłej, ale zakończyło się porodem zdrowego dziecka. W 1622 r. po raz pierwszy opisano przeżycie kobiety i dziecka. Miało to miejsce w Anglii. Cięcie cesarskie aż do początków XX wieku było procedurą skomplikowaną i wykazującą bardzo wysoką umieralność – mówił.

Wspomniał też o początkach operacji nowotworów ginekologicznych. – Rok 1809, Stany Zjednoczone, dr Mc Dowell dwa tygodnie jechał do swojej pacjentki, by wyciąć olbrzymi guz w jej brzuchu. Jak była to odważna postawa najlepiej świadczy fakt, że cztery lata wcześniej John Bell opublikował „biblię" chirurgów, gdzie napisał, że „nigdy nie uda się wyciąć wewnętrznych guzów macicy, czy wątroby. Tu Bóg postawił granicę, której przekroczenie będzie oznaczać, że lekarz jest mordercą".

Następnie przeszedł do czasów obecnych. – Współczesna ginekologia olsztyńska to grudzień 1945 r., kiedy powstał oddział ginekologiczny w Szpitalu Miejskim. W styczniu 1946 r. odbyła się pierwsza operacja. Pierwszym ordynatorem był dr Stanisław Dorantt. W roku 1963 na scenie ordynatorów pojawia się dr Henryk Makowski, który wywarł swoją osobowością wielki wpływ na rozwój położnictwa i ginekologii na Warmii i Mazurach. W roku 1971 przeniósł oddział ginekologii i położnictwa do Szpitala Wojewódzkiego. W kolejnych latach dołączali do niego m.in. dr Krzysztof Węgrzyn, dr Marek Stefanowicz. Dr Makowski wyszkolił całą rzeszę lekarzy, a większość ordynatorów ze szpitali w regionie przeszła przez jego ręce. Utworzył oddział, który dał podstawy dla kolejnych ordynatorów, by zaistnieć w Polsce dzięki nowatorskim zabiegom. Dzięki temu oddział rozwijał się naukowo.

Za czego wynikają sukcesy Szpitala Wojewódzkiego

Tomasz Waśniewski przeszedł następnie do przedstawienia dr Marka Stefanowicza, który ordynatorem został w 1990 r. – Stworzył znakomity zespół, zarówno pod względem wiedzy, umiejętności, ale też wewnętrznej solidarności. Trzy główne cele działalności dr Stefanowicza to program poprawy opieki perinatalnej, centralizacja leczenia onkologicznego oraz leczenia

krwotoków w ginekologii i położnictwie. W tej ostatniej dziedzinie był prekursorem wielu działań: stworzył w województwie system nadzoru nad pacjentkami z krwotokami położniczymi, gdzie bez żadnego rozporządzenia i pomocy ze strony władz, stworzyliśmy system wyjazdowi do takich pacjentek w innych szpitalach. Dzięki temu systemowi uratowano naprawdę ogromną rzeszę kobiet. Dr Stefanowicz był prekursorem embolizacji – wykonywaliśmy tę procedurę jako drugi ośrodek w Polsce. Wykazał się też wielką skutecznością przy centralizacji leczenia onkologicznego – spowodował, że większość ordynatorów z regionu wysyłała do nas większość pacjentek. W efekcie 75-80 proc. pacjentek ze schorzeniami onkologicznymi było operowanych w naszym Szpitalu.

Ordynator dodał, że bardzo ważnym aspektem działalności dr Stefanowicza był program opieki perinatalnej. – W 1997 r. rząd zauważył, że wyniki umieralności okołoporodowej w Polsce są słabe. Podzielono więc szpitale na trzy poziomy opieki perinatalnej: podstawowy, zajmujący się patologią ciąży w mniejszym zakresie oraz ośrodki ponadregionalne trzeciego poziomu, do których zaliczał się Szpital Wojewódzki w Olsztynie. Ministerstwo Zdrowia powołało dr Stefanowicza na koordynatora tego projektu. Wynikało to z tego, iż zauważono także w innych województwach, że szanse na przeżycie noworodków, zwłaszcza o skrajnie niskiej masie urodzeniowej są bardzo małe w szpitalach pierwszego poziomu, a zdecydowanie większe w szpitalach trzeciego poziomu. To doprowadziło do sytuacji, w której dość szybko wskaźniki umieralności okołoporodowej zaczęły w Polsce spadać – mówił dr Waśniewski. – A nasze województwo przez wiele lat lokowało się w czołówce, a kilka razy byliśmy na miejscu pierwszym. To jest skuteczność dr Stefanowicza. W 2015 r. 7 proc. pacjentek rodzących noworodki o wadze 500-1500 gramów robiło to w szpitalach pierwszego poziomu, na drugim poziomie to 11 proc., a 82 proc. to Szpital

Położna Marzanna Rogalska z pacjentką w zmodernizowanej sali Traktu porodowego

Zmodernizowany Trakt Porodowy

Od maja br. przyjmuje pacjentki, które na rozwiązanie oczekują w wygodnych salach. Do ich dyspozycji jest m.in. sala do porodów w wannie, a system ciągłej opieki czuwa nad stanem zdrowia mam i ich maluchów. Roboty budowlane rozpoczęły się w październiku 2017 r.
W następnych tygodniach trwało wyposażanie Traktu.
Nowy Trakt ma więcej pomieszczeń, bo zaadaptowano miejsce po salach intensywnej opieki zajmowane wcześniej przez Oddział Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Po przeniesieniu noworodkowego OIT-u na wyremontowany oddział pomieszczenia zostały zwolnione.
W efekcie znalazło się w nim pięć sal porodowych (w tym do porodów w wannie), sala cięć i dodatkowo trzy sale obserwacyjne.
Większa liczbą stanowisk do porodów to poprawa bezpieczeństwa pacjentek, a dochodzą do tego trzy sale intensywnej opieki wyposażone w sprzęt do ciągłego monitorowania stanu zdrowia. To pokoje dla pacjentek patologii ciąży z cukrzycą, nadciśnieniem i innymi chorobami wymagającymi stałego monitorowania dobrostanu płodu.
Nad bezpieczeństwem pacjentek czuwa system ciągłej opieki KTG (badanie, które polega na obserwacji i jednoczesnym zapisie: parametrów pracy serca dziecka, ruchów dziecka, siły oraz częstości występowania skurczów macicy i reakcji serca dziecka na skurcze macicy. Umożliwia ocenę dobrostanu dziecka) nad pacjentką z centralną bazą, która widzi wszystkie pomieszczenia. Położna obserwuje zapis KTG pacjentek ze wszystkich sal z monitorowaniem dobrostanu dzieci.

Wojewódzki w Olsztynie. Rok 2015 to znakomity wynik, porównywalny z większością krajów europejskich, a tylko kraje skandynawskie wyprzedziły nasze województwo pod względem umieralności okołoporodowej. Choć i w całej Polsce osiągnięto znakomity wynik, bo po raz pierwszy w historii w pięciu województwach wskaźnik umieralności był niższy, niż 4 promile, a nasz region zajął trzecie miejsce w tym zestawieniu. Misją naszego oddziału było zawsze „Rodzić bezpiecznie".

Dr Waśniewski podkreślił, że dzięki działalności dr Marka Stefanowicza, a także dr Jerzego Kozerskiego w 2004 roku oddział ginekologiczno-położniczy wygrał w konkursie Ministerstwa Zdrowia na opracowanie polityki zdrowotnej w zakresie zapobiegania wystąpieniu wcześniactwa i małej urodzeniowej masy ciała oraz ich negatywnym skutkom zdrowotnym.

– Ale dr Stefanowicz to przede wszystkim sala operacyjna. To był jego żywioł. Wykonał wiele nowych procedur w oddziale. M.in. po raz pierwszy metodą laparoskopową wycięliśmy raka szyjki macicy. Jego osiągnięcia zostały docenione także w Polsce – jako jedyny uzyskał tytuł honorowego członka Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego – stwierdził.

Kamienie milowe ginekologii i położnictwa w WSS

Potem zaś przedstawił kamienie milowe w rozwoju kierowanych przez siebie oddziałów. – W ginekologii onkologicznej – 2007 r. pierwsza laparoskopowa operacja wycięcia nowotworu narządu rodnego. W 2008 r. zdecydowaliśmy się po raz pierwszy w naszym województwie na wykonanie laparoskopii u pacjentki w ciąży, zakończonej szczęśliwym porodem. Bardzo ważną datą jest 2010 r., kiedy pojawiło się na świecie kilka doniesień odnośnie tego, że chemoterapia dootrzewnowa stosowana w raku jajnika, tam gdzie nowotwór powstaje, a więc w obrębie jamy brzusznej, przynosi bardzo dobre efekty. Zdecydowaliśmy się włączyć te procedurę do naszych protokołów leczenia. Dzięki dr Teresie Dobielińskiej-Eliszewskiej, która włączyła do współpracy dr Magdalenę Sikorską po raz pierwszy podaliśmy dootrzewnowo chemioterapię, tworząc w krótkim czasie (także dzięki życzliwości Narodowego Funduszu Zdrowia) bardzo prężny i szybko rozwijający się ośrodek chemioterapii przy Oddziale Ginekologii Onkologicznej. Pacjentki nas lubią i cenią także przez coraz lepsze efekty leczenia.

Kolejny krok w rozwoju oddziału to oncofertility, bardzo ważna procedura pozwalająca na zachowanie płodności u pacjentek poddanych leczeniu onkologicznemu. Leczymy coraz młodsze pacjentki i robimy to coraz lepiej. Chcą one nie tylko, by je wyleczyć, ale i mieć szanse na normalne życie, a więc też rodzenie dzieci. W skali kraju jest to 10 tys. kobiet w ciągu jednego roku. Są różne metody zachowania płodności. Pierwsze nasze pacjentki do tzw. boskie mamy, które w trakcie ciąży otrzymują u nas chemioterapię. Leczymy nowotwór najczęściej piersi. Okazuje się, że chemioterapia to nie samo zło, ale daje szanse i matkom, i dzieciom.

Bardzo spektakularna ciąża po wystąpieniu wznowy nowotworu. Mamy szereg pacjentek, które urodziły po leczeniu oszczędzającym raka, ale tylko nieliczne doniesienia na świecie mówią, że po leczeniu wznowy jesteśmy również w stanie pokonać raka.

W oncofertility złotym standardem była kriopreprezerwacja zarodków, czyli procedura in vitro stosowana u pacjentek przed podjęciem leczenia. Potem zarodek mrożono i czekano na moment, kiedy mama wyzdrowieje. Oczywiście jest szereg dylematów moralnych, etycznych i religijnych wobec takiego postępowania. Zaczęliśmy więc szukać innych sposobów. I wymyśliliśmy, że zamrożenie tkanki jajnikowej może być taką procedurą. Zakłada ona pobranie fragmentu jajnika, zamrożenie go i rentransplantację po wyleczeniu pacjentki. I taką operację w 2012 r. wykonaliśmy, a zamrożoną tkankę przewieziono do kliniki w Gdańsku. [We wrześniu 2015 r. dr Waśniewski wszczepił pacjentce pobraną od niej wcześniej i zamrożoną tkankę jajnikową – red.] – powiedział.

Kolejne kamienie milowe to uratowanie dziecka, pozwalając mu rozwinąć się w macicy, choć zaczątek drugiego łożyska znajdował się w szyjce macicy. W takiej sytuacji lekarze decydują się zwykle na usunięcie narządów rodnych wraz z oboma płodami, by zapobiec krwotokowi. Specjaliści ze Szpitala Wojewódzkiego dokonali tego jako pierwsi w Polsce. Poród, który odbył się 10 maja 2018 r. przebiegał przez cesarskie cięcie, gdyż drogę naturalną uniemożliwiał trofoblast. Dziewczynka ważyła 1700 gramów, ale była w stosunkowo dobrym stanie, kiedy zajęli się nią specjaliści z Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Jako zaś pierwsi w województwie warmińsko-mazurskim przeprowadzili małoinwazyjny zabiegu zatamowania krwotoku u rodzącej kobiety. Dzięki temu Alicja bezpiecznie przyszła na świat, a jej mama zachowała możliwość rodzenia kolejnych dzieci. – To wielospecjalistyczność Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie pozwala na wykonywanie tego typu procedur. Ciężkim pacjentem zajmuje się cały zespół ludzi – od anestezjologów, którzy mają go ustabilizować, przez ginekologów po laboratorium, które natychmiast podaje wyniki badań, kończąc na naszych doskonałych radiologach – mówił po przeprowadzonej w marcu 2018 r. operacji dr Tomasz Waśniewski. O obu osiągnięciach pisaliśmy szeroko w poprzednim Pulsie Szpitala.

– Odnosimy także sukcesy naukowe –współpracujemy z Polską Akademią Nauk, bierzemy udział w badaniach klinicznych nad nowymi lekami, współpracujemy z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim, uczestniczymy w ogólnopolskim programie MOBIT, mającym na celu stworzenie innowacyjnego modelu zindywidualizowanej diagnostyki i terapii nowotworów, zajmujemy też wysokie miejsca w ogólnopolskich rankingach – mówił Tomasz Waśniewski. – Chciałbym podkreślić, że te wszystkie sukcesy nie były możliwe, gdyby nie wsparcie całego szpitala – pacjentki przyjeżdżają z wieloma schorzeniami, które jesteśmy w stanie zdiagnozować i leczyć w naszym szpitalu. Czy to będzie pacjentka po przeszczepie nerki, czy operacji

Beata Binek, położna oddziałowa Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i jej zastępczyni Jowita Dubel-Mikulska prezentują zmodernizowany Trakt porodowy dziennikarzom

kardiochirurgicznej, dzięki wielu specjalistom jesteśmy w stanie w większości przypadków im pomóc. To jest unikalne w skali kraju – możliwość funkcjonowania tak wielospecjalistycznego zespołu w jednym miejscu.

Neonatologia, czyli jak najlepiej opiekować się noworodkami

O swoim oddziale opowiedział potem dr Norbert Dera, ordynator Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, który rozpoczął od stwierdzenia, że niezwykle ważna w działalności neonatologów jest wzrost liczby porodów w Szpitalu Wojewódzkim. – Od 2014 r. ta liczba wzrosła od 1200 do 1965 i na tym poziomie utrzymujemy ją od roku. Jednocześnie wzrasta liczba pacjentów urodzonych przedwcześnie, także wymagających od nas szczególnej uwagi, a więc urodzonych między 23 a 28 tygodniem ciąży – podkreślił. – Żeby utrzymać dobrostan naszych noworodków staramy się wdrażać jak najwięcej procedur nieinwazyjnych. Staramy się pozyskiwać sprzęt, który zapewni ten stan płodu, czy później noworodka zapobiegający niedobrym dla niego doznaniom, takim jak światło, hałas, dotyk, kiedy wiadomo, że dzieci, które są w brzuszku u mamy są chronione przed tymi bodźcami. Po zbyt wczesnym ich wydobyciu nie są w stanie ich odbierać we właściwy sposób. Udało nam się po remoncie naszej części intensywnej opieki noworodkowej zakupić i wprowadzić do pomiaru przezskórny pomiar tlenu, dwutlenku węgla. Pomiar parametrów krytycznych przy pacjencie jest niezmiernie ważne z tego względu, że wielokrotnie przenoszone probówki, czy pipety z miejsca pobytu do laboratorium wymagało długiego czasu, a pacjenci, u których stosujemy te procedury muszą mieć bardzo szybko wdrożone leczenie, dlatego nasze decyzje muszą być podejmowane natychmiastowo. Dzięki temu możemy z dużym wyprzedzeniem pacjenta leczyć i zabezpieczyć.

