



OTWARTE

**Otwarcie Oddziału
Transplantologii i Chirurgii
Ogólnej**

str. 6-9

**Otwarcie Oddziału
Gastroenterologicznego**

str. 18-21



**PULS
SZPITALA****Wydawca**

Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelna

Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny

Alicja Biernacka
Magdalena Kantarczyk
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka
Przemysław Prais

Stała współpraca

Jerzy Badowski
Piotr Markiewicz
Emilia Paszkowska

Zdjęcia udostępnili

Miłosz Guzowski
Emilia Paszkowska
Agnieszka Hryniewicka

Adres redakcji

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Dział Zarządzania, Marketingu
i Promocji
tel. 89 538 65 06
bszymczuk@wss.olsztyn.pl
mkantarczyk@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie

AR Idealmedia Sp. z o.o.
ul. Syrokomli 19, Elbląg
tel. 603 077 102
www.idealmedia.pl

Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy
Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmiany tytułów.
Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności za treść
nadsyłanych publikacji.

fot. Miłosz Guzowski



Czas zmian na lepsze	3
Otworzyliśmy Pracownię Elektrofizjologii i Elektroterapii	5
Transplantolodzy już w nowej siedzibie	6
Otwarcie Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej - Wywiady	8
Pamięć i jej zagadki, cz. 16	10
ISO 9001:2008 Audit nadzoru systemu	12
Na dyżurze nie myślimy o sobie cz. 2	13
Cykl: ból kręgosłupa, czy jest na to lekarstwo?	14
Monitorowanie zdarzeń niepożądanych w Szpitalu	16
Przygotowanie do rodzielstwa i porodu	17
Po wielu latach „wędrowania”	18
Otwarcie Oddziału Gastroenterologicznego - Wywiady	20
System kolejowania pacjentów w laboratorium	22
Szkolenie z rozwoju kompetencji menadżerskich	22
„Bądź czujny”	23
Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek i Położnych	24
Osobowość roku Warmii i Mazur 2014	24
KUBA - samotna wyspa cz. 3	25
46 Jolka szpitalna	27



Czas zmian na lepsze

Rozmowa z Ireną Kierzkowską, dyrektorką Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie na temat zmodernizowanych oddziałów Transplantologii i Chirurgii Ogólnej oraz Oddziału Gastroenterologicznego.

Co dla rozwoju szpitala oznacza otwarcie oddziału transplantologii?

- To wydarzenie zgodne ze strategią i możliwościami naszego szpitala. Stanowi zwierczenie naszych starań o wprowadzenie u nas przeszczepów nerek. Powstanie ośrodka transplantacyjnego w Olsztynie zaczęło być realne w listopadzie 2009 r. Dwaj naukowcy, profesorowie Wojciech Rowiński, krajowy konsultant w dziedzinie transplantologii klinicznej i Zbigniew Włodarczyk z Krajowej Rady Transplantacyjnej wizytowali szpital, by sprawdzić jego zdolność do rozpoczęcia nowych zabiegów. Okazało się, że szpital spełnia wymagania. W lipcu 2010 r., po otrzymaniu z Ministerstwa Zdrowia pozwolenia na wykonywanie przeszczepu nerek, powstał Ośrodek Przeszczepiania Nerek w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. Do szpitalnej historii przeszła noc z 26 na 27 listopada 2010 r. Zespół pod kierownictwem Andrzeja Kobrynina, jako pierwszy w regionie przeprowadził transplantację nerki u dwojga pacjentów. Pacjenci po przeszczepach przeprowadzanych w następnych latach byli hospitalizowani na różnych oddziałach, co nie było komfortowe ani dla nich, ani dla opiekujących się nimi lekarzy. Nowy oddział poprawił warunki dla wszystkich.

Czy istnieją przeszkody w przeprowadzaniu transplantacji?

- Szpital jest gotowy do przeszczepiania nerek – jedynym ograniczeniem jest zbyt mała liczba narządów do transplantacji. Regulacje prawne,

zakładające domniemanie zgody rodziny na pobranie organu, sprzyjają przeszczepom. Nadal jednak część rodzin sprzeciwia się temu z różnych względów. Dlatego jest tak ważne, by idea przeszczepów zagościła na stałe w umysłach ludzi. Ma temu służyć podpisany we wrześniu 2010 r. w Urzędzie Marszałkowskim list intencyjny „Partnerstwo dla Transplantacji w Województwie Warmińsko-Mazurskim”. Celem programu jest uzyskanie społecznego poparcia dla idei dawstwa narządów. W ten sposób zaczęliśmy uczestniczyć w ogólnopolskim programie uwrażliwiania ludzi

na ten problem. Pamiętajmy, że skuteczność transplantacji jest bardzo wysoka. Osoby z przeszczepionymi nerkami żyją długie lata po zabiegu. Taką operację można porównać z oddawaniem krwi. W obu przypadkach ratujemy czyjeś życie. Wizyty w stacjach krwiodawstwa są od dawna normą. Już czas, by stały się nią także zgody na pobranie organów do przeszczepów.

Czy utworzenie oddziału transplantologii kosztowało dużo wysiłku?

- Dotacje na inwestycje przyznało Ministerstwo Zdrowia. Musieliśmy przebić się z naszym projektem i przekonać komisję konkursową, żeby środki przyznano właśnie nam. Jesteśmy najmłodszym w Polsce ośrodkiem transplantologicznym, a w pokonanym polu zostawiliśmy 9 renomowanych ośrodków. To świadczy, że nasza oferta była bardzo dobra. Dużym wyzwaniem była także odpo-

wiednia organizacja pracy oddziału transplantologii. Pacjent wymaga bowiem pracy absolutnie zespołowej – od zakwalifikowania do zabiegu, przez samą operację po opiekę pooperacyjną. Dużą rolę odgrywa tu m.in. Warmińsko-Mazurskie Biuro Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji. To właśnie „mózg” działalności transplantacyjnej. Biuro zajmuje się organizacją i koordynacją pobierania oraz przeszczepiania narządów i tkanek. Musieliśmy także tak poukładać zadania chirurg-





gów, by nie kolidowały z innymi operacjami, których jako „ostry” szpital wykonuje bardzo dużo.

Czy wyróżniłaby Pani kogoś, kto szczególnie zasłużył się przy powstaniu transplantologii?

- Takich osób nie brakuje. Z pewnością na wyróżnienie zasługuje dr Piotr Malinowski, który po uzyskaniu w ub. roku trzeciej już specjalizacji może wykonywać transplantacje. Dzięki temu szpital uzyskał niezależność pod tym względem. Chciałabym też podziękować Iwonie Podlińskiej z naszego Biura Koordynacyjno-Organizacyjnego ds. Transplantacji oraz dr Dariuszowi Onichimowskiemu, ordynatorowi Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Potrzebowaliśmy także doświadczonego transplantologa do zbudowania zespołu. Tu sprawdził się dr Andrzej Kobryń, który wykonał także niezwykle ważną, pierwszą operację przeszczepu nerki. Swoją pomocą służył też prof. Maciej Słupski. Obaj otrzymali statuetki z podziękowaniem za wkład w rozwój olsztyńskiej transplantologii. Pałeczkę przejął od nich dr Leszek Adadyński. Życzę mu samych sukcesów na stanowisku ordynatora transplantologii.

Jakie są plany na przyszłość w przeprowadzaniu przeszczepów innych organów w Szpitalu Wojewódzkim?

- W tym przypadku najwięcej zależy od regulacji prawnych. Trwają prace nad nowelizacją ustawy transplantacyjnej, które mogą zmienić dotych-

czasową zasadę mówiącą, że pacjent jedzie do ośrodka, w którym czeka na niego narząd do przeszczepu. W nowych przepisach to narząd ma być przewieziony do szpitala, w którym przebywa pacjent. To rozwiązanie nie jest korzystne dla mniejszych ośrodków, do których się zaliczamy. Musimy uczestniczyć w konsultacjach i przekonywać do naszych argumentów.

Pani dyrektor a czym dla rozwoju szpitala jest nowa siedziba Oddziału Gastroenterologicznego?

- To oznacza przede wszystkim większe bezpieczeństwo dla pacjentów. Wiele zabiegów odbywa się bowiem w znieczuleniu, a dotychczas na gastroenterologii nie było sali wybudzeń z anestezjologiem. Teraz taka sala już jest, a na dodatek pracownia endoskopowa mieści się na oddziale, co eliminuje konieczność transportu pacjentów po zabiegach z wysokiego parteru na drugie piętro, gdzie mieścił się poprzednio. Takie rozmieszczenie pozwala też na lepszy nadzór nad pacjentami, także ambulatoryjnymi.

Oddział gastroenterologiczny „tułał się” dotąd po różnych piętrach szpitala, ale zespół nie marnował czasu – tworzą go dobrze wyszkoleni lekarze i pielęgniarki. Doposażenie w 2009 r. w sprzęt wartości 1,5 mln zł pozwoliło na rozwój endoskopii zabiegowej – zwiększyła się liczba i zakres operacji. Endoskopia umożliwia też unikanie wielu powikłań występujących przy klasycznych zabiegach chirurgicznych.

Skąd pochodziły środki na modernizację i przystosowanie pomieszczeń dla oddziału?

- Ogólny koszt wyniósł 2 403 311 zł. Dzięki aktywności Rady Społecznej naszego szpitala i przychylności samorządu województwa Urząd Marszałkowski przekazał 980 tys. zł. PFRON wsparł inwestycję kwotą 36,5 tys. zł na dostosowanie gastroenterologii do potrzeb osób niepełnosprawnych. Pozostała część pochodziła z budżetu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.

Czy przy okazji otwarcia nowej siedziby Oddziału Gastroenterologicznego chciałaby pani komuś szczególnie podziękować?

- Wyrazy uznania należą się z pewnością Pani dr Barbarze Dąbrowskiej, która z oddziałem jest związana od początku i wciąż wspomaga go swoją wiedzą i doświadczeniem. Dziękuję też serdecznie Pani dr Marii Sidor, która od wielu lat pracuje na naszej gastroenterologii. Obie Panie wyszkoliły również wielu internistów. Nie można też zapominać o Pani Bożenie Rusewicz, pielęgnowarce oddziałowej z wieloletnim stażem, która wspierała ordynatora Tomasza Artukowicza doświadczeniem zarządczym i organizacyjnym.

Czy w związku z rozwojem gastroenterologii myślimy o nowych procedurach?

- Korzystając z dobrych warunków będziemy rozwijać zabiegi wykonywane w warunkach nowego bloku operacyjnego. Jednym z nich jest ECPW, metoda diagnostyczna dróg żółciowych łącząca w sobie techniki endoskopowe i radiologiczne. Najważniejszy jednak jest cierpliwy i lojalny zespół, który nie narzekał na trudne warunki, tylko robił swoje świetnie lecząc pacjentów. Bardzo się cieszę, że lekarze i pielęgniarki z Oddziału Gastroenterologicznego doczekali się nowej siedziby.



Otworzyliśmy Pracownię Elektrofizjologii i Elektroterapii

Mimo, że od połowy 2014 r. Pracownia Elektrofizjologii i Elektroterapii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie cieszy się nowymi pomieszczeniami, to uroczystość związana z zakończeniem modernizacji i oddaniem do użytku nowej Pracowni odbyła się 16 kwietnia 2015 r. W spotkaniu udział wzięli m.in. Gustaw Marek Brzezina - marszałek województwa warmińsko - mazurskiego, Piotr Grzymowicz - prezydent Olsztyna, Andrzej Zakrzewski - dyrektor NFZ w Olsztynie, a także wielu innych gości.

Koszt utworzenia pracowni wyniósł 1 484 567 zł.

W regionie Warmii i Mazur funkcjonują tylko dwa ośrodki leczenia zabiegowego zaburzeń rytmu serca. Liczba pacjentów kwalifikowanych do zabiegów ablacji (zabiegowe usuwanie substratu arytmii) nie zmienia się od kilku lat i wynosi niewiele, ponad 200 procedur rocznie. Jak wynika z danych z innych województw liczba podobnych zabiegów w przeliczeniu na 1 milion mieszkańców jest dwu, a nawet trzykrotnie wyższa. Przyczyną tego stanu jest niewielka wiedza lekarzy kierujących chorych do ośrodków elektrofizjologicznych oraz niewielka wiedza pacjentów o możliwości leczenia zabiegowego zaburzeń rytmu serca.

Zabieg ablacji zaburzeń rytmu serca, jak mało która procedura medyczna, może skutkować całkowitym wyleczeniem pacjenta i pozbawieniem konieczności przyjmowania przez niego leków oraz wyeliminowaniem wizyt w poradniach kardiologicznych lub szpitalnych oddziałach ratunkowych. Zyskujemy dzięki temu nie tylko poprawę zdrowia naszych chorych (skuteczność zabiegów ablacji w nadkomorowych arytmiiach wynosi >95%), ale też mierzalne oszczędności w wydatkach na ochronę zdrowia.

emka



Historia olsztyńskiej elektrofizjologii

Pierwsze zabiegi elektrofizjologii w WSS w Olsztynie wykonał w 2007 r. dr Tomasz Królak w asyście dr Mateusza Tyłło w funkcjonującej Pracowni Hemodynamiki. Przez kolejne lata liczba zabiegów sukcesywnie wzrastała. Od 2012 roku zabiegi te przeprowadza samodzielnie zespół lekarzy WSS w Olsztynie (dr Mateusz Tyłło oraz dr Damian Chojnowski). W marcu 2013 r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie zarejestrowano Pracownię Elektrofizjologii i Elektroterapii. W ciągu ostatnich 3 lat wykonano ok. 150-160 zabiegów rocznie.