Pani Beata (na zdjęciu z synkiem Bartoszem i mężem Konradem) urodziła już w nowym Trakcie porodowym

Norbert Dera dodał, że wraz z zespołem jak najlepiej zabezpieczają układ oddechowy wcześniaków. – Z tego względu staramy się odchodzić od mechanicznej wentylacji, która jest procedurą ratującą życie, jednak nie wpływającą korzystnie na rozwój płuc, mogąc wręcz powodować powikłania, aczkolwiek w niektórych przypadkach nie mamy innego wyjścia. Niemniej przechodzimy do procedur mniej inwazyjnych, dysponujemy bowiem odpowiednim sprzętem – mówił. – Wcześniej wdrażamy też leczenie poprawiające pracę mięśnia sercowego. Dzięki uwagom dr Michała Brożyny dotyczącym prowadzenia pacjenta pod względem kardiologicznym i stabilizacji układu krążenia, łatwiej jest nam postępować z pacjentem.

Ordynator oddziału noworodkowego dodał, że na światowym rynku pojawiają się aparaty, które jeszcze mocniej pomagają w prowadzeniu pacjentów bez bólu, w sposób oszczędzający, w sposób jak najbardziej właściwy i pozwalający na to, aby ten uśmiech o maluchów pozostawał jak najdłużej. To m.in. aparat umożliwiający nieinwazyjną kontrolę oksygenacji. – Miejmy nadzieję, że kiedyś otrzymamy taki sprzęt – stwierdził.

Oddział noworodkowy wciąż się rozwija

Opowiadając zaś o rozwoju oddziału jako najważniejsze kwestie wymienił zakup sprzętu, przede wszystkim aparatu USG, bez którego nie można by rozwijać szybkiej diagnostyki wewnątrzoddziałowej, a tym samym dobrze prowadzić pacjenta. Rozszerzenie badań ultrasonograficznych serca i głowy, pozwala zmniejszyć narażenie pacjenta na promieniowanie radiologiczne. USG płuc i jamy brzusznej. Niezbędny w pracy jest mobilny respirator, a także kardiomonitory, pompy infuzyjne, czy aparat do badania zintegrowanej encefalografii.

– Niezmiernie ważne było zwiększenie bazy łóżkowej z 8 do 11 stanowisk, szczególnie wobec rosnącej liczby pacjentów. Wielokrotnie mieliśmy problem z miejscami intensywnej terapii, co zmuszało nas do próśb o przekazanie pacjentów do Szpitala Dziecięcego, któremu przy tej okazji serdecznie dziękuję ze współpracę dr Beacie Jaroszewskiej-Świątek, kierującej oddziałem noworodkowym – powiedział dr Dera. – Liczba stanowisk opieki ciągłej wzrosła z 4 do 7, zaś opieki pośredniej z 7 do 8.

Ordynator przypomniał też ogromny sukces, którym było utrzymanie przy życiu dziewczynki, nazywanej Calineczką, która w momencie przyjścia na świat w 27. tygodniu ciąży ważyła zaledwie 410 gramów. Dzieckiem zajęto się tak skutecznie, że rozwijała się później prawidłowo. Podkreślił też, że podstawą jest zgrany zespół. – Jako lekarze jesteśmy przewodnikami i decydentami, ale czym byśmy byli bez naszych pań pielęgniarek i położnych, które wykonują te decyzje? Bez zgranego zespołu nie ma dobrej pracy. Ogromna jest także rola rehabilitantów, bo nasi pacjenci wymagają fizykoterapii. Rehabilitanci instruują także mamy, dzięki czemu nasi

pacjenci prowadzą się lepiej. Do zespołu należą również pracownicy wykonujący czynności porządkowe. Czy możemy pracować na sprzęcie, który urąga pojęciu czystości? Nie, nie włożymy pacjenta do brudnego sprzętu, nie użyjemy go. Danie o czystość jest więc wielką korzyścią, o której czasem się nie pamięta. Do tego zespołu wchodzą także Szpital Dziecięcy w Olsztynie, szpital z Elbląga, a także oddział chirurgiczny ze Szpitala Dziecięcego, anestezjolodzy oraz oczywiście ci, którzy dają nam pracę, czyli ginekolodzy i położnicy.

„Mama i noworodek – w którym kierunku zmierzamy?"

Wykład pod takim tytułem przedstawiły położne oddziałowe: Beata Binek z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z i Beata Dołżycka z Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka.

Beata Binek rozpoczęła od przedstawienia definicji położnej. – To samodzielna specjalistka w zakresie opieki nad kobietą, osoba z odpowiednim wykształceniem potwierdzonym dyplomem oraz prawem wykonywania zawodu. Mamy cudowny i wspaniały zespół – powiedziała. Dodała też, że w Szpitalu Wojewódzkim pracuje laureatka konkursu Położna na medal Elżbieta Wójtowicz, która zdobyła uznanie w skali ogólnopolskiej, co zebrani nagrodzili oklaskami.

Z kolei Beata Dołżycka podkreśliła, że neonatologia jest dziedziną, która rozkwitła w ostatnim ćwierćwieczu XX wieku. – Jest więc najmłodszą gałęzią medycyny. Nazwa pochodzi od łacińskiego neonatus, czyli noworodek. To istota krucha, bezbronna, tylko teoretycznie gotowa do samodzielnego życia. Nasz pacjent stał się jednym z największych i najbardziej pasjonujących wyzwań w medycynie. Ratujemy dzieci w 24., 25., 26. tygodniu życia. Sprawiamy też, że komfort i jakość ich życia w przyszłości są porównywalne do osiąganych przez dzieci urodzone o czasie – powiedziała. – To nie byłoby możliwe, gdyby nie kamienie milowe w neonatologii. Myślę, że największym osiągnięciem, dzięki któremu możemy ratować tych najmniejszych pacjentów jest inkubator. To urządzenie, które ma stworzyć warunki panujące w macicy, czyli przede wszystkim ciepło i wilgotność. Jest też wyposażone w techniki wspomagania oddychania. W Polsce rocznie przed planowanym terminem rodzi się 26 tys. dzieci. Opiekuje się nimi 1300 neonatologów. 50 szpitali ma trzeci stopień referencyjności. Noworodek donoszony przebywa w szpitalu 3-4 dni, zaś te urodzone przed terminem przebywają około ośmiu tygodni, choć zdarzają się dzieci, które przebywają 4 miesiące.

Następnie Beata Binek opowiedziała jak wyglądała sytuacja rodzących na początku istnienia Szpitala Wojewódzkiego. – Pacjentka wychodziła prosto w windy do sali porodowej, w której dominował zapach mydlin, używanych do wykonywania lewatywy. Potem było zapoznanie z położnymi, a przed samym porodem kąpiel i golenie. Łóżka były twarde, niewygodne. Sala porodowa była wielołóżkowa, kobiety rodziły więc „publicznie", oddzielone jedynie kafelkowo-szklanym parawanem. Poród odbywał się w pozycji horyzontalnej – mówiła.

Zebrani dowiedzieli się także, że noworodek zaraz po porodzie był oddzielony od mamy. Kobieta widziała swoją pociechę, kiedy przynosiła ją położna, która informowała o płci dziecka. Potem dziecko było zabierane do wykąpania i wykonania innych zabiegów. Następnie pakowano je do becików, przez które dziecko przypominało mumię i zabierano na oddział. Matka widziała swoje dziecko tylko, kiedy przynoszono je do karmienia – co trzy godziny na 15 minut.

Warunki w oddziale położniczym były zupełnie inne, niż obecnie – nie można było przynosić osobistych rzeczy poza szczoteczką do zębów i mydłem. Bielizna i koszule były szpitalne. Wstęp z zewnątrz na oddział był niemożliwy. Rodzinę można było oglądać tylko przez okno.

– My już w latach 80. wprowadziliśmy system rooming-in, w którym dzieci po porodach trafiały do mam. W latach 90., m.in. dzięki działalności Fundacji Rodzić po Ludzku zaczęto w Polsce zwracać większą uwagę na potrzeby mam

Zaproszeni goście podczas uroczystości w Sali audytoryjnej

i ich dzieci. Dla dziecka ważne jest być blisko mamy, czuć jej ciepło, słyszeć jej głos. Potem było już tylko lepiej. Duży remont traktu porodowego przeprowadzono w latach 90 – mówiła Beata Binek. – Teraz mamy oczywiście zupełnie inne warunki. Dzieci są z mamami cały czas, karmione na żądanie. Ojcowie towarzyszą w badaniach, w porodzie, w opiece na dzieckiem. Dostępne jest znieczulenie do porodu, a także kontakt skóra do skóry po porodzie.

Beata Dołżycka podkreśliła, że jej pacjenci przychodzą na świat za wcześnie, są maleńcy – najmniejsze ważą 450-500 gramów i mieszczą się w dłoni. – Przez wiele tygodni trwa walka o ich przeżycie, a one zadziwiają nas swoją siłą. Czego potrzebują? Stwarzamy warunki przypominające środowisko macicy i umożliwiające wcześniakowi rozwój podobny do tego w łonie mamy. Ograniczamy więc wszystkie czynniki, które zaburzają ten rozwój. Naszemu pacjentowi musimy zapewnić przede wszystkim ciepło, komfort termiczny. Zapewniamy to dzięki inkubatorowi, który był pierwszym krokiem milowym w rozwoju neonatologii, który zmniejszył śmiertelność wcześniaków – mówiła. – Temperatura panująca w inkubatorze przypomina upalne lato i wynosi 36 stopni Celsjusza, przy wilgotności 80-90 proc. Obecnie posiadamy inkubatory hybrydowe.

Wspomniała też o niezwykle ważnej roli rodziców przedwcześnie urodzonych maluchów. – Mleko jest bezcennym lekiem, które może dać tylko mama. Bardzo ważna jest też bliskość rodziców, którzy z roli obserwatora, stają się pełnowartościowymi członkami zespołu terapeutycznego. Uczestniczą w czynnościach pielęgnacyjnych, zapewniają dziecku dotyk, a w późniejszym okresie ustabilizowanie stanu dziecka przez kontakt „skóra do skóry", a także poprzez kangurowanie – dodała Beata Dołżycka.

Odznaczenie dla Elżbiety Wójtowicz i gratulacje zaproszonych gości

Po prezentacjach przeszedł czas na wręczenie odznaczenia dla Elżbiety Wójtowicz, położnej z ponad 30-letnim stażem, pracującej na Trakcie Porodowym, która zdobyła srebrny medal w konkursie na najlepszą położną w Polsce. Jak informowaliśmy na łamach Pulsu Szpitala pani Elżbieta zdobyła drugie miejsce w czwartej edycji konkursu. Zwyciężyła także w klasyfikacji na najlepszą położną w województwie warmińsko-mazurskim. Zasady konkursu były bardzo ostre – w trakcie jego trwania 1 pacjent lub osoba z rodziny mogła oddać tylko 1 głos.

Medal „Zasłużony dla regionu Warmii i Mazur" wręczył marszałek Gustaw Marek Brzezin. – Na wniosek pani marszałek Sylwii Jaskulskiej zarząd województwa, a wcześniej kapituła naszego odznaczenia, przyznał najwyższe w naszym regionie samorządowego wyróżnienia – stwierdził.

Elżbieta Wójtowicz była tak wzruszona, że w jej imieniu podziękowała dyrektor Irena Kierzkowska.

Zaproszeni goście na koniec spotkania pogratulowali sukcesów, jakie odnosi Szpital Wojewódzki. – W imieniu samorządu województwa bardzo serdecznie gratulujemy. Jesteśmy dumni, że mamy tak wspaniały szpital, ze wspaniałą kadrą – powiedział marszałek Gustaw Marek Brzezin. Dodał, że placówka może w dalszym ciągu liczyć na wsparcie ze strony samorządu województwa. – Widzę ogromną wiedzę i wielki potencjał, a także ogromną determinację personelu Szpitala Wojewódzkiego, w jego służbie i powołaniu, jakim jest dobro pacjentów. Nie może być sytuacji, że zabraknie pieniędzy na dobre dzieło w służbie zdrowia dla Warmii i Mazur. Będziemy wszelkimi siłami samorządu dopełniali naszego obowiązku – zapewnił.

Gratulacje złożyli także wojewoda Artur Chojecki i Monika Michniewcz z Urzędu Miasta.

Dr Marek Stefanowicz o ginekologii i położnictwie w Szpitalu Wojewódzkim

Na zakończenie o głos poprosił dr Marek Stefanowicz. Na wstępie podziękował za zaproszenie na uroczystość, a następnie przedstawił kilka spostrzeżeń na temat pionu ginekologiczno-położniczego w Szpitalu Wojewódzkim. Jak zaznaczył bazę, która umożliwiła późniejsze sukcesy utworzył dr Henryk Makowski, który stworzył mocną ginekologię operacyjną, a jednocześnie stworzył położnictwo. – Po drugie mieliśmy szczęście przez wszystkie te lata do mądrych i życzliwych dyrektorów. Muszę tu wymienić szczególnie dwoje: pana dr Jana Forfę i panią dyrektor Irenę Kierzkowską – mówił dr Stefanowicz. Wspomniał też, iż zdarzały się sytuacje, w których chciał odesłać szczególnie trudny przypadek. – Wtedy słyszałem od moich kolegów z Centrum Zdrowia Matki Polki: ty masz wszystko, my możemy tylko prosić o konsultacje – dodał. – Chciałbym też bardzo podziękować wszystkim kolegom ordynatorom naszego szpitala. Kolejna sprawa: zespół zawsze był wspaniały, ale muszę wspomnieć o trzech osobach. To dr Jerzy Kozerski, który był wieloletnim konsultantem i bardzo pomagał mi w tworzeni naszego ośrodka specjalistycznego; dr Krzysztof Węgrzyn – wszyscy zabiegowcy wiedzą, że od czasu do czasu pacjent nie nadaje się do transportu i trzeba do niego wyjechać ze swoimi umiejętnościami. Dr Węgrzyn całe swoje życie zawodowe był niesamowicie dyspozycyjną osobą – świątek, piątek, późna noc zawsze jechał z pomocą. I oby takich lekarzy było jak najwięcej; mój następca dr Tomasz Waśniewski – nigdy nie krył, że będzie to mój następca. Pomagał mi we wszystkim, co robiliśmy.

Jeszcze kilka słów o neonatologii. Trakt porodowy i OIOM noworodkowy są sercem ośrodka perinatalogicznego. Tu trzeba wymienić pana doktora Rasteńskiego, panią dr Gryglicką, dr Bień, doktora Derę, którzy z nami przez wiele lat współpracowali. Do lat 80. w Polsce i świecie panowała opinia, że inwestujemy w zdrowie dorosłych, ewentualnie dzieci, a noworodek niech sobie sam radzi. Dopiero wtedy medycyna światowa się ocknęła. A tu na miejscu właśnie pionierzy, o których mówiłem. Wiele pacjentom dała współpraca ze Szpitalem Dziecięcym, panią dr Ewą Szwałkiewicz, niewątpliwym krajowym autorytetem w dziedzinie opieki perinatologicznej oraz chirurgami, w tym z dr Wojciechem Choińskim.

O przyszłość jestem spokojny przy takim ordynatorze, dyrektorze przy wsparciu pana wojewody i pana marszałka.

Przemysław Prais

Zmarł dr **Władysław Opacki**, były długoletni zastępca ordynatora oddziału ginekologiczno-położniczego w Szpitalu Wojewódzkim
Znakomity ginekolog i położnik zmarł 15 października. – To dla nas bardzo smutna wiadomość – mówi dr Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. – Od początku istnienia naszego oddziału dr Opacki pełnił funkcję zastępcy ordynatora. Był jednym z twórców nowoczesnego położnictwa na Warmii i Mazurach. W minionych latach był także prezesem Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Pełnił także funkcję konsultanta wojewódzkiego. Do emerytury, na którą przeszedł kilka lat temu, pracował w naszym Szpitalu.
W czwartek 18 października pamięć dr. Opackiego uczczono minutą ciszy podczas spotkania dyrekcji Szpitala z ordynatorami oddziałów i kierownikami komórek organizacyjnych.

Pionierska operacja okulistyczna **w Szpitalu Wojewódzkim**

Ćwiczenia przed operacją

Trwa operacja

Jesteśmy pierwszym szpitalem w Polsce północno-wschodniej, który podjął się operowania jaskry mikroinwazyjną metodą implantem XEN. 19 września z powodzeniem wszczepiliśmy trzy pierwsze implanty – mówi lek. Izabela Radowska, która przeprowadziła nowatorskie zabiegi.

Zabiegi poprzedziły oddziałowe szkolenia oraz „dry-laby" na sztucznych gałkach ocznych przeprowadzane na bloku operacyjnym pod okiem certyfikowanego trenera Przemysława Chłoda, przedstawiciela XEN Gel Stent firmy Allergan. Okuliści, oprócz Izabeli Radowskiej, także Beata Dziewulska-Perlińska, ćwiczyli na fantomie wprowadzanie implantu. Potem przyszedł czas na właściwe zabiegi.

Jak wyjaśnia Izabela Radowska XEN Gel Implant został dopuszczony do użytku przez FDA (amerykańska instytucja rządowa utworzona w 1906 roku. Jest częścią Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych i zajmuje się kontrolą m.in. żywności, suplementów diety, leków, urządzeń medycznych) w 2016 r. – Jest to rurka złożona z żelatyny wieprzowej i usieciowanej aldehydem glutarowym, (co gwarantuje jego trwałość) o długości 6 mm i średnicy 45µm. Wszczepiany jest przez cięcie w rogówce przy użyciu iniektora, gdzie umieszczony jest w igle o średnicy 27G. Zapewnia odpływ cieczy wodnistej z komory przedniej do przestrzeni podspojówkowej, czyli na takiej samej zasadzie, co klasyczna trabekulektomia – wyjaśnia lekarka. – Laminarny przepływ oraz wystarczająca długość i średnica stentu pozwalają zapobiegać hipotonii. Po wszczepieniu w krótkim czasie ulega uwodnieniu i zwiększa swoją objętość, co sprawia, że nie przemieszcza się w obrębie kanału twardówkowego. Pozwala na obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego docelowo o ponad 20 proc., co, u wyselekcjonowanej grupie pacjentów, daje możliwość opóźnienia lub nawet uniknięcia leczenie metodą klasyczną.

Izabela Radowska podkreśla, że Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie jest pierwszą placówką w Polsce północno-wschodniej, która podjęła się operowania jaskry mikroinwazyjną metodą implantem XEN. – Chociaż pierwsze doniesienia i wyniki badań są bardzo

obiecujące trzeba pamiętać, że z uwagi na stosunkowo krótki czas obserwacji, pełen bilans korzyści z wszczepienia w/w stentu poznamy dopiero na przestrzeni najbliższych lat – zastrzega.

Liczba zachorowań na jaskrę sprawia jednak, że takich zabiegów będzie z pewnością coraz większa. – Jaskra to obecnie druga najczęstsza przyczyna nieodwracalnej utraty widzenia na świecie. Leczenie jaskry polega na obniżeniu ciśnienia wewnątrzgałkowego: farmakologicznie, laserowo bądź operacyjnie. Najczęściej wykonywaną operacją w jaskrze pierwotnie otwartego kąta jest zabieg wykonywany ab externo: trabekulektomia – czyli udrożnienie kąta przesączania poprzez wytworzenie przetoki, przez którą ciecz wodnista może wydostawać się z komory przedniej oka do przestrzeni podspojówkowej – wyjaśnia Izabela Radowska. – Ta klasyczna metoda terapii jest skuteczna, lecz niesie ze sobą ryzyko wielu powikłań, najczęstsze z nich to: odłączenie naczyniówki, bliznowacenie tkanek, krwawienie, przewlekła hipotonia. Dlatego poszukuje się nowych, mniej inwazyjnych metod minimalizujących ryzyko powikłań śród- i pooperacyjnych.

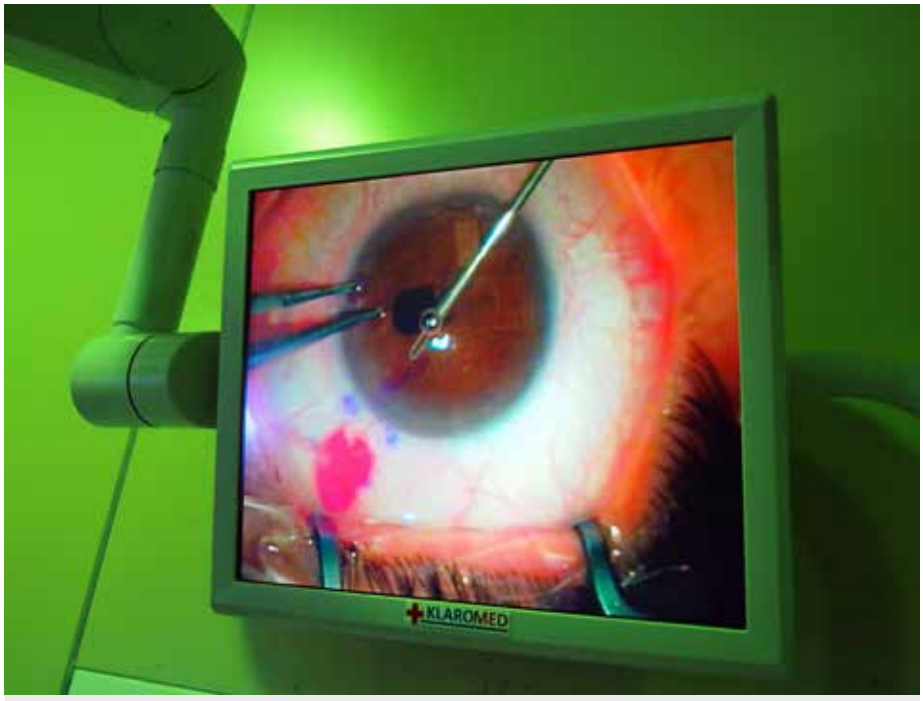
I dodaje, że MIGS (minimally invasive glaucoma surgery) to nowy rodzaj operacji przeciwjaskrowych. W porównaniu z klasycznymi metodami są mniej traumatyczne, przede wszystkim z uwagi na dojście z wewnątrz (ab interno), czyli bez uszkodzenia ciągłości spojówki. – Dostępne implanty usprawniają drogę odpływu cieczy wodnistej z oka w różnych mechanizmach: drogą konwencjonalną – przez kanał Schlemma oraz drogą niekonwencjonalną – do przestrzeni nadnaczyniówkowej lub do przestrzeni podspojówkowej – mówi Izabela Radowska. – W najbliższym czasie planujemy przeprowadzić zabiegi u kolejnych sześciu pacjentów.

Dr n. med. Janusz Pieczyński, ordynator Oddziału Okulistycznego wyjaśnia, że jaskra jest chorobą, którą w zaawansowanych stadiach leczy się chirurgicznie. – Tzw. złotym standardem w leczeniu chirurgicznym jaskry jest trabekulektomia, która pomimo swojej dobrej skuteczności, jest zabiegiem wysoce inwazyjnym. Wprowadzenie leczenia chirurgicznego za pomocą mikroimplantów jest krokiem do przodu w zmniejszeniu inwazyjności przy zachowaniu tej j samej skuteczności w leczeniu jaskry (MIGS) – mówi dr Pieczyński. – Korzyści z zastosowania powyższych implantów są odczuwalne przede wszystkim dla pacjentów (małe nacięcie gałki ocznej z małym odczynem zapalnym, krótki pobyt w szpitalu, wysoka skuteczność), a także dla operatora (stosunkowo prosta technika implantacji, przy wysokiej skuteczności). Jedyną wadą stosowania MIGS jest ich stosunkowo obecnie wysoki koszt, szczególnie w porównaniu do trabekulektomii. Uwarunkowania finansowe sprawiają, że mimo wysokiej skuteczności i małej inwazyjności, nie jest to metoda szeroko stosowana. Obecnie według konsultanta krajowego w dziedzinie okulistyki, prof. Marka Rękasa, zabiegi przeciwjaskrowe typu MIGS powinny stanowić około 20 proc. wszystkich zabiegów tego typu (uwarunkowania finansowe). Wprowadzenie zabiegów MIGS w leczeniu jaskry stanowi ważny krok naprzód w zapewnieniu pacjentom różnorodnych i skutecznych technik operacyjnych.

Przemysław Prais

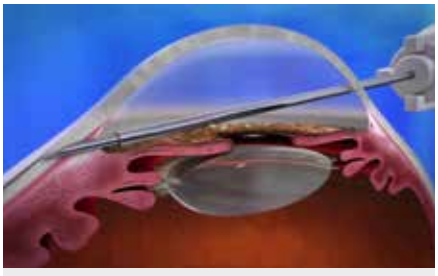
Izabela Radowska o sobie

Specjalista chorób oczu, absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. W WSS od 2011 r. Będąc specjalistą chorób oczu, szczególną uwagę poświęcam najnowszym trendom i osiągnięciom w diagnostyce oraz terapii jaskry. Moje szkolenia w tym zakresie obejmują min. staż zagraniczny w Klinice Okulistyki Uniwersytetu Medycznego im. Johannesa Gutenberga w Mainz. Dzięki zdobytej wiedzy pragnę wdrożyć innowacyjne metody leczenia tej choroby w naszym szpitalu.



Widok operowanego oka na monitorze

Implant ma długość 6 mm



Graficzne przedstawienie zabiegu

100 000 złotych dla neurochirurgów ze Szpitala Wojewódzkiego

Taką kwotę przekazał Michelin Polska po akcji Kilometry Pomocy, która odbyła się w niedzielę 2 września na Plaży Miejskiej w Olsztynie.

Uczestnicy tej charytatywnej imprezy pokonywali dystans na rowerach, pieszo z kijkami oraz biegnąc.

Charytatywne przedsięwzięcie zgromadziło tysiące osób. W samych konkurencjach sportowych wzięło udział ogółem 1030 osób. Z tego w przejeździe rowerowym – 175, w marszu nordic walking – 105, w biegu – 532, zaś w Biegu Junior – 218. Rowerzyści rywalizowali na pętli długości 5,5 km, maszerujący z kijkami – 1 km, dorośli biegacz – 1,7 km, a dzieci – 1 km. Każda grupa przez określony czas (rowerzyści i biegacze przez godzinę, nordic walkerzy przez 30 minut, dzieci miały do pokonania jedną pętlę) pokonywała swoją trasę. Za każdy kilometr Michelin płacił określoną kwotę.

W barwach Szpitala Wojewódzkiego pobiegli: Danuta Achmatow, Mariusz i Edyta Angowscy, Adam Cybulski, Łukasz Łucewicz, Stanisława Masłowska, Aleksander Och, Przemysław i Marika Nowikowie, Beata i Marta Wachowicz, Marlena Wiska. Z kijkami pomaszerował dr Jacek Smółka. W Biegu Junior dla dzieci Szpital reprezentowali: Nina Łucewicz, Filip Nowik, Maksymilian Och, Kornelia i Maksym Staszałek oraz Karina i Adrian Wiski. Na rowerach zaś pojechali dr Waldemar Och z żoną Joanną i dr Andrzej Tutaj. Jak więc widać z tego zestawienia najsilniejszą reprezentację wystawił Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, którego przedstawiciele poza udziałem w biegu pomagali także w promocji Szpitala, rozdając innym uczestnikom Kilometrów Pomocy słodycze i baloniki oraz zachęcając najmłodszych do malowania kolorowanek. W szpitalnym namiocie Barbara Szymczuk, Marta Leszczyńska, Krystyna Rohun z niżej podpisanym rozdawali materiały informacyjne o WSS w Olsztynie oraz ulotki o zasadach dawstwa organów.

Uczestnikom imprezy i pozostałym gościom czas umilały atrakcje towarzyszące przygotowane przez Michelin: dmuchańce na plaży, Wyspa Skarbów, Autochodzik; animacje dla dzieci przy scenie (warsztaty, mega bańki, zabawy); symulator dachowania, który udostępnił Wojewódzki Ośrodek Ruchu Drogowego w Olsztynie. Zaprezentował się także wolontariatu pracowniczy Michelin „Moc Dobra".

Po południu na scenie ogłoszono wyniki całodziennych zmagań. Jarosław Michalak, prezes Michelin Polska przekazał czek na 100 000 zł dr Jerzemu Górnemu, zastępcy ds. lecznictwa dyrektora Szpitala Wojewódzkiego oraz dr hab. Waldemarowi Ochowi, ordynatorowi oddziału neurochirurgicznego.

Przekazana kwota zostanie przeznaczona na zakup sprzętu do wykonywania operacji mózgu przez neurochirurgów. – Jesteśmy bardzo

wdzięczni za ten dar, który pomoże nam w leczeniu pacjentów – mówił dr Och.

– Obowiązkiem każdej firmy jest społeczna odpowiedzialność biznesu. Nie należy tylko zarabiać, ale jest wiele elementów, które trzeba wspierać. W tym roku zbieramy na urządzenie dla oddziału neurochirurgii Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie – stwierdził Jarosław Michalak, prezes Michelin Polska.

– To sprzęt do kraniotomii. Kraniotomia to część zabiegu operacyjnego, polegająca na otwarciu głowy. Nie możemy tego robić jakimiś zwykłymi narzędziami, do tego służą specjalne urządzenia. Mamy takie, ale są mocno zużyte, gdyż każde z nich jest używane kilkaset razy w roku – wyjaśniał dr Waldemar Och.