RELACJA Z UROCZYSTOŚCI OTWARCIA ODDZIAŁU TRANSPLANTOLOGII I CHIRURGII OGÓLNEJ

Dnia 21 maja 2015 r. obchody rozpoczęła Pani Dyrektor Irena Kierzkowska witając zgromadzonych gości: Gustawa Marka Brzezina, marszałka województwa warmińsko-mazurskiego, wojewodę Mariana Podziewskiego, Jarosława Stoma, wiceprezydenta Olsztyna, Andrzeja Zakrzewskiego, dyrektora Warmińsko-Mazurskiego Oddziału NFZ, a także Janusza Dzisko,

nikom oddziałów nefrologicznych i stacji dializ oraz personelowi naszego szpitala: ordynatorom, pielęgniarkom oddziałowym, kierownikom komórek organizacyjnych i wszystkich pozostałych pracowników.

Dr n. med. Leszek Adadyński, ordynator transplantologii powitał przedstawicieli środowiska medycznego związanych z transplantologią i nefrologią. Wśród nich znaleźli się m.in. prof. Roman Danielewicz, dyrektor Centrum Organizacyjno- Koordynacyjnego

Następnie prof. Danielewicz przedstawił sytuację w przeszczepianiu narządów w Polsce. Z prezentacji wynikało, że również dzięki ośrodkowi transplantacyjnemu działającemu w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, jednemu z 30. w kraju, należy do czołówki pod względem liczby pobrań narządów od zmarłych. W 2014 r. z wynikiem 20,7 dawców na milion mieszkańców Warmia i Mazury znalazły się na trzecim miejscu w Polsce.

Dyrektor „POLTRANSPLANTU” zwrócił rów-

Transplantolodzy już w nowej siedzibie

dyrektora Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej oraz prof. Tomasza Stomporę, prodziekana ds. nauki Wydziału Nauk Medycznych UWM. Obecni byli także parlamentarzyści regionu: Beata Bublewicz, Elżbieta Gelert, Lidia Staroń i Miron Sycz.

Dyrektor Irena Kierzkowska podziękowała też za przybycie dyrektorom szpitali oraz innych jednostek ochrony zdrowia z naszego województwa, zasiadającym w Radzie Spółecznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Julianowi Osieckiemu, ordynatorom i kierow-

ds. Transplantacji „POLTRANSPLANT”, prof. Andrzej Chmura z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie, dr Andrzej Kobryń, autor pierwszego przeszczepu nerek w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, prof. Alicja Dębska-Ślizień z Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku oraz prof. Jacek Maniatus z Kliniki Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy.

niez uwagę na ważną rolę, którą w procesie pozyskiwania donacji odgrywa Warmińsko-Mazurskie Biuro Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji.

Z kolei krótką historię Olsztyńskiego Ośrodka Transplantacyjnego przedstawiła Beata Januszko-Giergielewicz, specjalista chorób wewnętrznych, nefrolog, transplantolog w swoim wykładzie – „5 lat przeszczepiania nerek w Olsztynie”. Z dynamicznej prezentacji z wieloma interesującymi zdjęciami zebrani dowiedzieli się m.in. że w lipcu 2010 r.,



po otrzymaniu z Ministerstwa Zdrowia pozwolenia na wykonywanie przeszczepu nerek, powstał Ośrodek Przeszczepiania Nerek w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

Dwa miesiące później zaś w Urzędzie Marszałkowskim podpisano list intencyjny „Partnerstwo dla Transplantacji w Województwie Warmińsko-Mazurskim”. Celem programu jest uzyskanie społecznego poparcia dla idei dawstwa narządów.

Nie zabrakło oczywiście informacji o nocy z 26 na 27 listopada 2010 r., która przeszła do szpitalnej historii. Zespół pod kierownictwem Andrzeja Kobrynia, jako pierwszy w regionie przeprowadził wówczas transplantację nerki u dwojga pacjentów.

W kwietniu 2011 r. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny otrzymał od marszałka województwa Laur Najlepszym z Najlepszych za pierwszą w województwie transplantację nerki.

10 czerwca 2012 r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie powołano Warmińsko-Mazurskie Biuro Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji. To właśnie „mózg” działalności transplantacyjnej. Biuro zajmuje się organizacją i koordynacją pobierania oraz przeszczepiania narządów i tkanek.

Beata Januszko-Giergielewicz podkreśliła rolę prof. Wojciecha Rowińskiego w powstaniu olsztyńskiej transplantologii.

W kwietniu 2015 r. oddział zaczął przyjmować pacjentów.

Następnie marszałek Gustaw Marek Brzezina wręczył dwie statuetki „Za wkład w rozwój olsztyńskiej transplantologii” dla dr Andrzeja Kobrynia oraz dr Macieja Stupskiego z Kliniki Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej Szpitala Uniwersyteckiego w Bydgoszczy z podziękowaniami od dyrektora Ireny Kierzkowskiej.

Dr Kobryń podziękował za wyróżnienie. – Chciałbym podkreślić, że bez moich współpracowników z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego sukces nie byłby możliwy – stwierdził. – Kiedy teraz patrzę, jak ośrodek się rozwinął jestem dumny i wzruszony. Chcę podziękować Pani dyrektor Irenie Kierzkowskiej, że zaufała mi i pozwoliła zorganizować oddział transplantologiczny.

W imieniu dr. Stupskiego statuetkę odebrał prof. Jacek Maniatus.

Posłanka Beata Bublewicz podziękowała Dyrektora Irenę Kierzkowską za powstanie ośrodka transplantologicznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w imieniu parlamentarzystów z Warmii i Mazur, podkreśliła rolę donacji w przeszczepach narządów. – Do popularyzowania oświadczeń woli w tej kwestii przekonać mnie prof. Wojciech Rowiński – powiedziała Beata Bublewicz. Dodaje też, że wspólnie z przyjaciółmi pomaga koleżce, który ze względu na mukowiscydozę przeszedł przeszczep płuc. – Dzięki transplantacji żyje 5 lat dłużej. To najlepszy dowód by wspierać ideę przeszczepów – podkreśliła.

Wojewoda Marian Podziewski nie szczędził słów uznania dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego. – Chylę czoła przed Panią dyrektorem Ireną Kierzkowską i lekarzami zaangażowanymi w powstanie ośrodka transplantologicznego. Udowodniłicie, że sukces

w dużej części zależy od pasji i wiedzy – powiedział.

Reprezentujący władze Olsztyna wiceprezydent Jarosław Stoma podkreślił zasługi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego dla podniesienia pozycji całego regionu pod względem ochrony zdrowia. – W tej kategorii jesteśmy województwem pierwszoligowym – mówił. – Oddział transplantologiczny to także prestiż dla Olsztyna, stolicy regionu, ale również większe bezpieczeństwo dla jego mieszkańców. Chciałbym za to podziękować w ich imieniu. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny udowodnił, że także na wschód od Wisty można dokonać czegoś dobrego.

Prof. Bolestaw Rutkowski z Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku przypomniał, że przed laty był konsultantem wojewódzkim ds. nefrologii na Warmii i Mazurach, dobrze zna więc specyfikę opieki nad osobami z chorobami nerek w naszym regionie. – Powstanie ośrodka olsztyńskiego zdopingowało gdański ośrodek do zwiększenia liczby transplantacji – stwierdził prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. – Cieszy mnie powstanie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym oddziału transplantologii ze stabilną kadrą, która stanowi wartość dodaną. Życzę jak największej liczby przeszczepów.

Następnie uczestnicy spotkania udali się na czwarte piętro, gdzie mieści się Oddział Transplantologii i Chirurgii Ogólnej. Uroczystego przecięcia wstęgi dokonali: dyrektor Irena Kierzkowska, marszałek Gustaw Marek Brzezina, wojewoda Marian Podziewski, dr Leszek Adadyński, ordynator transplantologii i Jarosław Stoma, wiceprezydent Olsztyna.

Potem zebrani oglądali Oddział Transplantologii i Chirurgii Ogólnej

Przemysław Prais



O nowo otwartym Oddziale rozmawiamy z dr. Leszkiem Adadyńskim, ordynatorem Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej



- Otwarcie Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej oznacza nową jakość w leczeniu pacjentów po przeszczepie nerek. Czy mógłby Pan scharakteryzować zmiany, dzięki którym osoby po transplantacji zyskują lepszą opiekę?

Przez 5 lat wykonywania przeszczepów nerek Pani dyrektor Irena Kierzkowska zadbała o wyposażenie oddziału.

Mamy odpowiednie łóżka, kardiomonitoring i inny niezbędny sprzęt. Jednym słowem mamy zagwarantowane wszystko, co trzeba, aby bezpiecznie i komfortowo leczyć naszych pacjentów.

- Od kiedy nowy oddział przyjmuje chorych?

Pacjentów przyjmujemy od 7 kwietnia. W tym czasie wykonaliśmy zarówno przeszczep, jak i inne operacje chirurgiczne. Pamiętajmy, że nie byłoby transplantologii bez chirurgii, z której doświadczeń czerpiemy.

- Ilu pacjentów po przeszczepie przebywa teraz na kierowanym przez Pana oddziale.

- W tej chwili nie ma takiego pacjenta. Jak wiadomo liczba przeprowadzanych przeszczepów zależy od tego, czy są dawcy. Obecnie w całej Polsce mamy do czynienia ze zmniejszeniem ich liczby. Choć pamiętajmy również, że w ostatnich latach województwo warmińsko-mazurskie plasowało się na trzecim miejscu w kraju jeśli chodzi o liczbę dawców. Problem w tym, że nerki do przeszczepów są pobierane tylko w Olsztynie i Elblągu. Próbowujemy do tego przekonać również inne szpitale w regionie. Mamy nadzieję, że nasze wysiłki przyniosą spodziewane efekty.

- Czego życzyłby Pan sobie i innym zatrudnionym?

Chciałbym, żeby nasza współpraca ułożyła się tak, abyśmy czuli się jak w rodzinie. Życzyłbym także sobie więcej pracy, tak abyśmy mogli pomóc jak największej liczbie chorych. Myślimy też o przeszczepianiu kolejnych organów. W tym celu szkolimy następnych operatorów z naszego zespołu, bo dwóch lekarzy – ja i doktor Piotr Malinowski – to za mało, by podjąć się nowych zadań.

Marszałek województwa Gustaw Marek Brzezina

- Szpital Specjalistyczny mógł liczyć na wsparcie samorządu województwa przy pozyskiwaniu środków na inwestycje. Czy tak będzie w dalszym ciągu?

W obecnej perspektywie unijnej na lata 2014-2020 mamy 22 mln euro na

wszystkie jednostki służby zdrowia w regionie. To niewiele, dlatego trudno będzie zdobywać te pieniądze. Większe kwoty są przewidziane na przedsięwzięcia sprzyjające ekologii, jak ogniwa słoneczne, czy termomodernizacja. Czas inwestycji dla samych inwestycji już się skończył. Przedsięwzięcia muszą przynosić określone efekty. Jeśli projekty będą spełniać te warunki będziemy je wspierać.



- Jak samorząd województwa, jako podmiot tworzący ocenia działalność Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego?

Szpital jest liderem wśród placówek służby zdrowia w regionie, a Pani dyrektor Irena Kierzkowska udowodniła, że nie tylko potrafi zdobywać pieniądze na konieczne przedsięwzięcia z różnych źródeł, ale także umiejętnie wykorzystuje potencjał pracowników. Kapitał ludzki jest bowiem bardzo ważny w prawidłowym działaniu i rozwoju także Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.

„POLTRANSPLANT” widzi potencjał w ośrodku transplantacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie Rozmowa z prof. Romanem Danielewiczem, dyrektorem Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „POLTRANSPLANT”



- Czy Szpital Wojewódzki w Olsztynie zajmuje ważne miejsce na mapie ośrodków transplantacyjnych w Polsce?

To nowy ośrodek transplantacyjny, który bardzo dobrze sobie radzi m.in. z pozyskiwaniem organów do przeszczepu. Ważną rolę odgrywa tu Warmińsko-Mazurskie Biuro Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji. Chciałbym podkreślić, że w 2014 r. województwo warmińsko-mazurskie uplasowało się na trzecim miejscu w klasyfikacji liczby dawców na milion mieszkańców w Polsce. Kontynuacja tej działalności przyniesie na pewno dalsze rezultaty.

- Jak przebiega współpraca z Warmińsko-Mazurskim Biurem Koordynacyjno-Organizacyjnym ds. Transplantacji?

To co pani dyrektor zorganizowała to bardzo trafny pomysł. Kilkuosobowy zespół, który działa nie tylko w szpitalu, ale i w regionie to wyjątkowe zja-

wisko. Te osoby wychodzą również do społeczeństwa, co jest niezwykle istotne, bo należy cały czas prowadzić dialog ze społeczeństwem o potrzebie donacji organów.

- Czy widzi Pan szanse na wdrożenie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym przeszczepów kolejnych organów, np. wątroby?