W rozmowie z Pulsem Szpitala dr Waldemar Och dodaje, że kraniotomia stanowi część praktycznie każdej procedury neurochirurgicznej wykonywanej na głowie pacjenta. Otwiera płaty czaszkowe, umożliwić wykonanie zabiegów, takich jak np. usunięcie guza mózgu, czy innych zmian patologicznych w obrębie czaszki. – Takich zabiegów wykonujemy ponad tysiąc rocznie, bywa że nawet kilka razy w ciągu doby. Ratują one życie pacjentom onkologicznym i urazowym. Tak więc sprzęt do kraniotomii jest niezbędny, używany niemal non stop, dlatego się zużywa – mówi ordynator neurochirurgii.

Wyjaśnia też, że zestaw do kraniotomii to napęd silnikowy, przenoszony na różnego rodzaju końcówki, które dzięki uzyskaniu kilku tysięcy obrotów umożliwiają wycięcie płata czaszkowego, ale i wykonanie dojścia do podstawy jamy czaszkowej.

– Inicjatywa Kilometrów Pomocy Michelina jest wspaniała, dając wiele dla oddziału. Jesteśmy za to bardzo wdzięczni. Zapewniam, że sprzęt będzie służył pacjentom z Olsztyna, regionu, a także mieszkańcom innych części Polski, którzy leczą się w naszym szpitalu – mówi dr Och. – Tak jak inni pracownicy oddziału wziąłem czynny udział w zawodach. Byliśmy wraz z żoną i synami pod dużym wrażeniem imprezy, uczestniczyło w niej wiele osób, które zechciały pomóc naszym pacjentom. Także im jestem bardzo wdzięczny.

I dodaje, że Michelin nie pierwszy raz wspiera kierowany przez niego oddział. – Kilkanaście lat temu z inicjatywy dyrektora Jarosława Michalaka otrzymaliśmy endoskop oraz kilka monitorów do rejestrowania funkcji życiowych pacjentów – wspomina Waldemar Och.

Imprezie patronował Piotr Grzymowicz, prezydent Olsztyna.

Przemysław Prais

Dlaczego warto pracować w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym

WSS w Olsztynie to największy pracodawca dla pracowników medycznych w Olsztynie, dający stabilne zatrudnienie oraz możliwość rozwoju zawodowego. Szpital zatrudnia około 1000 pracowników w tym ponad 50% stanowią pielęgniarki i położne. Pisząc o pielęgniarkach mam na uwadze również pielęgniarzy. Wykonywanie zawodu pielęgniarki, położnej wymaga posiadania odpowiednich kwalifikacji. Kwalifikacjami podstawowymi do wykonywania zawodu jest ukończenie studiów zawodowych z zakresu pielęgniarstwa lub położnictwa i uzyskanie tytułu licencjata. Pielęgniarki, które uzyskały tytuł zawodowy pielęgniarki, położnej w wyniku innych, wcześniej obowiązujących form kształcenia nie tracą nabytych uprawnień.

Od kilku lat pielęgniarki i położne bardzo aktywnie podnoszą kwalifikacje zawodowe kształcąc się na poziomie studiów magisterskich, uzyskując tym samym tytuł magistra pielęgniarstwa lub położnictwa. Drugim bezwzględnym warunkiem wykonywania zawodu jest posiadanie Prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, nadawane w sposób formalny przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych.

Szpital pełni zadania szpitala specjalistycznego, zakwalifikowanego do sieci Szpitali III poziomu zabezpieczenia opieki medycznej. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie to wielospecjalistyczna placówka ochrony zdrowia, oferuje zatem możliwość wyboru oddziału, specjalności, którym pielęgniarka jest zainteresowania, potencjalnie chce się doskonalić i rozwijać zawodowo. Jest instytucją stale rozwijającą się, uruchamiane są nowe działalności, nowe komórki organizacyjne, oddziały, pracownie diagnostyczno-zabiegowe, zmienia się ich zakres pracy czy też baza łóżkowa.

Liczba łóżek w szpitalu na przestrzeni czasu nieco zmieniała się, powstały nowe oddziały, jednocześnie szpital realizuje program dostosowawczy w zakresie infrastruktury do wymagań prawa, wg którego poprawiają się warunki techniczne oddziałów, ale zmniejsza się liczba łóżek. Od 1 lipca 2017 r. realizowane są zadania Stacji Dializ. Obecnie szpital dysponuje 530 łóżkami w tym 29 stanowią łóżka Stacji Dializ.

Systematycznie gromadzi się liczne dane dotyczące funkcjonowania szpitala w tym liczby pracowników, leczonych pacjentów, wykonywanych zabiegów i badań, wykorzystania łóżek w poszczególnych oddziałach. Wykorzystanie łóżek w oddziałach jest zmienne i w dużej mierze zależne od wysokości kontraktu podpisanego z NFZ. W poszczególnych oddziałach wacha się od 50 % do 100 %. Średnie wykorzystanie kształtuje się na poziomie ok. 75 %. Co oznacza, że każdego dnia w szpitalu jest średnio około 25 % łóżek wolnych.

Tabela 1. Liczba łóżek w szpitalu

Rok	2010	2013	2015	2016	2017	2018
Liczba łóżek	**446**	**439**	**479**	**477**	**487** + 29 Stacja Dializ	**530**

Tabela 2. Liczba pacjentów leczonych w oddziałach szpitala (nie uwzględniono pacjentów SKOR i Stacji Dializ)

Rok	2010	2013	2015	2016	2017
Liczba pacjentów	20 205	19 735	22 374	23 838	24 646

Tabela 3. Wskaźnik obłożenia łóżek

Rok	2010	2013	2015	2016	2017
Wskaźnik obłożenia łóżek	79,7%	72,2%	69,9%	74,3%	75,2%

Tabela 4. Stan zatrudnienia pielęgniarek i położnych w latach 2010r.–2017 r. na dzień 31 grudnia oraz stan zatrudnienia na dzień 01.08.2018 r. (w etatach przeliczeniowych)

POZIOM ZATRUDNIENIA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH uwzględniono Stację Dializ od 01.07.2017 r.

2010	2013	2015	2016	2017	2018 1 sierpnia	Różnica w etatach przeliczeniowych 2015-2018	Różnica %
427	**466**	**507**	**525**	**553**	**575**	**68**	**11.8%**

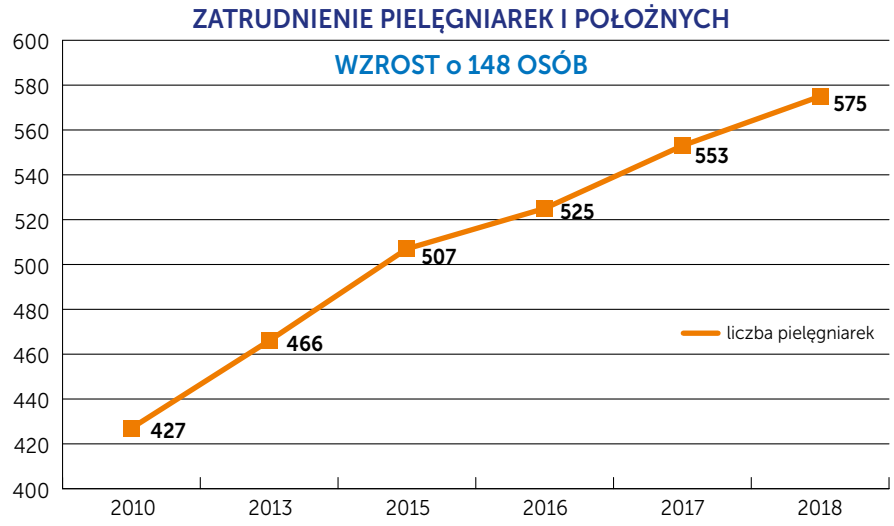
Liczba pielęgniarek na przestrzeni lat systematycznie wzrasta

Wzrost jest pochodną zmieniającej się struktury szpitala, wzrastającego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, zmian organizacyjnych w tym zmian polityki kadrowej. Zmiana zasad kształcenia w zawodach pielęgniarki i zaprzestanie kształcenia położnych w Olsztynie, wdrożona na początku lat dwutysięcznych, spowodowała znaczny niedobór pielęgniarek i położnych. Szpital w celu zapewnienia bezpiecznej liczby pracowników podejmował decyzję o zatrudnieniu pracowników na różne inne formy zatrudnienia niezależnie od umowy o pracę w granicach obowiązującego prawa.

Tabela 4 przedstawia stan zatrudnienia pielęgniarek i położnych z uwzględnieniem różnych form zatrudnienia w tym umowy cywilno-prawne tzw. kontraktowe oraz umowy –zlecenie (w etatach przeliczeniowych). Wymiar dzienny czasu pracy wynosi 7 godzin i 35 minut, tak więc miesięczny czas pracy wynosi średnio 160 godzin. Pielęgniarki zatrudnione na umowę o pracę, pracują w systemie pracy zmianowej, zgodnie z prawem, maksymalny czas pracy dobowej w systemie zmianowym wynosi 12 godzin.

Wykres 1 przedstawia progres zatrudnienia na przestrzeni lat 2010-2018. W roku 2018 – stan zatrudnienia na dzień 1 sierpnia.

Mocą aktów prawnych Szpitale zobligowane są do obliczania minimalnej normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w poszczególnych oddziałach. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. nałożyło obowiązek obliczenia minimalnej normy dla wyszczególnionych oddziałów wg zdefiniowanej w rozporządzeniu metodologii, w odstępach 3 letnich. Szpital spełnia wymagania norm zatrudnienia wyżej wymienionego rozporządzenia jak i innych rozporządzeń odnoszących się do obszaru anestezjologii i intensywnej terapii, oddziałów udarowych itd. Zatrudnienie w szpitalu



Wykres 1.

Pielęgniarki zatrudniane są na różne rodzaje umów, zależne od osobistego zainteresowania. Zdecydowanie przeważającą formą zatrudnienia są umowy o pracę.

Wykres 2 przedstawia liczbę pielęgniarek i położnych zatrudnionych w szpitalu na umowę o prace, umowę cywilno-prawną (kontraktowa), umowę zlecenie (etaty przeliczeniowe).

Elastyczna regulacja zabezpieczenia obsady pielęgniarskiej

Podstawę zatrudnienia stanowią umowy o pracę, czyli tzw. kodeksowe. W przypadku braku możliwości zabezpieczenia niezbędnych godzin pracy, pojawiających się nieobecności z powodu choroby, dodatkowych urlopów w tym szkoleniowych, obsada stanowiska pracy uzupełniana jest przez pielęgniarki, położne współpracujące ze szpitalem w ramach umów–zlecenie. W przypadku nagłych, zabezpieczenie stanowisk zapewniane jest także przez pracę pielęgniarek szpitala realizowane w ramach godzin nadliczbowych. Liczbę nadgodzin przedstawiono w przeliczeniu na etaty (**tabela 6**). Dzięki tym rozwiązaniom obsada stanowisk pracy w oddziale nie ulega zmniejszeniu w przypadku różnego rodzaju nieobecności. Ponadto obsada pielęgniarek/położnych w oddziałach jest zwiększana w przypadku wzrostu zapotrzebowania pacjentów na opiekę bezpośrednią na podstawie bieżącej oceny zapotrzebowania, dokonywanej przez kadrę kierowniczą oddziałów.

Wykres 3 przedstawia poziom obciążenia pracą na podstawie wskaźnika liczby pielęgniarek przypadających na jedno łóżko. Wskaźnik ten systematycznie wzrasta.

zdecydowanie przewyższa normy zatrudnienia obliczone w oparciu RMZ z 2012 r.

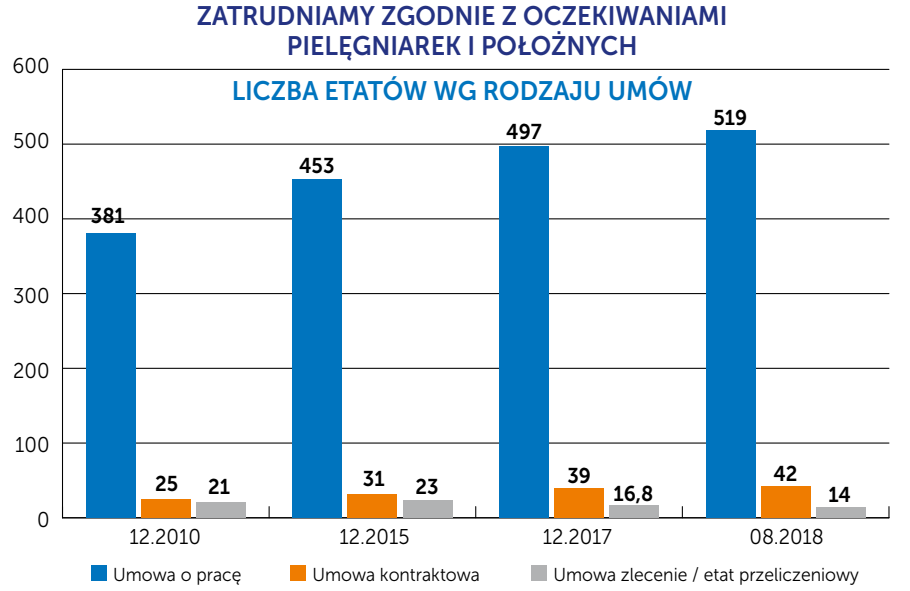
Szpital spełnia wymagania przyszłych norm zatrudnienia

W 2019 r. przewidywane są zmiany zasad obliczania norm zatrudnienia dla szpitali; RMZ z dnia 11.10.2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie lecznictwa szpitalnego. Normy będą obliczane wg wskaźników:

0,6 x liczba łóżek w oddziale zachowawczym oraz

0,7 x liczba łóżek w oddziale zabiegowym

Odpowiednie nomy wskaźnikowe dotyczą również oddziału położniczo-ginekologicznego, neonatologicznego, bloku operacyjnego. Obecny stan zatrudnienia pielęgniarek i położnych w szpitalu pozwoliłby na spełnienie nowych wymagań po dokonaniu ewentualnych korekt w poszczególnych oddziałach.



Wykres 2. Zatrudnienie wg rodzajów umów na przestrzeni lat 2010–2017

Tabela 5. Wyniki wyliczeń minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wg RMZ w 2014 i 2017 r.

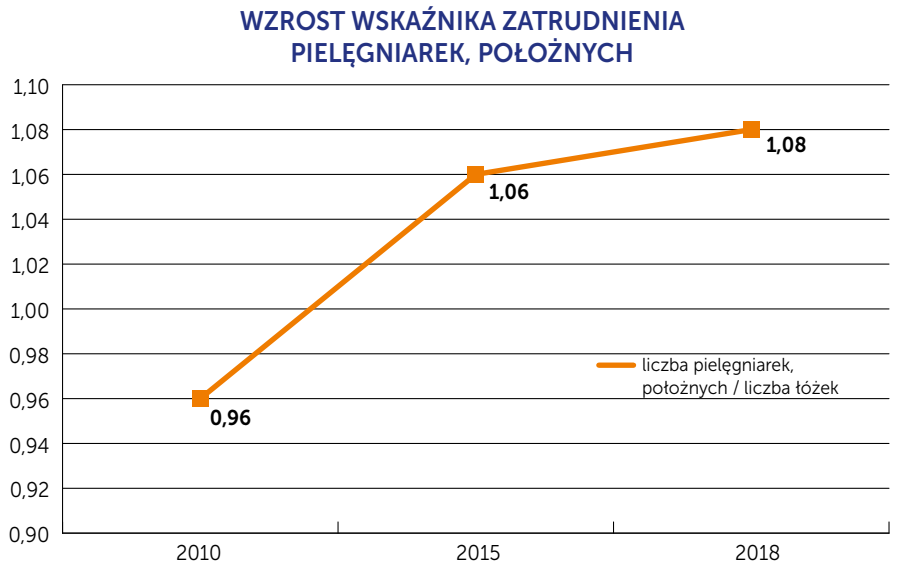
SPEŁNIAMY WYMAGANIA PRAWNE
wg RMZ 2012 r.
zatrudniamy powyżej normy o 89 osób

	Obliczona minimalna norma dla 17 oddziałów	Stan zatrudnienia	Różnica
Marzec 2014 r.	156	253	97
Marzec 2014 r.	193	282	89

Tabela 6. Liczba godzin pracy zakupionych w postaci umowy zlecenia i nadgodzin

Rok/rodzaj umowy	2010	2013	2015	2016	2017	31.07.2018
Umowa zlecenie/etat/ miesiąc*	21	16,5	23	19,1	16,8	14
Nadgodziny/etat/ miesiąc*	0	0,6	2,1	2,6	7	12,5

* etat przeliczeniowy 160 g



Wykres 3. Wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek i położnych w stosunku do liczby łóżek

Pomimo dużego braku pielęgniarek na rynku pracy liczba zatrudnionych systematycznie wzrasta. W okresie od 1 sierpnia 2018 r. do 1 października 2018 zostało zatrudnionych 11 osób, co spowodowało wzrost zatrudnienia na umowę o pracę do poziomu 523.

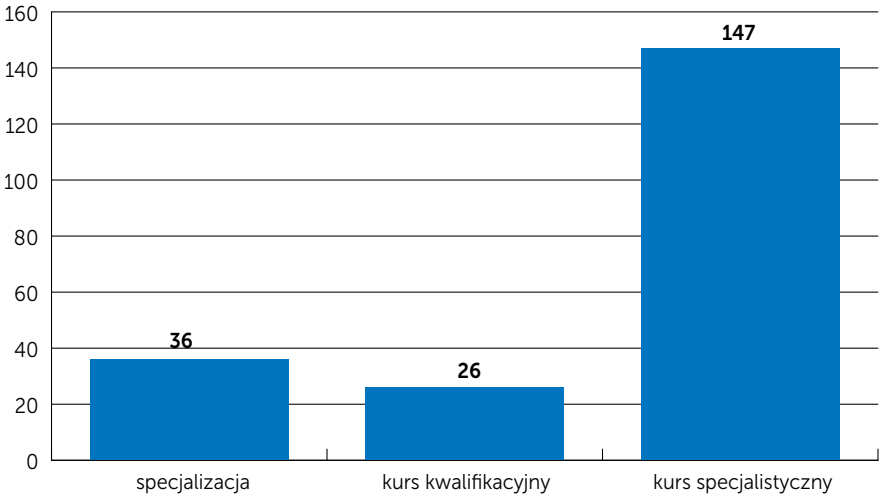
Dbamy o rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych

Zarówno Szpital jak nasi pacjencie są wymagający. Świadczenia realizowane w szpitalu wymagają wiedzy i doświadczenia. Szpital chętnie zatrudnia pracowników o wysokich kwalifikacjach oraz motywuje do podnoszenia kwalifikacji zarówno w kształceniu ustawicznym jak i podyplomowym. Przyjęty system podnoszenia kwalifikacji zapewnia szkolenia doskonalące wewnątrzszpitalne na poziomie poszczególnych oddziałów oraz ogólnoszpitalne. Są to szkolenia bezpłatne dla pracowników, mimo, że niejednokrotnie kosztowne dla pracodawcy.

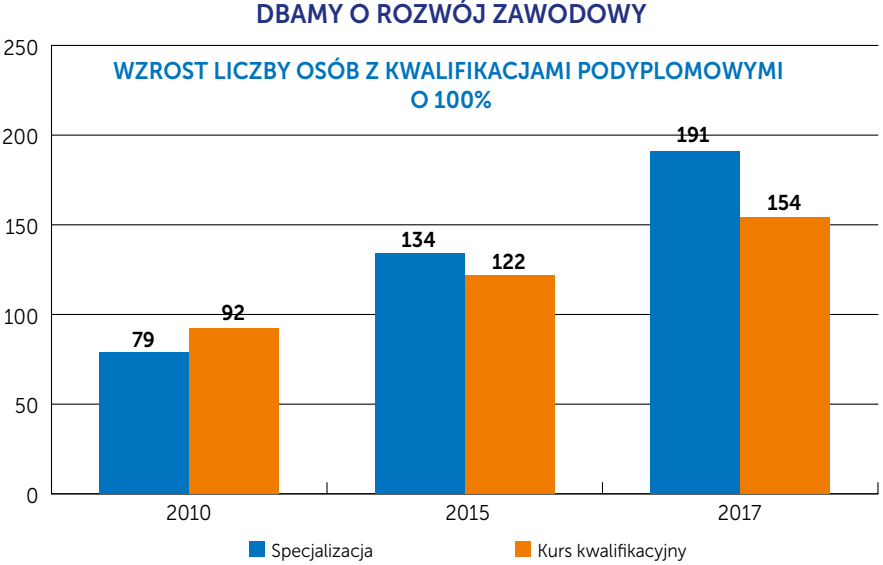
W każdym roku przygotowywany jest plan szkoleń wewnętrznych i szkoleń zewnętrznych. Konstrukcja planu poprzedzona jest gromadzeniem potrzeb szkoleniowych, które może zgłosić zarówno pracownik jak i kierownik każdej komórki organizacyjnej. Jest to bardzo ważne, gdyż każdy pracownik może wyrazić swoje potrzeby, a dyrektor może zabezpieczyć pieniądze w budżecie szpitala. Wykres 4 przedstawią liczbę pielęgniarek i położnych, które ukończyły różne formy kształcenia podyplomowego w 2017 r. Kurs specjalizacyjny w różnych dziedzinach pielęgniarstwa ukończyło 36 osób, kurs kwalifikacyjny – 26 osób, kurs specjalistyczny 147 osób.

Każdy rodzaj kształcenia nadaje określone uprawnienia, każdy jest cenny i oczekiwany gdyż oprócz uprawnień wzbogaca wiedzę i świadomość zawodową, co niewątpliwie wpływa na jakość sprawowanej opieki. **Wykres 5** przedstawia wzrastający poziom kwalifikacji podyplomowych pielęgniarek i położnych na przykładzie 2010 r., 2015 r. i 2017 r. W 2017 r. 191 osób posiadało uprawnienia i tytuł specjalisty, 154 osoby posiadają kursy kwalifikacyjne w tym, w dużej mierze są to kursy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej terapii oraz pielęgniarstwa operacyjnego. Liczba osób z wymienionymi kwalifikacjami wzrosła o około 100%.

Szkolenia podyplomowe zewnętrzne takie jak: kursy specjalizacyjne, kursu kwalifikacyjne czy specjalistyczne są kursami realizowanymi przez uprawnione podmioty zewnętrzne. Są to kursy długotrwające i kosztowne, np. kurs specjalizacyjny obejmuje około 800 godzin kształcenia i trawa 2 lata. Koszt uczestnictwa w kursie ok. 5-6 tysięcy. Niektóre kursy szpital postrzega, jako szczególnie pożądane lub niezbędne do realizacji zadań lub czynności i dlatego partycypuje w ich kosztach.



Wykres 4. Rodzaje i liczba kursów zrealizowanych przez pielęgniarki i położne w 2017 r.



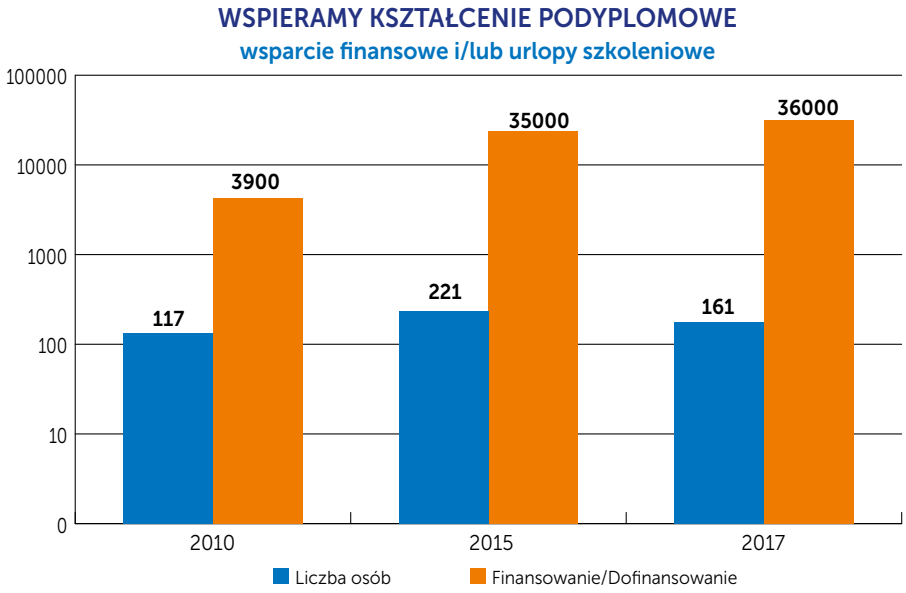
Wykres 5. Liczba pielęgniarek i położnych oraz poziom kwalifikacji podyplomowych w latach 2010-2017

Partycypacja polega na:

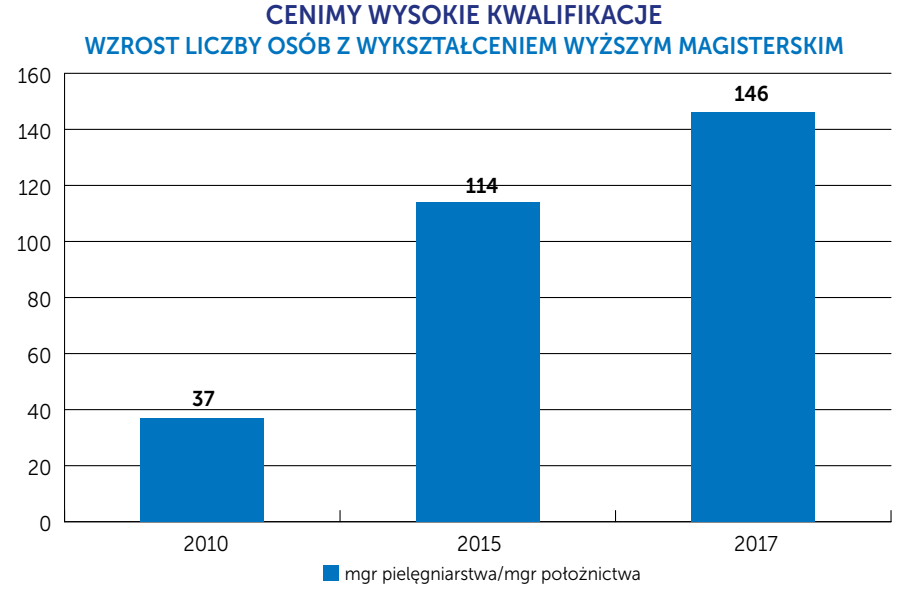
- pokryciu całego kosztu szkolenia i udzieleniu urlopu szkoleniowego np. kursy dotyczące leczenia krwią
- pokryciu częściowego kosztu szkolenia i zapewnieniu refundacji z innej instytucji jak Krajowy Fundusz Szkoleniowy czy Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych np. koszt szkoleń z zakresu leczenia bólu, anestezjologii, dializoterapii
- pokryciu częściowego kosztu kształcenia np. kurs kwalifikacyjny lub specjalizacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego lub operacyjnego, udzielenie urlopu szkoleniowego na cały okres szkolenia lub część okresu szkolenia.

Wykres 6 obrazuje udział szpitala w finansowaniu kształcenia podyplomowego na przestrzeni wybranych lat; liczba osób korzystających ze wsparcia oraz łączne kwoty finansowania.

Niezależnie od wymienionych form doskonalenia pracownicy mogą wnioskować do dyrektora o udzielenie delegacji i pokrycie kosztów uczestnictwa w konferencjach lub indywidualnych formach doskonalenia. W 2017 r. pielęgniarki i położne uczestniczyły w 46 konferencjach, sympozjach. Coraz więcej osób kontynuuje kształcenie w ramach studiów II stopnia i uzyskuje tytuł magistra pielęgniarstwa lub położnictwa. Szpital nie dofinansowuje tej formy kształcenia, ale panie pielęgniarki oddziałowe wykazują dużo zaangażowania w organizacji rozkładów pracy, tak, aby ułatwić czy też umożliwić tą formę edukacji.



Wykres 6. Partycypacja szpitala w kosztach kształcenia



Wykres 7. Liczba pielęgniarek i położnych z wykształceniem wyższym magisterskim

Szpital jest bazą dydaktyczną w kształceniu przed i podyplomowym dla różnych zawodów medycznych

Współpracujemy z wieloma instytucjami. W kształceniu przed dyplomowym współpracujemy przede wszystkim z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim. Studenci w ramach zajęć praktycznych i praktyk zawodowych zdobywają wiedzę i umiejętności pod kierunkiem i nadzorem pielęgniarek i położnych pracujących w oddziałach, posiadających odpowiednie przygotowanie i doświadczenie zawodowe. Pielęgniarki i położne uczestniczą w przygotowaniu zawodowym następnych pokoleń, jako organizatorzy kształcenia, opiekunowie i wykładowcy UWM. Szpital współpracuje również z wieloma instytucjami prowadzącymi kursy w ramach kształcenia podyplomowego. Pracownicy spełniają bardzo ważną rolę kierowników kursów specjalistycznych, kwalifikacyjnych, specjalizacyjnych, wykładowców i opiekunów staży.