W Polsce działa kilka ośrodków przeszczepiających trzustkę, serce czy wątrobę. Z pewnością jest miejsce na kolejne. Należy jednak do tego podchodzić spokojnie, rozwijając transplantację nerek. Bardzo ważna jest także dalsza mobilizacja szpitali z regionu w zakresie donacji. Jeśli bowiem chce się wprowadzić nowy program przeszczepów należy sobie zapewnić odpowiednią liczbę donacji. Drugą kluczową sprawą jest zbudowanie zespołu, a to wymaga czasu.

Urszula Barczak, pielęgniarka oddziałowa Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej

Urszula Barczak pełni obowiązki pielęgniarki oddziałowej na transplantologii od stycznia 2015 r. Przyszła tu z kardiologii, gdzie pracowała przez poprzednie 8 lat. – To była świetna szkoła na oddziale zabiegowym, bez której trudno byłoby mi sprostać obecnym obowiązkom

– mówi. – Bardzo dużo zawdzięczałam Danucie Jurkowskiej, ówczesnej oddziałowej na kardiologii, która nauczyła mnie skutecznej pracy z pacjentami po ciężkich i skomplikowanych operacjach. Nauczyła mnie jak być dobrą oddziałową.

Pani Urszula pracuje w Szpitalu Wojewódzkim już 31 lat. – Przyszłam tu zaraz po ukończeniu liceum pielęgniarstwa i zaczęłam pracę w ośrodku dializ hemodynamicznych i otrzewnowych – wspomina. – W sumie na oddziale nefrologicznym przepracowałam 22 lata. Dzięki panu doktorowi Janowi Forfie, który kierował oddziałem mogłam zdobywać wiedzę

zarówno na samym oddziale, jak i na zewnątrz. Taką możliwość mieli też inni zatrudnieni. Zdobyte wtedy wiadomości również przygotowały mnie do pracy na oddziale transplantologii.

Jak podkreśla oddziałowa transplantologii udało się nam zebrać zgrany zespół. – Dzięki temu świetnie radzimy sobie w codziennej pracy – podkreśla Urszula Barczak.



Pamięć

i jej zagadki cz. 16



W warunkach zagrożenia życia i katastrof może wykształcić się złożona i patologiczna reakcja stresowa, która niekiedy trwa przez lata, znacznie utrudnia codzienne funkcjonowanie i osłabia zdolności pamięciowe. Co wiadomo o takiej reakcji?

Dwa poprzednie odcinki naszej serii o pamięci (nr 14 i 15) dotyczyły różnych związków pomiędzy stresem a pamięcią. Ogólny obraz takich związków jest następujący. Krótkotrwała, umiarkowana i zbieżna czasowo z wydarzeniem reakcja stresowa może wzmacniać zdolności pamięciowe. Natomiast chroniczny, silny i odroczone w czasie stres wpływa negatywnie na zdolności pamięciowe.

PTSD

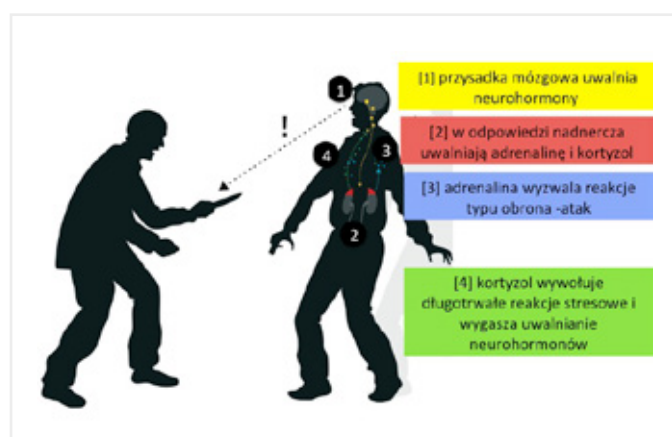
Istnieją jednak przypadki reakcji stresowej o podwójnym oddziaływaniu na zdolności pamięciowe, gdy wraz z deficytami pamięci współwystępują silne i niechciane wspomnienia. Takie przypadki występują w sytuacjach zagrożenia życia i podczas katastrofalnych wydarzeń, podczas przeżywania skrajnie silnych emocji. Ich skutki psychiczne określa się dziś jako zaburzenie stresowe pourazowe lub zespół stresu pourazowego (PTSD – *post-traumatic stress disorder*). Występowanie PTSD jest różnie szacowane – od 1 do 12% w populacji dorosłych i częściej w przypadku kobiet. Lista wydarzeń wywołujących PTSD jest długa i obejmuje m.in. uwięzienie w obozie koncentracyjnym, przeżycie katastrofy komunikacyjnej, torturowanie, gwałt, prześladowanie i nawet obserwowanie tragicznych wydarzeń.

W skrócie

- w skrajnych sytuacjach życiowych, w warunkach zagrożenia życia może wystąpić zespół stresu pourazowego (PTSD)
- osoby z PTSD mają różne zaburzenia pamięci, m.in. uporczywe i niechciane wspomnienia oraz problemy z przypomnieniem okoliczności urazu

Obraz symptomów PTSD jest złożony. Osoba z tym zaburzeniem typowo: (1) przeżywa uraz ciągle na nowo w tzw. przebiegach pamięci, w snach lub myślach, (2) jest obojętna na różne sprawy życiowe i unika wszystkiego, co wiąże się z urazem, (3) doświadcza stanów lęku i pobudzenia emocjonalnego, których nie było przed urazem, (4) nie potrafi przypomnieć ważnych detali z traumatycznego doświadczenia. PTSD wywołuje też różne problemy społeczne. Osoby z tym zaburzeniem mają trudności w realizowaniu wymagań zawodowych i rodzinnych, często ujawniają zaburzenia depresyjne, popadają w uzależnienia i mają myśli samobójcze. Dopiero od niedawna istnieją względnie skuteczne metody terapii PTSD.

SZYBKA REAKCJA



Szybka reakcja, długotrwałe konsekwencje

Wydarzenie traumatyczne uruchamia proces błyskawicznych reakcji fizjologicznych, które pozwalają wyjść z opresji i uruchamia też proces długotrwałych reakcji, które modyfikują działanie mózgu i zachowanie. W kolorowych panelach opisano uproszczony schemat reakcji stresowej. Cyfry w panelach odpowiadają cyfrom na rysunku.

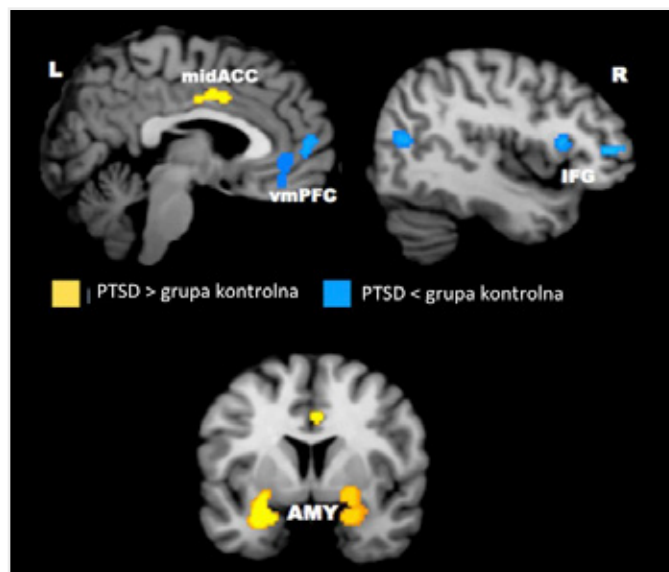
Źródło: Hughes, W. (2012), *The roots of resilience*, Nature, 490. Adaptacja własna.

Zaburzenie PTSD jest interesujące z uwagi na nietypowe zachowania pamięciowe. Z jednej strony mamy natrętne (intruzywne) ślady pamięciowe, od których osoba nie może się uwolnić. Z drugiej strony osoba z PTSD doświadcza różnych braków pamięci i np. nie potrafi przypomnieć wielu informacji z okoliczności traumatycznego zdarzenia. Dlaczego tak się dzieje? Zanim do tego dojdziemy, przyjrzyjmy się procesowi reakcji stresowej (ramka na poprzedniej stronie).

Reakcja na zdarzenie traumatyczne w postaci kaskady zmian fizjologicznych i odpowiedniego zachowania (obrona – atak) jest kluczowa z perspektywy przeżycia. Dzięki szybkiej mobilizacji układu nerwowego możemy uciec z zagrażającej sytuacji lub obezwładnić napastnika. Jednak to, co ratuje nam życie może jednocześnie doprowadzić do zaburzeń zachowania, gdy skala i siła zdarzenia przekracza naturalne możliwości szybkiej obrony organizmu. W sytuacji krytycznej organizm może wyzwoić przedłużone reakcje stresowe. Potem długo, nawet przez całe lata, będzie produkował nieadekwatne społecznie reakcje, stany lęku i pobudzenia. W skrajnym przypadku żołnierz po skrajnych doświadczeniach wojennych może, w warunkach domowych podczas burzy w nocy, zachowywać się jak w czasie walk, biegać po domu z bronią, krzyczeć do wymyślanego wroga i nieświadomie narażać domowników na utratę życia.

ODROCZONE ZMIANY

To właśnie długotrwała reakcja stresowa jest głównym powodem opisanych wyżej objawów PTSD. Co więcej, aktualne badania pokazują, że taka reakcja powoduje określone zmiany w mózgu. Mózgi osób z PTSD istotnie różnią się strukturalnie i funkcjonalnie od tych w normie. Zaobserwowano systematycznie zmiany wielkości niektórych obszarów mózgu (zobacz ramka (1) Mózg – PTSD) oraz zmiany aktywności niektórych obszarów mózgu u osób z PTSD (zobacz ramka (2) Mózg – PTSD).



(2) Mózg – PTSD

Metaanaliza badań z funkcjonalnego neuroobrazowania osób z PTSD i osób w normie (grupa kontrolna). Skróty: midACC – środkowe obszary przedniego zakrętu obręczy, vmPFC – brzuszno-przyśrodkowe obszary kory przedczołowej, IFG – dolny zakręt czołowy, AMY – ciała migdałowe. Kolor żółty oznacza zwiększoną istotnie aktywność obszarów mózgu u osób z PTSD w porównaniu do grupy kontrolnej. Kolor niebieski oznacza zmniejszoną istotnie aktywność obszarów mózgu u osób z PTSD w porównaniu do grupy kontrolnej.

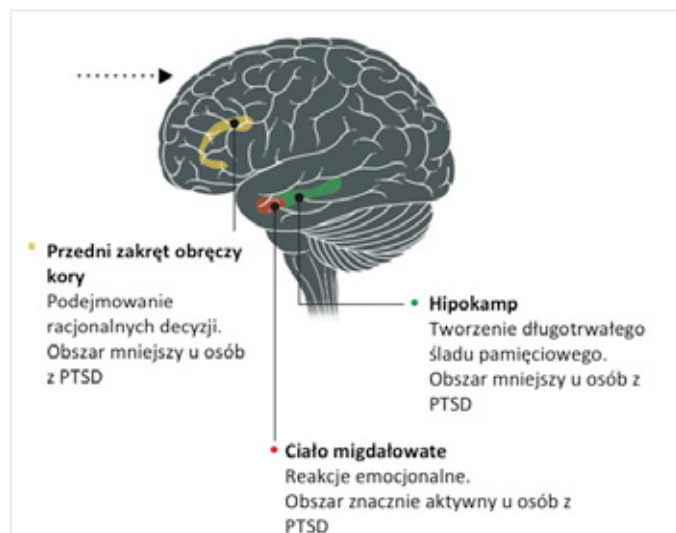
Źródło: Hayes, J.P. i in. (2012), *Emotion and cognition interactions in PTSD: a review of neurocognitive and neuroimaging studies*, *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 6. Adaptacja własna.

EFEKTY PAMIĘCIOWE W PTSD

Czy stwierdzone zmiany w mózgach osób z PTSD oraz mechanizm reakcji stresowej wyjaśniają opisane wyżej objawy nietypowych form pamięci? Generalnie, różne badania wskazują na liczne defekty lub zniekształcenia pamięci w PTSD. Zaobserwowano m.in. tendencję do lepszego zapamiętywania informacji nacechowanych emocjonalnie (negatywnie) w porównaniu do informacji neutralnych emocjonalnie. Prawdopodobnie za taki efekt odpowiada nasilona aktywność ciał migdałowych – swoistego centrum emocjonalnego mózgu. Taka zwiększona aktywność może wynikać także z niskiej aktywności niektórych obszarów kory przedczołowej, które przestają adekwatnie hamować emocjonalne reakcje. To dlatego u osób z PTSD zachodzą przesadne reakcje lękowe i agresywne.

U osób z PTSD notuje się trudności z pamięcią epizodyczną w zakresie przypominania detali oraz kontekstu wydarzeń. Tego powodem są prawdopodobnie zmiany w zakresie struktur hipokampa. Również istotnie niższa aktywność obszarów kory przedczołowej może wskazywać na systematycznie obserwowane deficyty planowania złożonych zadań w oparciu o zapamiętane informacje.

Natomiast odtwarzanie detali traumatycznego wydarzenia w postaci intensywnych przeżyć pamięciowych wskazuje raczej na procesy



(1) Mózg – PTSD

Mózgowe efekty długotrwałego stresu pourazowego w PTSD.

Źródło: Hughes, W. (2012), *The roots of resilience*, *Nature*, 490.