Wynagrodzenie pielęgniarek i położnych wzrasta

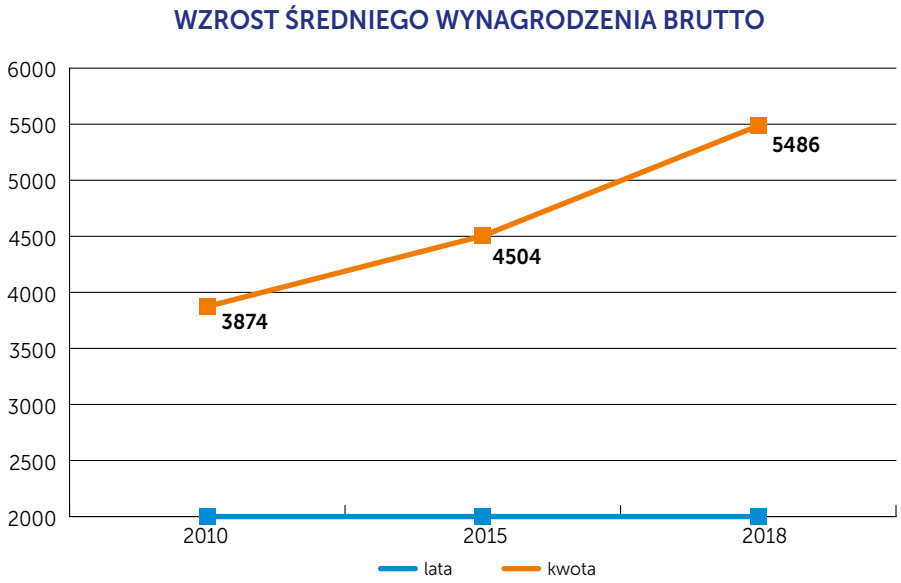
Poziom kwalifikacji jest nierozerwalnie związany z wynagrodzeniem zmieniającym się zależnie od poziomu kwalifikacji i doświadczenia zawodowego. **Wykres 8** obrazuje wzrost średniego wynagrodzenia brutto na przestrzeni lat 2010 – 2018. W 2018 r. uwzględniono średnie wynagrodzenie za pierwsze półrocze.

Ścieżka wzrostu wynagrodzenia jest określona i przewidywalna

W szpitalu funkcjonuje przejrzysty system wynagradzania. Tabela poniżej obrazuje zależność wynagrodzenia podstawowego brutto od poziomu kwalifikacji podstawowych i podyplomowych, tj. posiadania tytułu magistra pielęgniarstwa, położnictwa, mgr innej specjalności niż pielęgniarstwa, tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa oraz nabytego doświadczenia wyrażonego w latach. Wartości brutto uwzględniają kwoty czterech podwyżek, które zostały włączone do podstawy wynagrodzenia. **Tabela 7** nie uwzględnia dodatków za pracę w godzinach nocnych, świątecznych, dodatku stażowego, dodatku funkcyjnego. Dodatki te należy doliczyć zgodnie z opisem przedstawionym poniżej.

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wzrost wynagrodzenia poszczególnych osób w stosunku do września 2015 r. nie może być mniejszy niż 1100 zł netto, tj. 1600 zł brutto, brutto.

Ponadto szpital realizuje postanowienia Ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne



Wykres 8. Wzrost średniego wynagrodzenia brutto pielęgniarek i położnych. Stan na 30 czerwca 2018 r.

zatrudnionych w podmiotach leczniczych w wyniku, której dodatkowo wzrosły wynagrodzenia pielęgniarek i położnych z tytułem magistra pielęgniarstwa, położnictwa i specjalizacją z zakresu pielęgniarstwa lub położnictwa.

Realizacja postanowień ustawy przedstawia się następująco:

1) od 01.07.2017 r. – wzrost wynagrodzenia o 10% dla mgr pielęgniarstwa i położnictwa ze specjalizacją. Podwyżka dotyczyła 57 osób, wzrost w granicach 23,3 zł – 83,3 zł.
2) od 01.07.2018 r. – wzrost wynagrodzenia o 20% dla mgr pielęgniarstwa i położnictwa ze specjalizacją. Podwyżka dotyczyła 55 osób, wzrost w granicach 42 zł – 150 zł.

Wysokość wynagrodzenia pielęgniarki i położnej w Szpitalu zależy od:

1. kwalifikacji
2. stażu pracy
3. dodatku stażowego zależnego od ilości przepracowanych lat, rosnąco – od 5% – do 20%. Prawa do tego dodatku pracownik nabywa po przepracowaniu 5 lat na umowę o pracę, staż liczony jest łącznie niezależnie od dotychczasowych miejsc zatrudnienia. Dwukrotnie premiujemy doświadczenie, wynagrodzenie wg tabeli plus dodatek stażowy tzw. kodeksowy.
4. liczby godzin przepracowanych w porze nocnej – za które wypłacany jest dodatek za pracę w godzinach nocnych w wysokości 65% stawki godzinowej; naliczany od wynagrodzenia zasadniczego brutto
5. liczby godzin przepracowanych w godzinach świątecznych – za które wypłacany jest dodatek za pracę w godzinach świątecznych w wysokości 45% stawki godzinowej; naliczany od wynagrodzenia zasadniczego brutto. W naszym szpitalu za godziny świąteczne uznaje się godziny pracy w sobotę, niedzielę oraz inne dni ustawowo wolne od pracy.
6. w przypadku pracy w godzinach nadliczbowych od liczby zrealizowanych godzin nadliczbowych pracy, płatnych w zależności od rodzaju przepracowanych godzin zwykłych, nocnych lub świątecznych w wysokości:
   a) dodatkowe 50 % do stawki godzinowej za pracę w godzinach zwykłych
   b) dodatkowe 100 % do stawki godzinowej za pracę w godzinach nocnych lub świątecznych.

Tabela 7. Zaszeregowanie płac pielęgniarek i położnych – stan na dzień 01.09.2018 r.

	0-1	1-5	6-10	11-20	powyżej 21 lat
Pielęgniarka, położna bez dodatkowych kwalifikacji	3472	3622	3822	4022	4232
Pielęgniarka, położna inny mgr	3572	3722	3922	4122	4332
Pielęgniarka, położna ze specjalizacją	3642	3812	4012	4212	4412
Mgr pielęgniarstwa, położnictwa	3642	3792	3992	4192	4402
Mgr pielęgniarstwa, położnictwa ze specjalizacją	brak	4095	4239	4383	4527

Dodatkowe składniki wynagrodzenia

Premiowane jest doświadczenie i zaangażowanie pracowników. Nagrody jubileuszowe wypłacane pracownikom po przepracowaniu określonej liczby lat:

75% miesięcznego wynagrodzenia po 20 latach pracy
100% miesięcznego wynagrodzenia po 25 latach pracy
150% miesięcznego wynagrodzenia po 30 latach pracy
200% miesięcznego wynagrodzenia po 35 latach pracy
300% miesięcznego wynagrodzenia po 40 latach pracy.

Szpital uwzględnia całkowity staż pracy niezależnie od miejsca zatrudnienia.

Premiowany jest wysiłek pracowników. Premie dla pielęgniarek położnych w ostatnich latach:

- 2015 r. maj – 150 zł dla pielęgniarki położnej
- 2015 r. grudzień – 500 zł dla pielęgniarki, położnej
- 2016 r. grudzień – 650 zł dla pielęgniarki, położnej
- 2018 r. sierpień – 600 zł dla pielęgniarki, położnej.

Ponadto w szpitalu tworzony/gromadzony jest fundusz pracowniczy, w wyniku podziału, którego pracownicy otrzymują, zależnie od dochodu miesięcznego brutto na członka rodziny:

1) dofinansowanie do wypoczynku tzw. „wczasy pod gruszą";
2) dofinansowanie do zimowisk, kolonii i obozów dla dzieci.

Pielęgniarki, położne wykorzystują wiedzę i doświadczenie realizując zadania na stanowiskach kierowniczych. Nabór na niektóre ze stanowisk jak: stanowisko pielęgniarki, położnej oddziałowej, przełożonej pielęgniarek prowadzony jest w ramach postępowania konkursowego przeprowadzanego w oparciu o wymagania prawne. Niezależnie od tych stanowisk pielęgniarki i położne realizują inne zadania miedzy innymi: pielęgniarek koordynujących, kierownika bloku operacyjnego, koordynatora terapii onkologicznej, pełnomocnika ds. praw pacjentów, pełnomocnika dyrektora ds. jakości. Pielęgniarki w rozwoju zawodowym uzyskują specjalistyczne kwalifikacje i pełnią funkcje kierownicze w innych obszarach jak np. zarządzanie Działem Organizacyjnym i Funduszy Zewnętrznych, czy też Działem Zamówień Publicznych. Na rzecz urzędu Wojewody Warmińsko-Mazurskiego, jako konsultant w zakresie pielęgniarstwa położniczego realizuje zadania

Podczas obchodów Dnia Pielęgniarki i Położnej wyróżnione Pielęgniarki i Położne

położna pełniąca funkcję położnej oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

Należy zauważyć, że pielęgniarki i położne mają wpływ na organizację pracy i funkcjonowanie szpitala. Realizują się zawodowo jako członkowie komisji przetargowych czy zespołów problemowych, audytorzy systemu zarządzania jakością, biorą udział w opracowywaniu procedur i instrukcji mających zastosowanie w opiece nad pacjentem.

Bezpieczeństwo pracowników i pacjentów

Mając na uwadze jakość udzielanych świadczeń medycznych pielęgniarki mają do dyspozycji szeroki wybór aparatury, sprzętu medycznego, materiału opatrunkowego, który jest wykorzystywany w opiece nad pacjentami. Zapewnia to komfort psychiczny i fizyczny oraz gwarancję realizacji bezpiecznych i wysokiej jakości świadczeń pielęgnacyjnych. Przykładem może być używanie tzw. bezpiecznych igieł do wkłuć, które po wyjęciu z tkanek automatycznie zamykają się, tak aby nie doszło do przypadkowego zranienia. Oddziały dysponują nieograniczoną ilością środków ochrony osobistej w tym najlepszej jakości rękawic, fartuchów ochronnych itp.

W szpitalu wyeliminowano ręczne procesy dezynfekcji i mycia narzędzi, co wydatnie zmniejsza zaangażowanie pielęgniarek i położnych na stanowisku pracy, ale również ogranicza ekspozycję na środki dezynfekcyjne. Do dezynfekcji i mycia rąk wykorzystywane są środki z gwarancją wysokiej jakości i ograniczonego drażniącego działania na skórę. Pielęgniarki, położne wykonują wiele czynności wymagających dezynfekcji i mycia rąk, dlatego dbamy o ich ręce zakupując środki do pielęgnacji i wyposażamy w nie stanowiska pracy. Procesy dezynfekcji, mycia, pakowania zestawów operacyjnych i zabiegowych odbywają się poza oddziałami i podobnie jak sterylizacja, transport do i z centralnej sterylizacji realizowane są przez pracowników, techników będących pracownikami Centralnej Sterylizatorni. Pracownicy CS wykonują w oddziałach przy użyciu nowoczesnych metod, dekontaminację powietrza i miejsc, w których przebywali pacjenci zakażeni niebezpiecznymi drobnoustrojami, co z całą pewnością poprawia komfort i bezpieczeństwo epidemiczne pracowników oddziałów.

Pracownicy posługują się bezpieczną aparaturą i urządzeniami, które w sposób systematyczny są kontrolowane i nadzorowane przez odpowiednie służby, co zmniejsza prawdopodobieństwo powtarzania czynności czy też niebezpieczeństwo dla pacjenta i pracownika.

Współpraca i praca zespołowa

Pielęgniarki, położne w realizacji zadań współpracują z lekarzami, ratownikami medycznymi, fizjoterapeutami, psychologami, ale również z pracownikami firm zewnętrznych. Pracownicy firm zewnętrznych wykonują usługi sprzątania, ale również, co bardzo ważne, usługi transportu pacjentów chodzących na terenie szpitala, transportu leków i innych elementów zaopatrzenia oddziału. Transportują również materiał biologiczny do pracowni diagnostycznych, transportują wyniki badań, a także aktywnie uczestniczą w transporcie pacjentów leżących w oddziale i poza oddziałem.

Firma zewnętrzna realizująca usługę żywieniowa pacjentów, zajmuje się dostarczeniem posiłków do oddziału, dokonuje dystrybucji posiłków dla pacjentów oraz zbiera naczynia po posiłkach. Powyższe działania pozwalają pielęgniarce ograniczać wykonywanie czynności prostszych i koncentrować się na pielęgnowaniu, udziale w diagnozowaniu i leczeniu.

Warunki infrastruktury są coraz bardziej komfortowe dla pacjentów i pracowników

W okresie 2010 r. – 2018 r. wyremontowano wiele pomieszczeń Szpitala w tym oddziały: ginekologiczno-położniczy, trakt porodowy, oddział neonatologiczny, gastroenterologiczny, transplantologiczny, nefrologiczny, chirurgiczny, blok operacyjny, centralną sterylizatronię pomieszczenia wielu pracowni diagnostycznych. Wybudowano i wyposażono szatnie dla personelu oraz nowoczesne sale konferencyjne sprzyjające realizacji działań edukacyjnych personelu.

Remonty przyczyniły się do poprawy funkcjonalności i estetyki pomieszczeń, ale przede wszystkich poprawiły warunki pracy. Pomieszczenia są klimatyzowane, oddziały posiadają punkty pielęgniarskie i pomieszczenia/przestrzenie socjalne.

Zauważamy i doceniamy się wzajemnie

Cieszymy się, kiedy nasi pracownicy odnoszą sukcesy. Profesjonalizm i empatię zauważają Pacjenci. Położna Pani Elżbieta Wójtowicz, została doceniona i wybrana przez pacjentki w ogólnopolskim konkursie Położna Roku. Z tej okazji odznaczenie wręczył jej marszałek województwa – więcej o tym wydarzeniu w relacji z uroczystego otwarcia Traktu porodowego.

Ocena zewnętrzna szpitala

Opieka i praca włożona w opiekę nad pacjentem została niejednokrotnie doceniona przez instytucje zewnętrzne. Szpital regularnie poddaje się ocenie zewnętrznej, wyrazem czego jest:

- **Certyfikat akredytacyjny.** Od 2004 r. regularnie, co 3 lata, działalność szpitala i opieka nad pacjentami oceniana jest przez Centrum Monitorowania, Jakości w Ochronie Zdrowia pod kątem stopnia spełnienia standardów akredytacyjnych Pozom spełnienia standardów akredytacyjnych klasuje szpital w pierwszej 30 szpitali w Polsce.
- **Certyfikat międzynarodowej normy ISO 9001: 2015** w zakresie zarządzania jakością – ocena certyfikująca prowadzona jest co 3 lata, ocena utrzymania systemu raz w roku.
- **Laur Pacjenta 2017/2018 –** przyznany przez organizację pacjentów.
- coroczny udział Szpitala w rankingu **Bezpieczny Szpital – w 2017 r. 16 miejsce w Polsce wśród szpitali zabiegowych, wielospecjalistycznych i onkologicznych**.

Z perspektywy czasu możemy jednoznacznie stwierdzić, że warunki pracy pielęgniarek i położnych zmieniają się nieustannie, i z całą pewnością są to zmiany pozytywne.

Zapraszamy do pracy i współpracy. Prowadzimy stały nabór pracowników. Informację mogą Państwo znaleźć na stronie internetowej www.wss.olsztyn.pl

Proponuję również kontakt telefoniczny 606582978 lub kontakt z Działem Służby Pracowniczej 89 5386250.

Hanna Taraszkiewicz
z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa
Pełnomocnik dyrektora ds. jakości

Medycyna i technologia

Zagrożenie atakami hakerów na systemy zabezpieczające nasze dane osobowe, to z całą pewnością duży problem. Ale okazuje się, że to nie jedyne zmartwienie programistów i projektantów systemów ochrony zdrowia.

Norweska badaczka cyberbezpieczeństwa istotnych infrastruktur dla Norwegii – Marie Moe, 6 lat temu nagle straciła pamięć. Obudziła się na podłodze. Lekarze stwierdzili, że to nie było zwykłe omdlenie – zatrzymało się jej serce i potem wznowiło pracę. Tej trzydziestoparolatce wszczepiono więc rozrusznik. Marie Moe przeczytała jego instrukcję obsługi i ze zdziwieniem stwierdziła, że ma w sobie moduł łączności bezprzewodowej, a ten może łączyć się z serwerem, by przekazać mu informacje o stanie pacjenta. Czyli jej serce było podłączone do Internetu rzeczy. Czyli było narażone na ataki hakerskie. Marie chciała się przed tym zabezpieczyć, ale producent nie udostępnił jej kodów. – Jak mam zaufać maszynie w moim ciele, która działa na zastrzeżonym kodzie, bez transparencji? – pytała retorycznie w magazynie „Wired". Od tego czasu Marie Moe poświęca życie temu zagadnieniu. Badaniu, czy hakerzy mogą się włamać do rozruszników serca. Bo większość z nich należy do Internetu rzeczy.

Zagadkowa śmierć hakera

Już w 2008 r. grupa badaczy prowadzona przez dr. Kevina Fu z Uniwersytetu Michigan opublikowała artykuł dowodzący, że możliwe jest uzyskanie wrażliwych danych personalnych z rozrusznika serca. Naukowcy udowodnili, że nawet można zmienić działanie rozrusznika czy zatrzymać go, zagrażając życiu pacjenta. Ale jest jedno „ale" – trzeba znaleźć się bardzo blisko takiego urządzenia, nie można tego zrobić z większej odległości.

Jeszcze ciekawsze wydarzenia miały miejsce w 2013 roku. Jack Barnaby – bardzo znany nowozelandzki haker i specjalista od cyberbezpieczeństwa – ogłosił, że na konferencji Blackhat Briefings w Las Vegas udowodni, że z odległości 15 m może kontrolować rozruszniki serca, a także pompy insulinowe i inne urządzenia medyczne. Pokaże, że z odległości 9 m można nawet zabić użytkownika takich sprzętów. Informacja zmroziła środowisko osób zajmujących się bezpieczeństwem urządzeń medycznych, bo Barnaby już wcześniej dowodził swojej skuteczności. W 2010 r. na publicznym pokazie zhakował 2 bankomaty i te zaczęły wydawać pieniądze. Do wykładu z pokazem nt. rozruszników jednak nie doszło. Bo 7 dni przed nim, 25 lipca 2013 r., Barnaby... zmarł w swoim mieszkaniu. Pół roku później policja ujawniła, że stało się to z przedawkowania narkotyków. Ale czy sam je sobie podał, czy ktoś mu w tym pomógł?

Trzy lata temu były wiceprezydent USA, Dick Cheney, wyznał w wywiadzie dla CBS News, że jeszcze w 2007 r. zdemontowano bezprzewodowe funkcje w jego rozruszniku serca. Właśnie z powodów bezpieczeństwa. Czyli zagrożenie było nie tylko teoretyczne...

FDA wchodzi do gry

Marie Moe po latach badań i poszukiwań twierdzi, że na razie nie udało się zdalnie – przez Internet – zhakować rozruszników. Ale jej ta informacja nie wystarcza – chciała sama się o tym przekonać. Razem z kolegą zaczęła hakować swój rozrusznik, dokładniej to taki sam zakupiony na eBayu za zebrane od donatorów pieniądze. Dołączyło do nich kolejnych 2 badaczy i teraz w 5 osób hakują rozrusznik w wolnym czasie.

Moe jeździ po świecie i uczula innych badaczy na ten problem. I inżynierów projektujących urządzenia medyczne. W 2015 r. Billy Rios zademonstrował, iż możliwe jest zhakowanie pomp infuzyjnych i zdalne zapodanie pacjentowi śmiertelnej dawki leków. Było to możliwe po stworzeniu update'u oprogramowania. To doprowadziło do pierwszego w historii FDA (Food and Drug Administration – agencja federalna w USA, która dopuszcza do użytku m.in. sprzęt medyczny) wycofania urządzeń medycznych z rynku. I to mimo iż nie zanotowano ani jednego przypadku śmierci pacjenta z powodu nieautoryzowanej ingerencji w software owych pomp. Urządzenia medyczne, które FDA dopuszcza do sprzedaży i użytku w USA nigdy dotychczas nie były wycofywane z użycia bez jednego udokumentowanego przypadku szkody dla pacjenta.

W połowie ub.r. FDA wydała ostrzeżenia dla 465 tys. użytkowników rozruszników marki Abbott nt. ryzyka cyberbezpieczeństwa. – Wszystkie podłączone do sieci urządzenia medyczne są potencjalnie narażone na cyberzagrożenia – głosił komunikat FDA. Agencja stwierdziła, że w przypadku rozruszników Abbotta takie ryzyko istnieje – za pomocą dostępnego na rynku komercyjnego sprzętu i oprogramowania można uzyskać nieautoryzowany dostęp do tych wrażliwych urządzeń medycznych. Dlatego też producent przygotował update oprogramowania, który znacząco minimalizuje ryzyko ze strony hakerów. Użytkownicy tych rozruszników mieli się zgłosić do swoich ośrodków opieki, by tam dokonano aktualizacji oprogramowania. FDA podkreślało w komunikacie, że na razie nie stwierdzono ani jednego przypadku śmierci użytkownika rozrusznika z powodu ataku hakerskiego.

Złam, jeśli potrafisz

Moe potwierdza to, co niedawno ogłosiło FDA – haker nie zabił żadnego użytkownika rozrusznika. Są ofiary, ale błędów konfiguracji, oprogramowania oraz wadliwych działań rozruszników. Ale nadal też nie wykluczono ryzyka cyberataków na rozruszniki. Oprócz prób włamania organizowanych przez swoją grupę badawczą, Moe prowokuje też do takich ataków prawdziwych hakerów. W magazynie „Wired" napisała tekst o wiele mówiącym tytule „Dalej, hakerzy, złamcie mi serce". Podobnie rękawicę prowokacji rzuca podczas swoich wystąpień w mediach na całym świecie i na TEDx. Bezskutecznie.

Rozrusznik szpiegiem

Kilka milionów Amerykanów z rozrusznikami serca może być spokojnych w kwestii ewentualnych włamań hakerów na ich urządzenia, ale już sprawa sądowa z Ohio z lipca ub.r. może im przyśpieszyć bicie serca w innych kwestiach. 59-letni Ross Compton był podejrzany o podpalenie własnego domu. Ross zaś twierdził, że tego nie zrobił, pożar go obudził i wówczas spakował się szybko i przez wybitą szybę wyskoczył z domu. Trudno było podważyć zeznania podejrzanego – do czasu, gdy okazało się, że Compton nosi w sobie... rozrusznik serca. Sędzia zdecydował, że jako dowód mogą być użyte zapisy z tegoż. Policja dostała sądowy nakaz „przeszukania" tego medycznego urządzenia, by sprawdzić, jak biło serce podejrzanego przed pożarem, w jego trakcie i po nim. Po analizie tych zapisów kardiolog stwierdził, że jest „wysoce nieprawdopodobne", by w tak krótkim czasie i w swoim stanie fizycznym, Compton mógł tak wiele rzeczy, często ciężkich, spakować i wynieść przed dom. Ergo – przygotował to wcześniej. 59-latka oskarżono o podpalenie. Sprawa odbiła się głośnym echem, bo to pierwszy przypadek, gdy dane z rozrusznika zostały użyte w sprawie kryminalnej przeciwko jego użytkownikowi. I gdy rozrusznik okazał się swego rodzaju... szpiegiem człowieka.

Beata Jastrzębowska
Kierownik Działu Statystyki
i Dokumentacji Medycznej

Źródło: „Służba Zdrowia" 6/2018

Pamięć i jej zagadki

cz. 29

Ataki padaczki mogą powodować specyficzne zaburzenia pamięci. Część z takich zaburzeń ma charakter przemijający, ale pozostała część utrzymuje się w ciągu życia, nawet po zastosowaniu skutecznej farmakoterapii. Co wiadomo o zaburzeniach pamięci w epilepsji?

Kolejny odcinek o amnezji, czyli stanie niepamięci. Poprzednio były omówione: ogólna charakterystyka zjawiska amnezji (odcinek 24), typy amnezji wstecznej, następczej i pourazowej (odcinki 25-27) oraz przemijająca amnezja całkowita – TGA (odcinek 28). W tym odcinku zajmiemy się przemijającą amnezją padaczkową.

PRZEMIJAJĄCA AMNEZJA PADACZKOWA

Klasycznym przypadkiem przemijającej amnezji padaczkowej jest opisywana przez Hughlingsa Jacksona w literaturze medycznej końca XIX wieku historia lekarza o inicjale Z. Podczas ataków padaczki Z. zachowywał świadomość i był zdolny realizować złożone zadania medyczne (pracował z dziećmi chorymi na gruźlicę), ale potem nie pamiętał tych zadań. Od czasu do czasu doświadczał też aury padaczkowej (nietypowe doświadczenia przed-napadowe, m. in. drobne omamy wzrokowe, węchowe, odczucia drętwienia, mimowolne ruchy warg). Po śmierci Z., w wyniku zatruciu chlorem, autopsja mózgowia wykazała niewielkie, pojedyncze uszkodzenie w obszarze haka w lewym zakręcie przyhipokampowym.

W studiach przypadków neurologicznych opisano sporo podobnych sytuacji, określanych jako *przemijająca amnezja padaczkowa* (TEA – *Transient Epileptic Amnesia*). TEA dotyczy osób dorosłych z epilepsją zlokalizowaną z płacie skroniowym mózgowia. Pierwsze przypadki TEA opisano w 1889 r. i dopiero w 1998 r. sformułowano kryteria diagnostyczne TEA jako podtypu epilepsji płata skroniowego (TLE – *Temporal Lobe Epilepsy*).

Diagnoza TEA musi spełniać trzy zasadnicze warunki: (1) powtarzalne i poświadczone epizody przemijającej niepamięci, (2) brak innych niż pamięciowe zaburzeń poznawczych podczas typowych napadów, (3) potwierdzenie diagnozy padaczki (przynajmniej jedno: nieprawidłowości w zapisie EEG, obecność cech klinicznych epilepsji – np. omamy węchowe, ewidentna reakcja na leki przeciwpadaczkowe).

Analiza wyników badań 50. pacjentów z TEA wykazała też inne cechy takiego zespołu. TEA występuje dość późno – mediana wynosi 62 r.ż., dotyczy częściej mężczyzn niż kobiet (proporcja 2:1). Sam epizod niepamięci jest krótki (30-60 minut), powtarza się średnio 12 razy w ciągu roku, występuje najczęściej w stanie czuwania (ok. 70%) i jest powiązany z omamami węchowymi oraz ruchami mimowolnymi (np. cmokanie, żucie).

DEFICYTY PAMIĘCI W TEA

Cechą charakterystyczną TEA są specyficzne zaburzenia pamięci. Podstawowym deficytem pamięci w TEA jest amnezja wsteczna i następcza okresie napadowym oraz ponapadowym. Pacjent może nie pamiętać poprzednich zdarzeń – jak opisany wcześniej lekarz, który nie pamiętał wykonywanych procedur medycznych – ale może też mieć trudności z zapamiętywaniem nowych informacji lub nowych zdarzeń (dlatego może nieustannie pytać o aktualną datę, o powód znajdowania się w określonym miejscu i wykonywania określonych czynności).

W trzech zdaniach

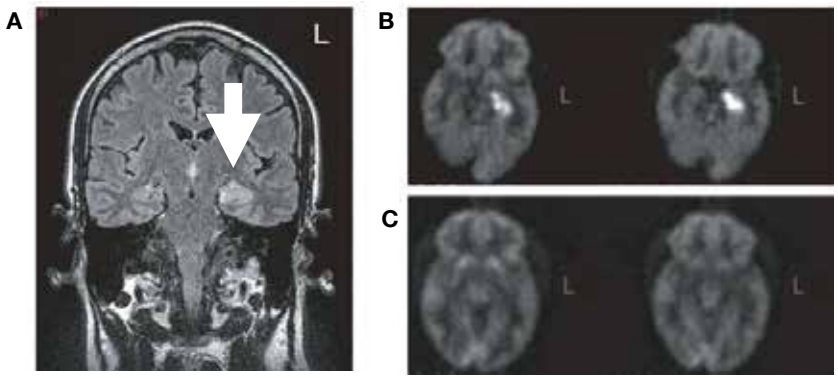
1. Przejściowa amnezja padaczkowa (TEA) typowo oznacza stany niepamięci wstecznej i następczej w okresie napadu padaczkowego oraz w okresie okołonapadowym.
2. Pacjenci z TEA ujawniają bardziej złożone deficyty pamięci pomiędzy napadami padaczki: przyspieszone zapominanie, selektywna niepamięć szczegółów z własnej historii życia i trudności w orientacji przestrzennej.
3. TEA może być mylona z TGA (przejściowa amnezja całkowita), amnezją psychogenną i otępieniem.

W tym czasie pacjenci są w stanie prowadzić samochód, grać na instrumencie czy prowadzić konwersację.

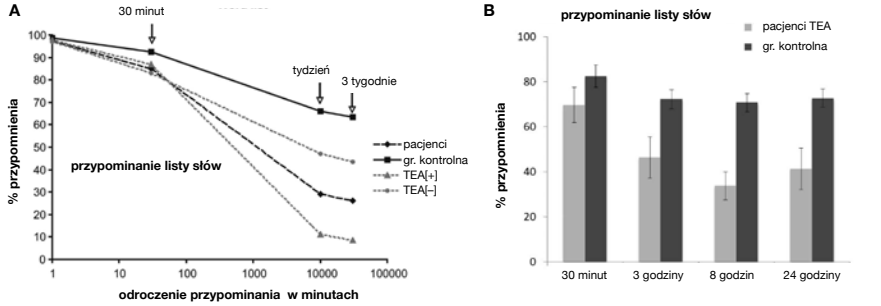
Ale okazuje się, że pacjenci z TEA ujawniają bardziej złożone deficyty pamięciowe. Pomimo skutecznej terapii farmakologicznej, która praktycznie eliminuje epizody amnezji padaczkowej, 81% pacjentów nadal skarży się na istotne trudności pamięciowe. Jednym z nich jest przyspieszone (w porównaniu do grupy kontrolnej) zapominanie informacji po 30. minutach od ich zapamiętywania. Około 44% pacjentów skarży się przy tym na gwałtowne zapominanie poprzednio zapamiętanych informacji w przeciągu dni i tygodni (zob. ramka *Efekt przyspieszonego zapominania w przemijającej amnezji padaczkowej (TEA)*). Przykładowo, jeden z pacjentów nie potrafił przypomnieć sobie, że oglądał tydzień wcześniej film ze swoją córką, choć następnego dnia po emisji był w stanie dyskutować o szczegółach filmu. Innym zgłaszanym deficytem (70% pacjentów) jest selektywna niepamięć własnej historii życia, np. ostatnich wakacji, uroczyści weselnych własnych dzieci (amnezja autobiograficzna). W tym wypadku pacjenci pamiętają ogólne dane o zdarzeniach, ale nie potrafią przywołać szczegółów zdarzeń. Przy tym w znacznie mniejszym stopniu jest upośledzona pamięć wydarzeń społecznych i typowo problemy dotyczą przypominania zdarzeń z ostatniej dekady. Ostatnim stwierdzanym deficytem (36% pacjentów) są zaburzenia zdolności orientacji przestrzennej w nowym i znanym otoczeniu (amnezja topograficzna)

PATOFIZJOLOGIA TEA

Objawy przemijającej amnezji padaczkowej są typowo lokalizowane w przyśrodkowych obszarach płatów skroniowych (zob. ramka *Zmiany neuroradiologiczne w TEA*). Uszkodzenia w tych obszarów odpowiadają m. in. za deficyty utrwalania i przypominania różnych informacji, a więc niepamięci wstecznej i następczej w TEA. Obrazowanie MRI w czasie napadu padaczkowego osoby z TEA ujawniło zmiany w obszarach lewego hipokampa. Badanie PET w okresie okołonapadowym wykazało hiperaktywność metaboliczną lewego hipokampa, zminimalizowaną następnie lekami przeciwpadaczkowymi. W badaniu grupowym ujawniono u osób z TEA (N=50) łagodne, ale znaczące obustronne zmiany zanikowe w hipokampach.