Adaptacja własna.

fizjologii stresu. Podczas doświadczania silnej reakcji stresowej uwalnia się adrenalina, która jest czymś w rodzaju markera śladu pamięciowego (typu: oznacz to, bo jest to ważne). Gdy ponownie po zdarzeniu pojawi się taki ślad pamięciowy, poziom adrenaliny jest podwyższony, co może sprzyjać utrwaleniu informacji pamięciowej. W efekcie osoba z PTSD opisuje intensywne i bardzo wyraziste wspomnienia z wydarzenia traumatycznego. Te wspomnienia są fragmentaryczne i często pojawiają się bezwiednie. Całość układanki dopełnia przedłużone działanie kortyzolu, który negatywnie wpływa na aktywność hipokampa i powoduje problemy z zapamiętaniem innych szczegółów zdarzenia oraz – w skrajnej postaci – niepamięć zdarzenia lub jego elementów.

Liczne zniekształcenia pamięci zdarzenia traumatycznego u osób z PTSD można także wyjaśnić dominacją pamięci emocjonalnej nad świadomą pamięcią epizodyczną (dotyczącą zdarzeń). Zgodnie z tym wyjaśnieniem wysoki poziom hormonów stresu (w tym wypadku głównie glikokortykoidy) blokuje aktywność hipokampa i związanej z nim pamięci epizodycznej. Interesujące jest to, że blokadzie hipokampa towarzyszy jednocześnie wzmocnienie aktywności ciała migdałowatego i związanej

Chcesz wiedzieć więcej?

Hayes, J.P. i in. (2012), Emotion and cognition interactions in PTSD: a review of neurocognitive and neuroimaging studies, *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 6, s. 1-14.

<http://www.ebezpieczni.pl/zaburzenia-pamieci-chorych-zespolem-stresu-pourazowego/>

z nim nieświadomej pamięci emocjonalnej. Dlatego podczas traumatycznego wydarzenia jego ofiara praktycznie nie ma wyjścia: pamięć emocjonalna koduje informacje ważne z perspektywy przetrwania, a pamięć świadoma epizodyczna nie zostaje dopuszczona do analizy sytuacji. W efekcie stany i reakcje emocjonalne dominują nad racjonalnym stylem działania i osoba z PTSD przestaje efektywnie radzić sobie z codziennymi wymaganiami.

dr Piotr Markiewicz

ERRATA

W poprzednim odcinku (nr 15) znajdują się dwie infografiki (*Stan typowy* oraz *Stan stresowy*) bez dodatkowych informacji i źródeł. Uzupełnienie do ramki *Stan typowy* jest następujące: Źródło: Arnsten A.F., Mazure C., Sinha R. (2012), This is your brain in meltdown. *Scientific American*, 306. Adaptacja własna. Oznaczenia 1-4 wskazują na obszary kory przedczołowej, które realizują funkcje: (1) realistycznej oceny sytuacji i monitorowania błędów, (2) sterowania uwagą i myślami, (3) hamowanie wadliwych zachowań, (4) kontroli emocjonalnej.

Z kolei uzupełnienie do ramki *Stan stresowy* jest następujące: Źródło: Arnsten A.F., Mazure C., Sinha R. (2012), This is your brain in meltdown. *Scientific American*, 306. Adaptacja własna. Oznaczenia 1-2: (1) odpowiedzi emocjonalne, (2) zachowania kompulsywne.



ISO 9001:2008 audit nadzoru systemu

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie wdrożony jest System Zarządzania Jakością w oparciu o międzynarodową normę ISO 9001:2008.

23 kwietnia 2015 roku w szpitalu odbył się po raz kolejny audit nadzoru systemu.

Audit został przeprowadzony przez Polską Izbę Handlu Zagranicznego. Zespół auditorów odwiedził wybrane oddziały i działy szpitala w celu poszukiwania dowodów na to, że system zarządzania jakością funkcjonuje zgodnie z założeniami normy.

Audиторы przeprowadzili audit u Dyrektora szpitala, Pełnomocnika ds. Jakości, Administratora Bezpieczeństwa Informacji oraz w: oddziale okulistycznym, poradni chirurgii naczyniowej, pracowni immunologii transfuzjologicznej, na bloku operacyjnym, w dziale gospodarczym. Ocenie poddano obszary związane z prowadzoną polityką jakości, ochroną danych osobowych, nadzorem nad realizowaną usługą leczniczą i diagnostyczną, nadzorem nad dokumentacją medyczną i systemową, zarządzaniem infrastrukturą i środowiskiem opieki, gospodarką odpadami.

W opinii audytorów do mocnych stron systemu jakości w naszym szpitalu należą:

- zaangażowanie Dyrektora,
- wysoki poziom wiedzy i kompetencji pracowników, wykazujący zaangażowanie w wykonywaniu zadań zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem, oczekiwaniami pacjentów i ustaleń systemowych,
- podejmowanie działań zmierzających do zaspokojenia potrzeb i oczekiwań pacjentów,
- dojrzałość systemu zarządzania jakością oraz ciągły proces jego doskonalenia,
- przeprowadzanie wielu analiz wskaźników jakości, które dostarczają informacji na temat prowadzonych działalności i innych zdarzeń występujących w szpitalu.

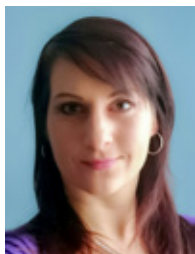
Nie zidentyfikowano słabych stron systemu. Auditorzy sformułowali jednak dwa spostrzeżenia dla obszarów, w których należy przeprowadzić działania doskonalące. Do tych obszarów należą: ochrona danych osobowych oraz dokumentacja pacjenta w odniesieniu do zapisów zawartych w karcie informacyjnej.

Przeprowadzony audit potwierdził zgodność Systemu Zarządzania Jakością z wymaganiami normy ISO 9001:2008. W kwietniu 2016 roku szpital zostanie ponownie poddany auditowi certyfikującemu.

Katarzyna Łagodzińska

Na dyżurze

nie myślimy o sobie cz. 2



Nasz „idealny jadłospis”

Śniadanie: to ten pierwszy, najważniejszy posiłek w ciągu całego dnia. Powinniśmy go spożyć w ciągu ok. dwóch - trzech godzin po obudzeniu się. Wtedy dostarczamy naszemu organizmowi energię potrzebną na „start” i pozwalamy mu funkcjonować, poziom cukru łagodnie podnosi się we krwi, dzięki czemu jesteśmy w stanie jasno myśleć i pracować. Jeśli tego zaniechamy przestawia się on na tak zwany tryb oszczędnościowy i nasz mózg mniej wydajnie pracuje. Objawia się to najczęściej ospałością, mniejszą bystrością umysłu i trudnościami z koncentracją. Gdy mamy dzień wolny nie ma w tym nic skomplikowanego, jeśli jednak zaczynamy dyżur to nie jest już takie proste.

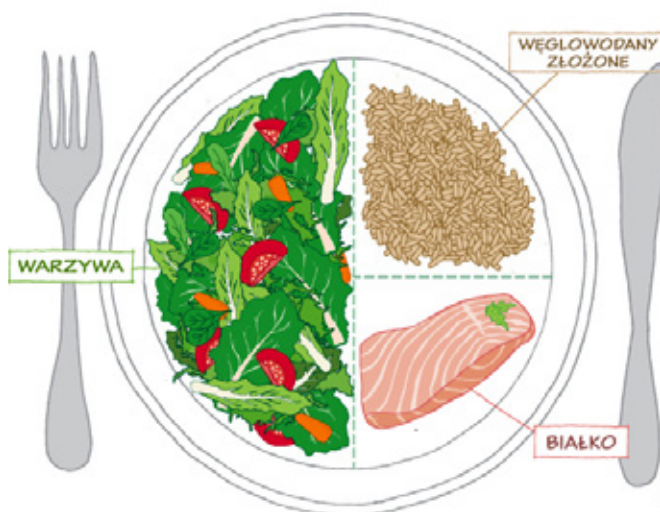
W domu, przed dyżurem zazwyczaj jest zbyt wcześnie abyśmy mieli ochotę zjeść coś pożywne, najlepszą porą dla nas na śniadanie jest pierwsza godzina dyżuru, tylko z racji wykonywanego zawodu niemożliwa do zrealizowania. Zapytałam ostatnio 65 pielęgniarek pracujących w naszym Szpitalu o to, w jakich godzinach jedzą śniadanie. Tylko 4 osoby zjadają śniadanie przed dyżurem, więc mieszczą się w zalecanej przedziale godzinowym, pozostałe 61 osób zjada śniadanie w godzinach 10:00 – 11:00, a to przypada na czwartą, piątą lub nawet już szóstą godzinę po obudzeniu się, w zależności od tego, jaką drogę pokonujemy w drodze do Szpitala. A co na śniadanie? W uproszczeniu, najbardziej wartościowe dla nas będą 2-3 kromki chleba razowego z odrobiną masła, do tego polecam chudą wędlinę lub szynkę i warzywa typu pomidor, ogórek, sałatę. Idealnie będzie jeśli wypijemy do tego szklankę soku warzywnego.

II śniadanie: pora drugiego śniadania najlepiej przypada na godzinę 11:00, jednak w przypadku pełnienia przez nas dyżuru określone godziny posiłków są bardzo trudne do realizacji. Jeśli chodzi o skład tego posiłku to polecam porcję produktu pochodzenia mlecznego: szklanka maślanki, kefiru lub jogurtu z dodatkiem owoców, pamiętając, że jedna porcja owoców to jedno jabłko, gruszka, grejpfrut, lub 2-4 mandarynki, śliwki. Jeśli przeliczyć chcielibyśmy mniejsze owoce na porcję to wtedy porcjowanie przypada na szklanki i tak np. szklanka jagód, truskawek, malin, jeżyn, wiśni. Do jogurtu czy maślanki polecam dodać 2-3 łyżki płatków zbożowych.

Obiad: Najlepsza pora na obiad to godzina 14:00. Jeśli chodzi o sam posiłek to sprawa tutaj jest bardzo prosta gdyż naukowcy wymyślili dla nas mądry sposób na zobrazowanie tego posiłku w postaci talerza (mając na myśli standardowy talerz, nie ten od 60 cm pizzy). I tak 50% pojemności talerza powinny wypełniać warzywa (tutaj polecam w szczególności sałatę, brokuły, brukselki, szpinak, ogórki, pomidory, marchew), kolejne 25% pojemności talerza powinny zajmować węglowodany zło-

żone (brązowy ryż, warzywa strączkowe, pełnoziarnisty chleb, ziemniaki, ciemny makaron) i kolejne 25 % naszego talerza to białka (drób, chuda wołowina, ryby, jajka, soja i jej przetwory). A co z zupą? A właśnie, jeśli zdecydujemy się na zupę to polecam taką, która zawiera w sobie węglowodany i białko, ale po takiej porcji rezygnujemy z drugiego dania.

Dobrze zbilansowany posiłek



Podwieczerek: przypada na godzinę 17:00. Jest to posiłek z którego rezygnujemy w momencie, kiedy nasz dzień jest krótki i nie wymaga zjadania pięciu lecz czterech posiłków dziennie. Nie różni się niczym od drugiego śniadania. Powinien zawierać produkt pochodzenia mlecznego i owoce.

Kolacja: najprościej ujmując to potowa obiady. Obiad w pomniejszonej wersji. Jego pora przypada na godzinę 20:00 ale pamiętajmy by nie jeść przed samym snem. Jeśli kładziemy się spać ok. godziny 22:00 – 23:00 to śniadanie można zjeść kolację o tej wyznaczonej porze. I tutaj porcja warzyw z odrobiną produktów zbożowych i białkiem.

Patrząc na cały jadłospis pamiętajmy, że jeśli przestrzegamy godzin posiłków i zachowujemy odpowiednie porcje to na pewno w ciągu dnia nie odczujemy głodu.

Jak każdy dietetyk polecam zawsze zjeść mniej a częściej niż rzadziej a więcej, wynika to oczywiście ze względów zdrowotnych. Ale zdaje sobie sprawę jak trudno jest trzymać się godzin posiłków, nawet tych przybliżonych podczas naszej pracy.

Starajmy się jednak z wzajemną wyrozumiałością aby nasz dzień liczył przynajmniej 4 posiłki dziennie. Abyśmy mogli znaleźć chwilkę dla siebie po to, by czuć się lepiej, wydajniej myśleć i zyskiwać zdrowie. Rozumiem też, że praca w dyżurach nocnych skutecznie zakłóca nam porządek jadłospisu, ale na to także znajdziemy optymalne rozwiązanie. A najczęściej popełnianym błędem w naszych jadłospisach przyjrzymy się kolejnym razem.

Smacznego. Agnieszka Hryniewicka



Cykl: Ból kręgosłupa, czy jest na to lekarstwo?

Proste sposoby na zdrowe plecy

Praca z pacjentem. W poprzednim artykule naszego cyklu obiecaliśmy Państwu przedstawić kilka praktycznych wskazówek: „w jak sposób chronić kręgosłup personelu medycznego”, gdyż wiemy, że zagadnienia zmęczenia fizycznego, czy bólów kręgosłupa wśród personelu, szczególnie pielęgniarskiego, nie są obce. Nawet więcej, do chorób paraw zawodowych grupy pielęgniarek i położnych należą już m.in. zespoły bólowe kręgosłupa na tle zmian zwyrodnieniowo-dyskopatycznych. Praca zespołu pielęgniarskiego jest wysoce zróżnicowana pod względem wykonywanych czynności, jednak często do obowiązków należą te - związane z wewnętrznym transportem chorych.

1. Transfer pacjenta w łóżku

Źle: Częstym błędem popełnianym przez personel jest zbyt nisko ustawione łóżko (jeśli istnieje możliwość regulacji), a także niewłaściwa pozycja tułowia personelu podczas przekładania pacjenta – zgięcie kręgosłupa do przodu, wyprostowane nogi, pochylenie głowy, co znaczenie przeciąża dolny odcinek kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego, zbyt szeroko / wąsko rozstawione ręce – negatywna siła oddziaływania na kręgosłup, gorsza ergonomia pracy podczas przenoszenia.



Dobrze: Kręgosłup powinien być wyprostowany, nogi lekko ugięte w stawach kolanowych i biodrowych, stopy lekko rozstawione na szerokość bioder, aby uzyskać dobre podparcie. Ręce podtrzymujące pacjenta lub prześcieradło rozstawione na szerokość barków, lekko ugięte w stawach łokciowych, wyprostowany kręgosłup w odcinku szyjnym.

Przesunięcie pacjenta w obrębie łóżka powinno odbywać się z zachowaniem krzywizn fizjologicznych kręgosłupa, z nogami ustawionymi między początkową, a końcową pozycją pacjenta, co gwarantuje wykonanie całej czynności bez zmiany pozycji nóg, jedynie przenosząc środek ciężkości ciała.



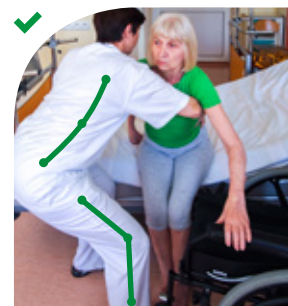
2. Transfer pacjenta: wózek/łóżko, łóżko/wózek przy pomocy 2 osób

Jedna osoba znajduje się za pacjentem, druga od strony jego nóg. Ważny jest w tym przypadku właściwy chwyt pacjenta za kończyny górne i dolne. Osoba stojąca za pacjentem układa swoje ręce pod barkami pacjenta, trzymając go za przedramiona. Druga osoba unosi pacjenta pod ugiętymi kolanami, trzymając się za swoje ręce – tworząc podpórki. Obie osoby równocześnie unoszą chorego, zachowując fizjologiczne krzywizny swojego kręgosłupa. Przenosząc pacjenta na wózek, wykorzystujemy ruch ciała na ugiętych nogach. Podobny chwyt warto wykorzystać przy poprawianiu pozycji pacjenta na wózku.



3. Transfer pacjenta: wózek/łóżko, łóżko/wózek przy pomocy jednej osoby

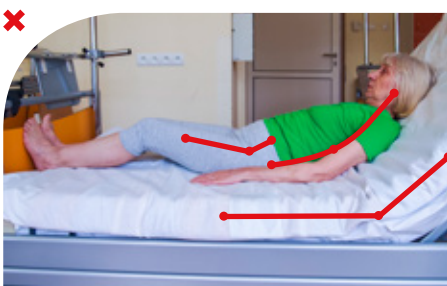
Dotyczy pacjentów czynnie współpracujących podczas przesadzania. Ważne jest właściwe ustawienie wózka, zabezpieczenie go hamulcami, zdjęcie boku wózka po stronie łóżka, a także odchylenie lub ściągnięcie podnóżków.



Należy stanąć przodem do pacjenta chwytając go z tyłu za tułów pod pachami, jednocześnie ustawiając kolana pacjenta między własnymi nogami. Pamiętajmy o tym, aby stopy pacjenta były w pełni ustawione na podłodze.

W początkowej fazie pacjent sięga i podpira się ręką w kierunku transferu (opiera się o łóżko, bądź o bok wózka), drugą ręką asekuruje się podpierając się o stabilne podłoże.

4. Częściowa pionizacja pacjenta w łóżku wykorzystując pozycję krzesłową i anty Trendelenburga w łózkach z regulacją elektryczną



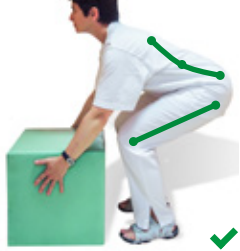
Właściwa pionizacja pacjenta polega na wykorzystaniu ugięcia części nożnej łóżka, w celu zabezpieczenia chorego przed zsuwaniem się w dół. Należy pamiętać o zabezpieczeniu barierkami bocznymi.

Zbyt niskie ułożenie pacjenta na łóżku (gdy się pacjent zsunie) przy jednoczesnym uniesieniu podparcia pod plecy powoduje nadmierne zgięcie kręgosłupa lędźwiowego pacjenta. Bywa to częstym powodem bólów kręgosłupa pacjentów leżących.

5. Podnoszenie przedmiotów z podłogi

Błędem podnoszenia różnych przedmiotów, czy ciężarów z podłogi jest wykonywanie tej czynności na wyprostowanych nogach i zbyt dużym zgięciu tułowia! Pamiętajmy, że zawsze należy stanąć w lekkim rozkroku, wykonać ugięcie nóg w stawach kolanowych oraz biodrowych, starając się zachować maksymalnie wyprostowany tułów (utrzymanie fizjologicznej lordozy lędźwiowej).

Przedmiot chwytamy maksymalnie blisko tułowia.



Poradnik powstał we współpracy z dr Piotrem Siwkiem, ordynatorem Oddziału Rehabilitacyjnego oraz z fizjoterapeutami: mgr Agnieszką Adamowicz oraz z mgr. Arkadiuszem Szymaniakiem.

Magdalena Kantorczyk



Człowiek chory, Pacjent, przybywa do szpitala lub poradni, pracownicy diagnostycznej w celu ustalenia przyczyny dolegliwości, wyeliminowania choroby, wyleczenia chorego narządu, poprawy stanu zdrowia. Oczekuje pozytywnego rozwiązania problemu, z którym przybywa.

Pracownicy medyczni podejmują działania diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, rehabilitacyjne. Celem działania jest ustalenie przyczyny choroby, uzyskanie poprawy stanu zdrowia, wyleczenie.

Tak więc zarówno pacjenci jak i pracownicy medyczni zakładają uzyskanie pozytywnego wyniku interakcji.

Nie zawsze jesteśmy w stanie przewidzieć wszystkie okoliczności mogące wpłynąć na przebieg leczenia i zmieniające zamierzony efekt. Pomimo wykorzystania wielu możliwości medycznych i dążenia staranności, niestety niekiedy dochodzi do wystąpienia zdarzenia niepożądanego.

Zdarzeniem niepożądanym, wg definicji zamieszczonej w Standardach akredytacyjnych wydanie 2 z 2009 r. - jest szkoda wywołana w trakcie/w efekcie leczenia, nie związana z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzyko jej wystąpienia.

Zainteresowanie problemem zdarzeń niepożądanych na przestrzeni ostatniego wieku było niewielkie ale o różnym nasileniu w poszczególnych krajach. W Stanach Zjednoczonych na początku XX wieku jeden z pionierów poprawy jakości w szpitalach chirurg Ernest Amory Codman zaproponował chirurgom renomowanego Massachusetts Hospital poprawienie prowadzenia dokumentacji medycznej oraz przyjęcie wyników końcowych leczenia za najważniejsze kryterium oceny zarówno indywidualnych chirurgów, jak i szpitali. Początkowo nie uzyskał aprobaty środowiska medycznego ani też zarządów szpitali. Z czasem z inicjatywy części członków American College of Surgeons, dyrektorów szpitali oraz towarzystw ubezpieczeniowych zainicjowany został i rozwinął się program sprawdzania i poprawy jakości.

W Europie zaangażowanie tematem jest różnorodne, większe zainteresowanie identyfikacją zdarzeń niepożądanych i tworzonymi na ich podstawie projektami poprawy jakości obserwuje się w krajach skandynaw-

Monitorowanie zdarzeń niepożądanych w Szpitalu

skich i Wielkiej Brytanii niż np. krajach Europy Południowej. Według badań przeprowadzonych w Unii Europejskiej (Medical errors, Eurobarometr, January 2006).

- 4 na 5 obywateli EU klasyfikuje błędy medyczne jako bardzo istotny problem w ich kraju
- 23% ankietowanych twierdzi, że oni lub ich rodziny byli ofiarami błędów
- 18% twierdzi, że błąd wystąpił w szpitalu

W Polsce problematyka identyfikacji i rejestracji zdarzeń niepożądanych została zainicjowana przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia i upowszechniana poprzez propagowanie wymagań standardów akredytacyjnych opublikowanych w wydaniu z 2009 r.

W dziale standardów - Poprawa Jakości, zdefiniowano wymagania dotyczące zasad gromadzenia informacji o zdarzeniach niepożądanych, analizowania danych oraz wykorzystywania informacji do wdrażania działań poprawiających bezpieczeństwo pacjentów.

PJ5. Bezpieczeństwo Pacjenta

Bezpieczeństwo pacjenta jest podstawowym wymiarem jakości opieki i stanowi integralny element systemu poprawy opieki. Organizacja powinna wprowadzić system pozwalający na regularną ocenę bezpieczeństwa pacjenta i wyciąganie wniosków z prowadzonej oceny. Służy temu identyfikowanie, gromadzenie i analizowanie danych na temat zdarzeń niepożądanych związanych z opieką nad pacjentem. Istotne jest wykorzystywanie wniosków i ukierunkowanie na możliwość uczenia się na podstawie ewentualnych błędów.

Zdarzeniem niepożądanym jest szkoda wywołana w trakcie/w efekcie leczenia, nie związana z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzyko jej wystąpienia.

Zdarzenia niepożądane wymagające monitorowania i analizy to m.in.:

1. ciało obce pozostawione w polu operacyjnym,
2. niewłaściwy pacjent / miejsce / strona operowana / niewłaściwa procedura operacyjna,
3. odczynnikowa infekcja tożyska naczyniowego,
4. uszkodzenia ciała powstałe w wyniku zabiegu operacyjnego,
5. sepsa po zabiegu operacyjnym,
6. embolia płucna lub zakrzepica żył głębokich po zabiegu operacyjnym,
7. samobójstwo w szpitalu,
8. niewłaściwe podanie leku (nie ten lek, dawka, pacjent, czas podania, droga podania),
9. upadki w szpitalu,
10. nieterminowe dostarczenie opieki,
11. reoperacje,
12. nieplanowane, powtórne hospitalizacje,
13. samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala.

Istotna jest systematyczna analiza danych, pochodzących nie tylko z raportowania zdarzeń niepożądanych, z także innych źródeł, takich jak: zgłoszenia pacjentów,

skargi i wnioski, roszczenia, szpitalne / oddziałowe analizy istotnych zdarzeń związanych z hospitalizacją.

PJ5.1 W szpitalu identyfikuje się i gromadzi dane na temat zdarzeń niepożądanych

Głównym celem systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych jest poprawa bezpieczeństwa pacjenta.

Systemy takie to tzw. Reporting and Learning Systems (RLS), czyli systemy raportowania i uczenia się. Zgłaszanie danych o zdarzeniach ma znaczenie tylko wtedy, jeżeli zdarzenia te stanowią przedmiot analizy, a personel medyczny, uczestniczący w zdarzeniu, uzyskuje informację zwrotną. System gromadzenia danych nie może służyć identyfikacji i stygmatyzacji osób uczestniczących w zdarzeniu.

System raportowania powinien być dobrowolny i poufny, może być systemem niezależnym lub zintegrowanym z systemem rejestracji skarg i wniosków, czy roszczeń pacjentów. Źródłem dodatkowych informacji o zdarzeniach mogą być wyniki badań anatomopatologicznych, czy analiza doświadczeń pacjentów, których zdarzenie bezpośrednio dotyczy. Każda organizacja opieki zdrowotnej powinna opracować jak najbardziej skuteczny, lokalny system zbierania informacji na temat zdarzeń niepożądanych.

Czy wiemy jak duży problem stanowią zdarzenia niepożądane w Polsce? Niestety nie, gdyż dotychczas nie opracowano jednolitego systemu gromadzenia danych. Jednak coraz więcej szpitali podejmuje działania zmierzające do pozyskania tych danych upatrując w nich punktów wyjścia do podejmowania działań zapobiegawczych czy korygujących, wpływających na poprawę jakości i bezpieczeństwa opieki. W naszym szpitalu rejestrację zdarzeń niepożądanych rozpoczęto w 2009 r. Początkowo rejestrowaniu podlegały głównie upadki pacjentów urazy, samowolne opuszczenie szpitala. W 2011 r. wdrożono system rejestracji rozszerzony o zdarzenia sugerowane w standardach akredytacyjnych. Każdy pracownik ma prawo i obowiązek zgłoszenia zdarzenia niepożądanego, na piśmie, zgodnie z wydanym zarządzeniem dyrektora nr 34 z dnia 05.09.2011 r., w sprawie: identyfikowania, rejestrowania, monitorowania, zdarzeń niepożądanych i podejmowania działań naprawczych.