Zmiany neuroradiologiczne w TEA. Zdjęcia **A**: MRI - podwyższony sygnał w przyśrodkowych obszarach lewego płata skroniowego (strzałka). **B**: PET - hipermetabolizm w obszarach lewego hipokampa podczas napadu. **C**: PET - efekt leczenia po upływie miesiąca. **Źródło**: Butler C.R., Zeman A. (2008). A case of transient epileptic amnesia with radiological localization. *Nature Reviews Neurology* 4(9): 516-21. Adaptacja własna.



Efekt przyspieszonego zapominania w przemijającej amnezji padaczkowej (TEA):
Wykres A: Po 30 minutach od zapamiętywania listy słów pacjenci z TEA, którzy skarżą się na gwałtowne zapominanie szczegółów zdarzeń z ich życia (na wykresie pacjenci TEA[+]), ujawniają najbardziej nasilony proces zapominania w porównaniu do grupy kontrolnej osób zdrowych, pacjentów z padaczką skroniową (na wykresie pacjenci) oraz pacjentów z TEA, którzy nie donoszą o problemach z zapominaniem (TEA[–]). Do 30 minut od zapamiętywania efekt przyspieszonego zapominania nie różnicuje znacząco badanych grup. Źródło: Butler C.R., Zeman A. (2011). The causes and consequences of transient epileptic amnesia. *Behavioural Neurology* 24: 299-305. Adaptacja własna.

Wykres B: W innym badaniu pacjenci z TEA wykazywali największy spadek zapamiętanych informacji w przedziale od 3. do 8. godzin w porównaniu do grupy kontrolnej. Po 24. godzinach efekt przyspieszonego zapominania nie był już obecny, co może wskazywać na zachowaną zdolność konsolidacji śladów pamięciowych w czasie snu (po 24. godzinach) i jednocześnie zakłócony mechanizm konsolidacji w czasie czuwania (od 3. do 8. godzin po procedurze zapamiętywania listy słów). Źródło: Hoefeijzers S. i in. (2015). Accelerated long-term forgetting can become apparent within 3–8 hours of wakefulness in patients with transient epileptic amnesia. *Neuropsychology* 22(1): 117-125. Adaptacja własna.

PROGNOZA DŁUGOTERMINOWA

Różne badania wskazują, że pacjenci z objawami TEA typowo zachowują względnie stabilny stan funkcji poznawczych, o ile stosują się do przepisanej farmakoterapii w padaczce. Tak przynajmniej wykazały krótkoterminowe badania kontrolne. Z kolei badania podłużne pacjentów z epilepsją skroniową pozwoliły stwierdzić, że poziom funkcji pamięciowych u takich pacjentów jest generalnie niższy, niż u zdrowych w tym samym wieku, ale podlega zbliżonym tendencjom (obniżenie wydolności pamięci w miarę starzenia się).

Pojawiły się jednak doniesienia, że TEA w dłuższej perspektywie czasowej może być istotnym czynnikiem ryzyka lub pierwszym objawem rozwoju choroby Alzheimera. Przykładowo, zespół B. Cretin opisał przypadek pacjentki z TEA, u której rozwinęła się choroba Alzheimera 16 lat później. W odpowiedzi zespół Sharon Savage przeanalizował dane dziewięciu pacjentów z TEA, badanych w długoterminowym – ponad 20. letnim projekcie TIME, dotyczącym zaburzeń pamięci w padaczce (TIME project, The Impairment of Memory in Epilepsy – http://projects.exeter.ac.uk/time/). Wyniki tej analizy nie potwierdziły sugestii, że stany niepamięci podczas napadów padaczkowych mogą być symptomem przyszłej choroby Alzheimera. Co ciekawe, u większości badanych pacjentów z TEA zaobserwowano zaburzenia rozpoznawania wzrokowego twarzy (wskazywanie widzianych poprzednio twarzy zestawionych z nowymi twarzami). I właśnie deficyt rozpoznawania wzrokowego z pamięci może być bardziej adekwatny w przewidywaniu długotrwałych skutków TEA, niż typowe cechy choroby Alzheimera (m.in. zaburzenia pamięci epizodycznej).

TRUDNOŚCI I ZAGADKI

Niestety, jak wskazują różne studia badawcze, TEA jest często błędnie diagnozowana jako TGA (przemijająca amnezja całkowita, zob. poprzedni odcinek), amnezja psychogenna lub otępienie. Zespół Nicolasa Nicastro opisał przypadek 79. letniego pacjenta z podejrzeniem TGA po epizodzie amnezji następczej, trwającej 90 minut. Podczas śniadania w obecności żony pacjent zaczął powtarzać pytania *Gdzie ja jestem?* oraz *Co się stało?* Ponadto, był zdezorientowany co do czasu. Żona pacjenta nie zauważyła żadnych automatyzmów ruchowych lub zmian w stanie świadomości. Podczas przesiewowego badania szpitalnego nie zaobserwowano specyficznych zaburzeń pamięci. Nietypowe cechy, jak późny wiek pacjenta oraz względnie krótki czas trwania epizodu niepamięci, zainicjowały dalszą diagnostykę. MRI był prawidłowy, natomiast zapis EEG był nieprawidłowy głównie w prawych obszarach płata skroniowego. Po podaniu leków przeciwpadaczkowych badanie kontrolne po 2. miesiącach nie ujawniło epizodów amnezji. W efekcie początkowe podejrzenie TGA zostało przeformułowane w TEA.

Inną trudnością w kontekście TEA jest to, że typowe testy neuropsychologiczne nie wychwytują deficytów pamięci pomiędzy napadami, choć pacjenci skarżą się, że trudności z pamięcią (m.in. utrata wspomnień) wpływają znacząco na ich codzienne funkcjonowanie.

Istnieje też sporo niewiadomych w kontekście przejściowej amnezji padaczkowej. Przede wszystkim nie został dobrze poznany mechanizm specyficznego przyspieszonego zapominania informacji pomiędzy napadami. Ostatnie badania sugerują, że prawdopodobnie stoi za tym wadliwy mechanizm konsolidacji (utrwalania) śladów pamięciowych w ciągu dnia. Poza tym nadal zagadkowa jest natura deficytów pamięci autobiograficznej oraz problemów z nawigacją przestrzenną w TEA.

dr Piotr Markiewicz

Chcesz wiedzieć więcej?

Savage S., Butler C., Hodges J.R., Zeman A.Z. (2016). Transient Epileptic Amnesia over twenty years: Long-term follow-up of a case series with three detailed reports. *Seizure* 43: 48–55.

Bartsch T., Butler C. (2013). Transient amnesic syndromes. *Nature Reviews Neurology* 9(2): 86–97.

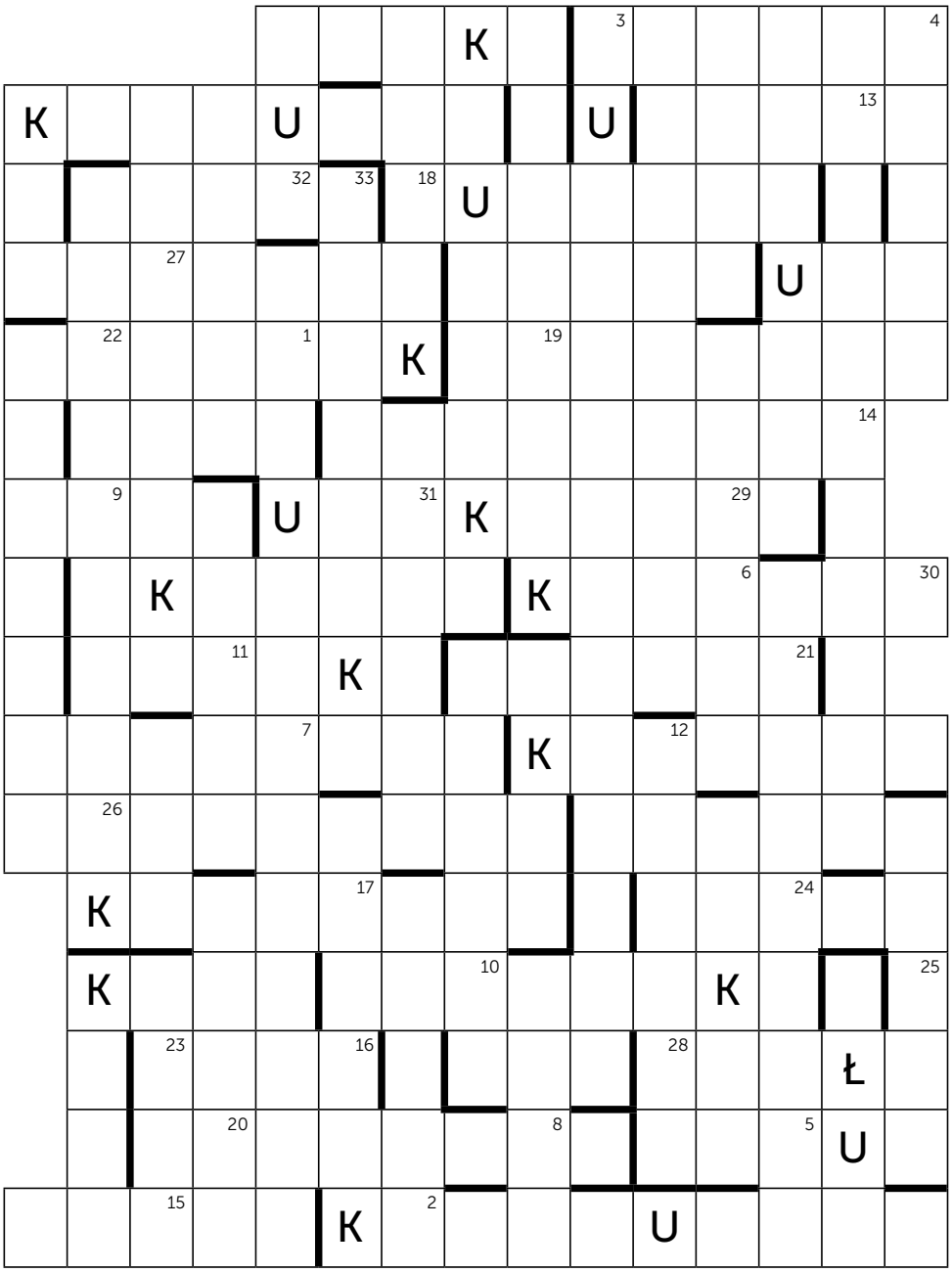
Kurkowska-Jastrzębska I., Grabska K., Błażejewska-Hyżorek B. (2014). Przemijająca niepamięć padaczkowa – nowy zespół padaczkowy? *Polski Przegląd Neurologiczny* 10(3): 123–126.

Nicastro N., Picard F., Assal F. (2014). Transient global amnesia mimics: Transient epileptic amnesia. *Epilepsy & Behavior Case Reports 2*: 100–101.

59 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 71 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: K, Ł i U. Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Arystotelesa.
Jerzy Badowski

- lamblioza
- Czerwona lub Kijowska
- krzyżacki okręg adm.-wojsk.
- uzdrowisko nad Rabą
- partner Issa w Dżibuti
- zaciśnięta dłoń
- siedziba duszy
- rodzaj lodów owocowych
- katgut i kordonek
- gród w Lacjum między Akwelą a Terni
- nawierzchniowa warstwa zbitego śniegu
- szewski stres poniedziałkowy
- gladiator walczący na ślepo
- reguluje przyrządy optyczno-pomiarowe
- fundus
- struna w łuku
- elaborat
- koagulacja tkanek elektrodami
- uchodzi w Karaczi
- poddaje się
- bardzo twarda skała na ozdoby i sprzęt laboratoryjny
- iluzjon dziś
- łuk po burzy
- trójtlenek arsenu
- miejsce urodzenia Einsteina
- meblowy stolarz-artysta
- ptasi zwany świńską trawką
- przed pojutrzem
- pustorożec z Azji Środkowej
- błona na kości
- nadaje winom cierpkawy smak
- octan organiczny w chorobie wieńcowej
- cykliczna forma muzyczna
- pnącze dżungli
- tlenek węgla
- premier Belgii (1974-78)
- przedpokój
- Mollusca
- chroni elewację przed deszczówką
- znawca Włoch
- cyanosis
- pozdrowienie od Owsiaka
- tętnica główna
- główny port Chorwacji
- kiesa, sakiewka
- głowowa lub łonowa
- Al.-..., sławny meczet w Jerozolimie
- Pakt Bezpieczeństwa Pacyfiku
- alumen
- dawne materace
- część młota młyna służąca do uderzania
- proteaza serynowa
- Centralna Agencja Wywiadowcza
- japońska mata słomiana
- kurze ziele
- przeciwległy zenitowi
- lanugo
- stolica Umbrii



- 12-y księżyc Urana
- świętego Wita
- premier ZSRR (1964-80)
- rzucany na ring
- ogarnięci niemocą
- sędzia muzułmański
- pół połówki
- trujący i leczniczy z akonityną
- wiedza o religii
- Tipo lub 126P
- podgatunek
- córka Scypiona Afrykańskiego, wzór rzymskiej matrony
- brak współdziałania różnych części ciała

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							

Rozwiązanie krzyżówki nr 58 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 59): **„Nowotwory wakacji nie mają”.** Nagrodę otrzymuje Paweł Białkowski, Oddział Okulistyczny. Gratulujemy. Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.

Jesień nas inspiruje

Praca Daniela Burakowskiego (Pracownik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie)

fot. Daniel Burakowski