Zgromadzone informacje stanowią bogaty zbiór danych, który poddawany jest analizie na różnych etapach organizacji i służy do podejmowania działań naprawczych przyczyniając się tym samym do poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

Stare powiedzenie mówi, że lepiej uczyć się na błędach innych niż na własnych. Wiedza o ilości zdarzeń jest tylko informacją dlatego też nie można poprzestać na gromadzeniu danych. Ważne jest aby poszczególne zdarzenia, jak i zdarzenia globalnie występujące w szpitalu poddać byłą analizie. W wyniku analizy należy wyciągnąć wnioski, a następnie opracować i wdrożyć projekty poprawy oraz wyko-

*Hanna Taraszkiewicz
z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa*



Przygotowanie do rodzicielstwa i porodu

Powszechnie znane i akceptowane jest określenie w naszym społeczeństwie, że „rodzicielstwo” to bycie matką i ojcem. Z tym wiążą się jednak pewne prawa i obowiązki wobec dzieci. Kiedy zawieramy małżeństwo stajemy się rodziną, kiedy zaś zaistnieje ciąża małżonkowie stają się rodzicami. Okres, który poprzedza poczęcie dziecka powinien być wykorzystany przez partnerów do lepszego poznania się do ustalenia wspólnego stanowiska w kwestii dotyczącej liczby urodzeń, czasu w jakim chcemy mieć potomstwo.

Ważna jest rola każdego z partnerów w nowej rzeczywistości, a także sytuacja materialna i zawodowa. Istotą rzeczy jest jednak zdrowie rodziców przed ciążą jak i w czasie trwania. Zdrowi rodzice do zdrowe potomstwo. Od ich zdrowia, postawy i zachowań zależy rozwój fizyczny i psychiczny dziecka.

Małżonkowie powinni wspólnie przeżywać zarówno radość związaną z pojawieniem się nowego członka rodziny jak i różnorakie kłopoty. Sprzyja to rozwojowi prawidłowych postaw rodziców i dobrych relacji z bliskimi.

Rodzicielstwo to nowa rola społeczna dla każdego z partnerów. Wymaga zatem wzbogacenia wiedzy na temat dziecka tego, co go czeka i jaka będzie jego przyszłość. Wcześniej podjęta edukacja małżonków dotycząca planowania rodziny, fizjologicznego przebiegu ciąży, porodu, potogu, pielęgnowania dziecka pozwala małżonkom na lepsze zrozumienie zmian, które ich czekają. Ułatwi też rozpoznania nieprawidłowości, a co za tym idzie zmobilizuje ich do zasięgnięcia porady zarówno u lekarza ginekologa jak i położnej. Ważnym aspektem jest też zapewnienie przez rodziców jak najlepszych warunków do rozwoju dziecka w czasie ciąży jak i po urodzeniu.

Musimy pamiętać o tym, że nikt i nic nie jest w stanie zastąpić miłości matczynej i ojcowskiej.

Bywa, że rodzice muszą podejmować ważne decyzje życiowe, zmienić swoje potrzeby i aspiracje zawodowe (przerwanie pracy zawodowej przez matkę, które z rodziców będzie korzystało z urlopu macierzyńskiego, czy mogą liczyć na pomoc bliskich). Te objawy i niepokoje czasami narastają do zbyt dużej rangi, która powoduje odsunięcie posiadania potomstwa na czas zbyt odległy. Obecnie nowoczesne położnictwo jest w stanie wykorzystać wiele zdobyczy nauki i techniki, a przede wszystkim psychoprofilaktyki.

Czasami jednak zapominamy, że technizacja medycyny wypacza naturalną funkcję rodzenia, czyniąc z kobiety „przedmiot” w porodzie a powinna być ona „podmiotem”, natomiast przedmiotem troski i niepokoju - „dziecko”. Rodzice mogą pogłębiać swoją wiedzę na temat przebiegu ciąży i porodu, a także nabyć umiejętności praktycznych dotyczących pielęgnacji dziecka spotykając się z położną rodzinną w ramach NFZ po 21 tygodniu ciąży (w środowisku domowym), a także uczestniczyć w zajęciach prowadzonych przez szkoły rodzenia.

Najróżniejsze źródła informacji do których mogą sięgnąć ciężarne ich otoczenie i najbliżsi nieraz dostarczają wiadomości niepełnych lub nawet nieprawidłowych. Ważnym dodatkowym źródłem informacji są broszury i filmy przygotowywane z reguły do poradni prenatalnych i szkół rodzenia. Przy podejmowaniu decyzji zwykle brane są indy-

widualne poglądy na temat porodu, ale w praktyce nie zawsze wszystko musi przebiegać zgodnie z przyjętymi założeniami. Współcześnie stosowana psychoprofilaktyka położnicza to zespół działań, które zmierzają do kształtowania się nowego modelu przeżywania rodzicielstwa w modelu tym podkreśla się ważną rolę ojca i matki. Dotyczy on trzech bardzo ważnych elementów: dydaktyki, psychoterapii i fizjoprofilaktyki.

Dydaktyka - objaśnia rodzicom fizjologiczny przebieg ciąży, porodu i potogu, a także funkcję jaką mają w tym czasie do spełnienia. Fizjoprofilaktyka - to pewna forma treningu, ma na celu poprawę kondycji ogólnej kobiety (wzmocnienie mięśni tłoczni brzusznej, dna macicy), uczy właściwego sposobu oddychania podczas skurczów macicy, a także relaksacji.

Uczestniczenie w takiej formie zajęć pozwala rodzicom na zrozumienie wielu zmian, które zachodzą u kobiety. Uczą określonych umiejętności, zacieśniają więź, uczą poszanowania przeżyć, odczuć i oczekiwań przyszłych rodziców. Małżonkowie i rodzina czekają na to kilka miesięcy z radością, ale także z lękiem i niepokojem. Nie wolno zapominać, że wiele kobiet może doświadczyć pełnej satysfakcji z porodu przy minimalnej pomocy fachowej lub przy wykorzystaniu wspomnianych metod. Poród jest wielkim wydarzeniem w życiu rodzącej kobiety i jej rodziny. Jest ogromnym przeżyciem emocjonalnym i ma znaczący wpływ na psychikę i tożsamość przyszłej matki.

Dobrze przeżyty poród może pomóc jej osiągnąć dojrzałość, może ją otworzyć, rozwinąć i dać pełne przeżywanie kobiecości i macierzyństwa. To w jaki sposób rodzą kobiety i to jak przychodzą na świat dzieci jest głęboko związane z poglądami całego społeczeństwa na sprawy natury, nauki, zdrowia, medycyny, wolności, relacji międzyludzkich, a zwłaszcza na relacje między kobietą i mężczyzną. Kobiety domagają się przestrzegania swoich praw do odbycia tego niezwykłego i bardzo ważnego w życiu wydarzenia w sposób godny i w otoczeniu osób najbliższych w przyjaznej atmosferze. W naszej edukacji przedporodowej ważne jest aby kobieta uwierzyła w siebie, swoje siły i instynkt. Przeżywała poród radośnie, spontanicznie z ufnością, wstępując się we własne ciało i jego możliwości, wykazywać się odwagą i pewnością.

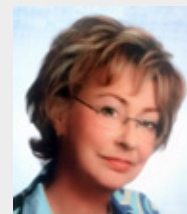
Nie zapominajmy, że wiele kobiet doświadcza pełnej satysfakcji z porodu przy minimalnej pomocy położnej. Korzystając z najprostszych metod w postaci słownego uspokojenia i relaksacji. Żadna rodząca nie powinna niepotrzebnie cierpieć z bólu, który jest źródłem stresu dla niej i dziecka. Każdą rodzącą należy traktować indywidualnie tak aby mogła doświadczyć pełnej satysfakcji z przebiegu porodu mimo różnych negatywnych czynników. Mając zapewnioną fachową opiekę medyczną poczucie bezpieczeństwa, wsparcie osoby bliskiej często kobieta budzi podziw i niedowierzanie personelu. Zadaniem wszystkich osób, które uczestniczą w tym wydarzeniu jest stworzenie odpowiednich warunków z poszanowaniem godności osobistej kobiety, zachowaniem ciszy, spokoju, intymności, a przede wszystkim wykazaniem się medycznym profesjonalizmem. Każdy poród jest poszukiwaniem wspólnej drogi osób w nim uczestniczących, w twórczym zmaganiu bólu, tajemnicy i triumfie jakim jest urodzenie zdrowego dziecka.

„Nie wystarczy poród jakoś wytrzymać. Poród trzeba odpowiednio rozegrać”

W. Fijałkowski; Dar Rodzenia

Maria Łapko

położna rodzinna specjalistka
pielęgniarstwa położniczego,
prezes Kolegium Pielęgniarek
i Położnych Rodzinnych
w Olsztynie



Literatura:

1. „Wybrane zagadnienia z położnictwa i ginekologii dla położnych” - Adam Czełkowski Wyd. SAM Katowice 1999
2. Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii” - Celina Łepecka-Kłusek Wyd. Czelej Lublin 2003
3. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2007
4. „Dar Rodzenia” W. Fijałkowski PZWL. Warszawa 1974
5. Magazyn Pielęgniarki i Położnej „Poród to rytuał” 2008
6. Poród aktywny.” Nowe spojrzenie na naturalny sposób rodzenia” - J. Bałaskas NOW Warszawa 1997

Po wielu latach „wędrowania”



Uroczyste otwarcie Oddziału Gastroenterologicznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

Wreszcie doczekaliśmy się nowej siedziby Oddziału Gastroenterologicznego. Z udziałem wojewody Mariana Podziewskiego, wicemarszałek Wioletty Zysk-Ślaska i prezydenta Olsztyna Piotra Grzymowicza w środę - 10 czerwca uroczystie otworzyliśmy gastroenterologię, która po wielu latach „wędrowania” po piętrach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie doczekała się własnego miejsca.

Rozbudowa szpitala poprzez uruchomienie nowego skrzydła szpitalnego m.in. na potrzeby bloku operacyjnego pozwoliła na zagospodarowanie pomieszczeń po trakcie operacyjnym na V piętrze na potrzeby oddziału gastroenterologicznego. Utworzono 18-tóżkowy oddział z pełnym zapleczem. W ramach przebudowy utworzono także Pracownię Endoskopową, w sąsiedztwie której zlokalizowano salę wybudzeniową. Każdy pokój ma osobną łazienkę dla pacjentów, co jest bardzo ważne dla niektórych chorych muszących korzystać z toalety nawet 20-30 razy na dobę. Oddział jest dostosowany dla osób niepełnosprawnych. Gastroenterologię wyposażono w jedno łóżko specjalne za 12 652 zł, 16 łóżek elektrycznych za 154 690 zł, 2 szafy na endoskopy za 150 729 zł, moduł integracji ETD/ADC za 8 720 zł, 2 stoly do badań endoskopowych za 9 919 zł. W sumie koszt

nowego wyposażenia to 336,7 tys. zł. Ogólny koszt to 2 403 311 zł. Dotacja wyniosła 1 016 500 zł, z tego Urząd Marszałkowski przekazał 980 tys., a PFRON 36,5 tys. na przystosowanie oddziału do potrzeb niepełnosprawnych. Pozostałą kwotę przekazał WSS ze środków własnych.

Uroczystość rozpoczęła dyrektor Irena Kierzkowska, która powitała zgromadzonych gości. Oprócz wyżej wymienionych przybyli także Walenty Seliga, zastępca dyrektora Warmińsko-Mazurskiego Oddziału NFZ, Janusz Dzisko, dyrektor Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie, Grażyna Kula, dyrektor Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie, a także Sergiusz Rubczewski, który jako wojewoda olsztyński służył dużą pomocą w tworzeniu Oddziału Gastroenterologicznego i jego wyposażeniu w sprzęt.

Dr n. med. Tomasz Artukowicz, ordynator gastroenterologii serdecznie powitał prof. Eugeniusza Butruka (w kierowanej przez niego Klinice Gastroenterologicznej w Warszawie szkolili się nasi lekarze) i prof. Grażynę Rydzewską (zastępca dyrektora ds. leczenia i kierownik Kliniki Gastroenterologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie), którzy pomagali tworzyć olsztyńską gastroenterologię.

Następnie prof. Rydzewska przedstawiła interesujący wykład „Bezmyśl-

ny superorganizm, czyli stów kilka o tym jak bakterie jelitowe zarządzają naszym zdrowiem". Słuchacze mogli się z niego dowiedzieć m.in., że bakterie jelitowe ważą prawie 2 kilogramy i są 10-krotnie liczniejsze, niż ludzkie komórki. Superorganizm jelitowy wpływa na działanie mózgu, w tym szczególnie na funkcje poznawcze, podstawowe wzorce zachowań, interakcje społeczne i regulacje odpowiedzi na stres. Z dynamicznej i pełnej humoru prezentacji wynikało też, że bakterie mają wpływ na wrażliwość kobiet, ale także wpływają na zwalczanie alergii, a od ich składu zależy skłonność do tycia. Na zakończenie zaś w zabawny sposób przedstawiła życzenia dalszych sukcesów dla ordynatora Tomasza Artukowicza.

Zaproszeni gości w swoich wystąpieniach wyrażali uznanie dla działań dyrekcji i pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. –Powstanie tego oddziału jest sukcesem wszystkich jego pracowników – stwierdził wojewoda Marian Podziewski. Pogratulował też wkładu w zapewnienie bezpieczeństwa mieszkańcom całego regionu.

– Chciałabym złożyć wielkie podziękowania dla pani dyrektor Ireny Kierzkowskiej i zatrudnionym w szpitalu za sukcesy – powiedziała wicemarszałek Śląska-Zyśk. Prezydent Grzymowicz dodał zaś, że to dzięki umiejętnościom i wiedzy pracowników szpitala są możliwe takie osiągnięcia,



Potem nastąpił jeden z najbardziej wzruszających momentów uroczystości w sali audytornej – wręczenie statuetek w podziękowaniu za wkład w rozwój olsztyńskiej gastroenterologii. Z rąk wicemarszałek Wioletty Śląskiej-Zyśk otrzymały je dr Barbara Dąbrowska, dr Maria Sidor i Bożena Rusewicz, pielęgniarka oddziałowa. W imieniu wyróżnionych wystąpiła dr Dąbrowska. – Dziękujemy za dostrzeżenie naszej pracy i zaangażowania. To nie zawsze się zdarza – powiedziała. – Więcej już nic nie dodam, bo wzruszenie odbiera mi głos.

jak otwarcie zmodernizowanego Oddziału Gastroenterologicznego.

– Dlatego udaje się pozyskiwać środki i realizować wspaniałe inicjatywy – podkreślił.

Po uroczystości w sali audytornej goście wzięli udział w przecięciu wstęgi i zwiedzaniu nowego oddziału.

Przemysław Prais



Pomimo rozproszenia lokalowego zawsze dało się odczuć, że jesteśmy zespołem

Rozmowa z dr. n. med. Tomaszem Arłukowiczem, ordynatorem Oddziału Gastroenterologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



Czym dla Pana jest uzyskanie nowej siedziby dla Oddziału Gastroenterologicznego?

- Na początku chciałbym zaznaczyć, że przez wiele lat mimo nieoptymalnych warunków organizacyjno-logistycznych, polegających m.in. na rozproszeniu pomieszczeń, dzięki dużemu zaangażowaniu nie tylko profesjonalnemu, ale w wielu sytuacjach czysto ludzkiemu udało się nam zachować bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentami.

I to właśnie oni są największymi beneficjentami nowych warunków lokalowych, w tym węzłów sanitarnych przy każdym pokoju. Specyfika schorzeń gastroenterologicznych wymaga odpowiedniego zabezpieczenia sanitarnego. Dotąd chorzy mieli ograniczony dostęp do łazienek. Przy okazji chciałbym podziękować pacjentom, że podchodzili ze zrozumieniem do tych warunków. Do tego dochodzi klimatyzacja i poczucie jeszcze bliższego kontaktu z lekarzami, którzy będą przebywać w dyżurce na oddziale. Przedtem to pomieszczenie znajdowało się na innym piętrze.

Kolejnym plusem nowej siedziby jest zlokalizowanie w jednym kompleksie pracowni endoskopowej i zabezpieczenia w postaci zaplecza oddziałowego, co poprawia bezpieczeństwo zabiegów i ergonomię pracy. Ma

to szczególne znaczenie przy wykonywaniu zabiegów endoskopowych w cięższych przypadkach. Z drugiej strony daje też lepszą możliwość edukacji młodym adeptom gastroenterologii i studentom, bo dodatkowe monitory w pracowni umożliwiają większą liczbę asyst.

Chciałbym też podkreślić, że pomimo rozproszenia lokalowego zawsze dało się odczuć, że jesteśmy zespołem. W nowych warunkach te więzi powinny się jeszcze bardziej zacieśnić. Wyższy standard ma być zachętą do jeszcze optymalniejszego wykorzystania nowej bazy. Należy spożytkować energię wydatkowaną dotąd na skutek rozproszonych warunków lokalowych na podniesienie jakości naszej pracy.

Pani dr Barbara Dąbrowska była pańską poprzedniczką na stanowisku ordynatora gastroenterologii. Jak mógłby Pan ją scharakteryzować?

- Dzięki Pani dr Dąbrowskiej zyskałem bardzo wiele. Jedną z jej zasług było umożliwienie mi rozwoju zawodowego przez umożliwienie specjalizacji i obrony doktoratu, a także doping w zdobywaniu nowych umiejętności. Najbardziej jednak cenię aspekt humanistyczny, który zaszczerpiła mi pani doktor. Zawdzięczam jej ukształtowanie prawidłowego podejścia do pacjenta, co jest bardzo ważne w dobie stechnicyzowania medycyny, gdzie być może już niedługo dostęp do chorego będą już miały tylko roboty.

Mogę powiedzieć, że dr Dąbrowska była dla mnie najlepszym szefem, a teraz jest wzorowym asystentem. To, że ktoś potrafi się przestawić z roli przełożonego do roli podwładnego świadczy o wielkości człowieka. Dzięki takiej postawie dr Dąbrowskiej dalej możemy czerpać z jej doświadczenia, a zamia-

Stawy polskiej gastroenterologii o Oddziale Gastroenterologicznym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

Prof. Eugeniusz Butruk



Prof. Eugeniusz Butruk, jeden z twórców polskiej gastroenterologii, przez wiele lat kierował Kliniką Gastroenterologiczną w Warszawie, gdzie szkolili się olsztyńscy gastrologi. Jest prezesem Polskiej Fundacji Gastroenterologii.

Ze wzruszeniem i szacunkiem brałem udział w uroczystości otwarcia zmodernizowanego Oddziału Gastroenterologicznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. W ostatnich latach najczęściej miałem styczność z dr. Tomaszem Arłukowiczem.

Bardzo cenię jego cierpliwość w dążeniu do celu. Chciałbym też podkreślić obecność pana ordynatora na konferencjach naukowych. Jest to bowiem oznaką dążenia do ciągłego podnoszenia kwalifikacji.

Przemysław Prais

Prof. Grażyna Rydzewska



Prof. Grażyna Rydzewska, zastępca dyrektora ds. leczenia i kierownik Kliniki Gastroenterologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSW w Warszawie, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Krajowy Konsultant w Dziedzinie Gastroenterologii – od 2004 roku do 12.06.2014.

O olsztyńskiej gastroenterologii mam jak najlepszą opinię. Z panem doktorem Tomaszem Arłukowiczem współpracuję od 2005 r. Bardzo dobrze sprawdza się jako konsultant wojewódzki w dziedzinie gastroenterologii. Już wcześniej spotykaliśmy się z panią dr Barbarą Dąbrowską i jej mężem Andrzejem. Oboje wiele robili i robią dla rozwoju gastroenterologii. Początki to dobra współpraca gastrologii i chirurgii na bardzo wysokim poziomie. Mają też duże zasługi w przygotowaniu swoich następców. Zespół olsztyńskich gastrologów aktywnie uczestniczy w organizowanych w Warszawie konferencjach naukowych.

- na ról nie przeszkadza w procesie kształtowania postawy lekarskiej całego naszego zespołu. Pani doktor kontynuuje swoją misję edukacyjną niezależnie od sprawowanych funkcji.

Jakie ma Pan plany rozwoju oddziału?

- Te zamierzenia są bardzo konkretne. Chcemy rozwijać procedurę ECPW - endoskopową cholangiopankreatografię wsteczną. Przymierzamy się też do zabiegowej (do tej pory wykonujemy tylko diagnostyczną) endoskopowej ultrasonografii EUS, a także do wykonywania biopsji zmian nowotworowych pod kontrolą EUS a także drenaży endoskopowych zmian torbielowatych. Jest to zgodne z trendami rozwoju współczesnej gastroenterologii. Znakiem współczesnych czasów są bowiem procedury coraz mniej inwazyjne i coraz bardziej efektywne.

Drugim nurtem jest kontynuacja dotychczasowych działań, w tym przesiewowych badań jelita grubego w kierunku wczesnego rozpoznawania raka jelita grubego. Będziemy też techniką małoinwazyjną usuwać duże zmiany nowotworowe technikami endoskopowymi EMR i ESD. Proces szkolenia w techni-

kach już trwa. Nowe warunki organizacyjne w dużym stopniu nam to ułatwią.

Komu chciałby Pan podziękować za pomoc w modernizacji oddziału gastroenterologicznego?

- Pragnę wyrazić wdzięczność Pani dyrektor Irenie Kierzkowskiej. Co prawda również wcześniej mieliśmy obietnicę zielonego światła dla powstania nowej siedziby gastroenterologii, ale dopiero dyr. Kierzkowska doprowadziła do realizacji Nowej Gastroenterologii. Inwestycja nie zakończyłaby się sukcesem również bez Pana dyrektora Stefana Barabasa, zastępcy dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych. Jego doświadczenie i osobiste zaangażowanie było bezcenne. Dzięki niemu udało się pokonać wiele przeszkód technicznych, które pojawiły się przy adaptacji już istniejących pomieszczeń. Projekt rodził się w bólach, nie brakowało przeciwności losu, ale dzięki dyr. Barabaszowi udało się je przezwyciężyć.

Na zakończenie jeszcze raz dziękuję zespołowi za zaangażowanie, które kompensowało niedogodności organizacyjne w poprzedniej siedzibie naszego oddziału.

Przemysław Prais

Doczekałam się pięknej nowej siedziby

Rozmowa z Bożeną Rusewicz, pielęgniarką oddziałową Oddziału Gastroenterologicznego

Jakie były pani początki na gastroenterologii?

- Do pracy na ówczesnym oddziale wewnętrzno-chirurgicznym przyszedłam w styczniu 1976 r. Rok później wydzielił się z niego oddział wewnętrzny III,



który stał się zalążkiem gastroenterologii. Przychodzili do nas pacjenci z chorobami wewnętrznymi m.in. z cukrzycą, astmą. Wykonywaliśmy badania gastroskopo-

we – jelita, czy sigmoidoskopia. Służył do tego prymitywny z dzisiejszego punktu widzenia sprzęt. Należał do niego rektoskop - metalowa, sztywna rurka długości 30 cm i średnicy 2 cm. Badanie tym przyrządem było bardzo bolesne dla pacjenta. Wszystkie procedury diagnostyczne odbywały się w jednym gabinecie – pracowni badań. Dużym kłopotem było też noszenie na badania zasilacza do gastroskopu. Urządzenie ważyło 12 kilogramów, a trzeba je był nieść przez trzy piętra.

W tamtych czasach dużo kłopotów sprawiały też zapewne igły wielorazowego użytku.

- Były dla pielęgniarek prawdziwym utrapieniem i to z wielu powodów. Pierwszym była konieczność ich sterylizacji przez gotowanie w razem ze strzykawkami po każdym użyciu. Z czasem igły dostawały zadziórów i tępiły się, co znacznie utrudniało robienie zastrzyków, czy pobieranie krwi. Zdarzało się, że nie można nimi było przebić skóry.

Na szczęście te czasy należą do przeszłości.

- Sprzęt jednorazowy, który zaczął wchodzić do użytku w drugiej połowie lat 80. był prawdziwą rewolucją. Uczynił naszą pracę i łatwiejszą, i znacznie bezpieczniejszą. Także pacjenci mniej cierpią. Inaczej też wygląda wyposażenie. Na przełomie 1999 i 2000 roku zaczęliśmy otrzymywać sprzęt nowoczesny i jednocześnie przyjazny dla chorych. W 2009 r. oddział gastroenterologiczny wzbogacił się o nowoczesne wyposażenie, którego koszt wyniósł 1,5 mln zł. Najbardziej kosztownym urządzeniem zakupionym w ramach tego projektu jest ultrasonograf endoskopowy.

Oddział gastroenterologiczny to nie tylko sprzęt, ale także, a może przede wszystkim ludzie. Co powiedziała Pani o personelu?

- Przez wiele lat funkcjonowania gastroenterologii można mówić o stabilizacji zatrudnienia. Od początku pracują m.in. dr Barbara Dąbrowska i dr Maria Sidor. Długo staż mają także pielęgniarki: Małgorzata Urbańska, Marzena Trześniewska, Teresa Siok, Ewa Bieniek i Elżbieta Szumacher. Ja sama jestem najdłużej pracującą pielęgniarką w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym. Nasze pielęgniarki nieustannie się dokształcają. Jedna jest w trakcie specjalizacji z pielęgniarstwa zachowawczego, a dwie środowiskowego. I godzą naukę z ciężką pracą na oddziale i w pracowni endoskopowej.

Czy w czasie tych 40. lat, które spędziła Pani na gastroenterologii zmieniła się mentalność lekarzy i pielęgniarek?

- Generalnie przez cały ten okres stosunki między personelem były dobre. Na oddziale panowała i panuje przyjazna i spokojna atmosfera. To zastręga zgranego zespołu. Dzięki temu, że pielęgniarki są pracowite mają dobre relacje z lekarzami. Jeszcze w 1977 r., kiedy oddział wyodrębnił się z chirurgii miałam propozycję odejścia właśnie na ten oddział. Zostałam jednak i nie żałuję tej decyzji.

Z jakich procedur nie wykonywanych gdzie indziej mogą skorzystać pacjenci Oddziału Gastroenterologicznego?

- Od 2005 r. uczestniczymy w Programie Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego w ramach Programu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia. Dr Tomasz Artukowicz wprowadził i sam wykonuje podwiązanie żyłaków przetyku. Pacjenci przed zakwalifikowaniem do tego zabiegu przechodzą badanie hemodynamiczne. Przeprowadzamy także echo-endoskopię przewodu pokarmowego (EUS).

Jak podsumowałaby Pani swoją długoletnią pracę na Oddziale Gastroenterologicznym?

- W sumie w zawodzie pielęgniarki pracuję już 43 lata i w tym roku zamierzam przejść na emeryturę. Mogę więc powiedzieć, że na koniec swojej kariery zawodowej doczekałam się pięknej nowej siedziby gastrologii. Po 40 latach kończy się więc wreszcie jej i dzielenie pomieszczeń z innymi oddziałami. Jestem szczęśliwym człowiekiem i osobą spełnioną – zostawiam oddział w dobrym miejscu i w dobrych rękach.

Przemysław Prais



System kolejekowania pacjentów w laboratorium

W trosce o pacjenta - System kolejekowania pacjentów w laboratorium i na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, z informatyzowanie bloku operacyjnego oraz aplikacja do zdalnego monitorowania pacjenta to główne cele projektu realizowanego przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.

Jest on dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2007-2013, Oś priorytetowa 7 Infrastruktura społeczeństwa informacyjnego. Rozpoczął się w maju 2013 r. Wszystkie prace muszą być ukończone pod koniec czerwca 2015 r.

By operacja się odbyła - Ważnym elementem projektu jest aplikacja dla bloku operacyjnego, która ma uporządkować dokumentację i działania personelu lekarzy i pielęgniarek przy klasyfikacji pacjenta do zabiegu.

— Program komputerowy będzie zawierał całą historię medyczną pacjenta zanim trafi na blok. To szansa na sprawdzenie, czy chory jest odpowiednio przygotowany do zabiegu — wyjaśnia Radosław Kowalski, kierownik Działu Informatyki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. — Teraz często jest tak, że pacjent zgłasza się na zabieg, a okazuje się, że brakuje np. wyników laboratoryjnych i operacji w danym terminie nie można wykonać. Nowy system ma temu zapobiegać — dodaje.

Aplikacja to także udogodnienie dla zespołu bloku operacyjnego. Dzięki niej personel będzie mógł łatwiej przygotować się do operacji. Zostaną w niej także zawarte informacje, czy zabezpieczono materiały medyczne, np. w okulistyce soczewki czy w ortopedii endoprotezy.

— Nowością jest także zdalne ekg. Pacjent podczas badania nie musi leżeć w łóżku, może chodzić. Zapis będą na bieżąco obserwować lekarze — dodaje Radosław Kowalski.

W kolejce bez stresu - Pacjenci chcący skorzystać z usług Medycznego Laboratorium Diagnostycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego powinni zaopatrzyć się w bilet z numerem, który można pobrać z automatu w holu głównym szpitala. Numer uprawniający do wejścia do punktu pobrania wyświetli się na dwóch ledowych tablicach: jedna znajduje się w holu głównym, druga przed wejściem do laboratorium.



Dzięki takiemu rozwiązaniu pacjenci nie muszą już pilnować swojej kolejki, tylko spokojnie oczekiwać na wizytę na kanapach w holu szpitala.

Ułatwieniem dla pacjentów stało się także uwidocznienie na ekranach ledowych numerów kolejności przyjęć chorych przez personel Szpitalnego Oddziału Ratunkowego WSS w Olsztynie. Pacjentów podzielono na kategorie pilności przyjęć. Pracownik SOR dokonuje wstępnej segregacji chorych i wydaje pacjentowi numer jego pozycji w kolejce. Pomoc natychmiastowa jest udzielana pacjentom oznaczonym kolorem czerwonym. Jeśli numer widnieje nad żółtym paskiem (pomoc pilna) czas oczekiwania nie przekroczy 60 minut. Barwa zielona (pomoc odroczone) oznacza, że pacjent nie znajduje się w stanie zagrożenia życia, a oczekiwanie może wynieść do czterech godzin. 120 minut dłuższego oczekiwania mogą spodziewać się pacjenci oznaczeni na niebiesko (wyczekujący). To osoby zakwalifikowane jako chorzy, których czas oczekiwania nie stanowi zagrożenia dla ich stanu zdrowia.

— To ważny projekt nie tylko dla personelu szpitala, lecz także dla jego pacjentów. Kompleksowa informatyzacja wpłynie bowiem na podwyższenie standardu ich obsługi, a personelowi na bardziej racjonalne wykorzystanie czasu w dokumentowaniu procesu diagnostyki i leczenia — zapewnia Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, koordynator projektu. **Red.**

Wartość projektu – 1 913 242,28 zł

Środki europejskie – 1 459 791,16 zł

Wkład własny – 453 451,12 zł



Szkolenie z rozwoju kompetencji menadżerskich

W dniach 2 i 3 czerwca 2015 r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie odbyło się szkolenie połączone z warsztatami, poświęcone rozwojowi kompetencji menadżerskich w zakresie motywowania, oceny pracowniczej i zarządzania talentami. Zajęcia prowadziła Pani Anna Zdral z firmy House of Skills.

W szkoleniu uczestniczyło 19 osób, w tym: Dyrekcja WSS, po dwóch przedstawicieli NSZZ Solidarność, Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Związku Zawodowego Pracowników Ochrony Zdrowia oraz kierownicy niektórych komórek organizacyjnych szpitala.

Program obejmował zagadnienia: teorie motywowania, pieniądź jako czynnik motywujący, czynniki motywujące pracownika, motywujące ko-

munikowanie się, skuteczność pochwały, władza jako źródło motywowania, przełożony widziany oczami swoich pracowników (bycie autorytetem).



„Bądź czujny”

W Szpitalu rusza Program skринingowy „Bądź czujny” mający na celu zwiększenie prawdopodobieństwa wykrycia bezobjawowego raka trzustki u chorych ze świeżo rozpoznaną cukrzycą. Na ten cel Szpital otrzymał dotację celową z budżetu województwa warmińsko-mazurskiego, w wysokości 8 tys. zł.

50 pacjentów z regionu Warmii i Mazur, po 50-tym roku życia, z rozpoznaną w ciągu roku cukrzycą typu 2 i spadkiem masy ciała zostaną wstępnie zakwalifikowanych do udziału w projekcie. Po ustaleniu ich stanu zdrowia, braku przeciwwskazań i uzyskaniu zgody na badanie, 20 osób zostanie zaproszonych do Oddziału Gastroenterologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego na badanie endosonograficzne przewodu pokarmowego.

Kryteria kwalifikacji do udziału w projekcie

- wiek > 50 lat
- cukrzyca typu 2 rozpoznana w ostatnich 12 miesiącach
- utrata >2.25kg masy ciała w ciągu ostatnich 6 miesięcy
- zgoda na badanie endosonograficzne i brak przeciwwskazań do jego przeprowadzenia.

Informacje o prowadzonym projekcie zostaną rozesłane do lekarzy rodzinnych, którzy na podstawie otrzymanych materiałów prowadzić będą kwalifikację chorych do specjalistycznej konsultacji gastroenterologicznej, wręczając zaproszenie.

Termin wizyty, dogodny dla obu stron, chorzy będą mogli ustalać telefonicznie w sekretariacie Oddziału. W trakcie pobytu w Oddziale zostanie wykonane badanie endosonograficzne. Na podstawie jego wyniku chorzy będą kierowani do dalszej diagnostyki/leczenia specjalistycznego lub kontynuacji leczenia pod opieką lekarza rodzinnego.

Nowotwory złośliwe trzustki są istotną przyczyną zgonów z powodu chorób nowotworowych.



Sala na której przeprowadzane są badania endosonograficzne trzustki EUS

Rocznie, z tego powodu umiera w Polsce ponad 4500 osób, a corocznie nowotwór złośliwy trzustki jest rozpoznawany w Polsce u ponad 3 tysięcy osób.

Wysoka śmiertelność jest istotnie związana z faktem częstego wykrywania choroby w zaawansowanym stadium, kiedy obecne są przerzuty, a guz jest nieoperacyjny. Załedwie 1/4 pacjentów w chwili rozpoznania kwalifikuje się do leczenia operacyjnego. Większość nowotworów trzustki jest wybitnie złośliwa, rozrasta się w miejscu powstania i daje przerzuty. Dokładna przyczyna raka trzustki jest nieznana. Jego występowanie wiąże się m.in. z paleniem tytoniu, otyłością, nieprawidłową dietą, niektórymi chorobami genetycznymi, a ryzyko rozwoju raka wzrasta z wiekiem (pow. 50 r. ż.).

Objawy raka trzustki występują zazwyczaj późno, gdy nowotwór jest już zaawansowany, co znacznie utrudnia wczesne wykrycie. Symptomy wynikają zarówno z miejscowego działania guza (np. ucisku na sąsiednie struktury), powstania odległych przerzutów, jak i ogólnego wpływu choroby nowotworowej na organizm.

Nie ma skutecznej metody zapobiegania nowotworom trzustki. Zdrowy styl życia, przede wszystkim niepalenie papierosów i nienadużywanie alkoholu, niedopuszczanie do otyłości, mogą zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia i rozwoju raka trzustki.

Cukrzyca często towarzyszy rakowi. Zauważono, że świeżo rozpoznana cukrzyca może być jego pierwszym objawem. Chorzy ze świeżo rozpoznaną cukrzycą mają 8-krotnie większe

ryzyko wystąpienia raka trzustki niż pozostałe osoby z populacji. U części chorych z rakiem trzustki cukrzyca poprzedza objawy nowotworu o wiele miesięcy. Badanie skринingowe u bezobjawowych chorych ze świeżo roz-



badanie EUS

poznaną cukrzycą może pomóc wykryć raka trzustki w stadium kwalifikującym chorego do leczniczego zabiegu operacyjnego.

red.

Umowa na realizację zadania została podpisana 14 kwietnia 2015 r.

Termin realizacji zadania od 1 czerwca 2015 r. do 30 listopada 2015 r.

Projekt współfinansowany przez województwo warmińsko-mazurskie

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek i Położnych

Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Położnych Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie spotkała się z personelem pielęgniarskim, aby osobiście podziękować im za ich ciężką pracę oraz opiekę, jaką roztaczają nad chorymi. Nie obyło się bez skromnych подарunków. Każda Pielęgniarka i Położna Oddziałowa zabrała do swojego oddziału kosz ze słodkimi подарunkami dla wszyst-

kich Pań. Od czterdziestu lat Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek obchodzony jest 12 maja, w dniu urodzin Florence Nightingale – najstyniejszej pielęgniarki świata. To ona otworzyła pierwszą, świecką szkołę pielęgniarek w Londynie, jako pierwsza potraktowała pielęgniarstwo jako zawód, do którego wykonywania niezbędna jest edukacja w odpowiednim kierunku i praktyka. Podkreślała odrębność i samodziel-

ność opieki nad chorym oraz zwracała uwagę na prawa i zasady naukowe jako podstawy pielęgnowania. Twierdziła, iż pielęgnując chorego należy nie tylko podawać mu leki i robić okłady, ale również dostarczyć świeże powietrze, światło, zapewnić czystość, spokój, właściwą dietę, okazywać życzliwość i zainteresowanie oraz indywidualnie traktować każdego pacjenta.

Red.



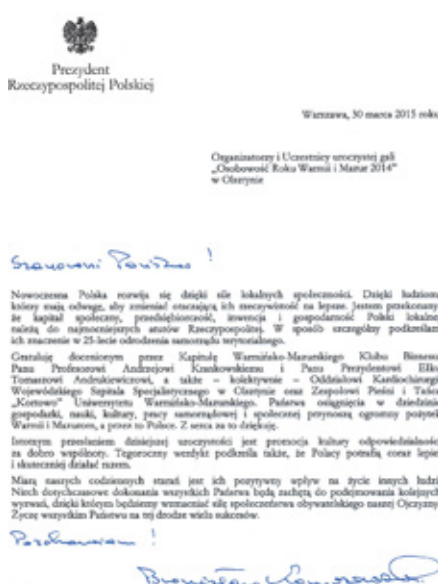
Osobowość roku Warmii i Mazur 2014

Warmińsko - Mazurski Klub Biznesu w Olsztynie przyznał tytuł OSOBOWOŚĆ ROKU WARMII I MAZUR 2014 Oddziałowi Kardiochirurgicznemu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, za wybitne osiągnięcia w dziedzinie chirurgicznego leczenia chorób serca i wielkich naczyń u dorosłych. Statuetkę odebrali: Irena Kierzkowska, dyrektor szpitala oraz kardiochirurg: dr Piotr Żelazny, ordynator oddziału i dr Andrzej Dmyterko.

Oddział Kardiochirurgii, do którego powstania przyczynił się prof. Zbigniew Religa, w tym roku obchodzi swoje 10-lecie.

Już od 22 lat Warmińsko - Mazurski Klub Biznesu nagradza osoby wyróżniające się w sferze nauki, kultury, medycyny, działalności gospodarczej lub społecznej.

Red.





SANTA CLARA

Miasto słynie z mauzoleum Eresto „Che” Guevary oraz miejsc związanych z rewolucją kubańską. Ta 200-tysięczna metropolia odegrała ważną rolę w historii Kuby. To właśnie tutaj w 1958 r. rozegrane zostały zwycięskie walki oddziałów powstańczych pod wodzą Che Guevary z rządowymi siłami generała Batisty. Che Guevara został głównym doradcą ideologicznym i najbliższym przyjacielem Fidela Castro. Jako partyzant Che był śmiały, impulsywny, lekko-myślny i kompletnie lekceważył niebezpieczeństwo. Był również błyskotliwym intelektualistą, biegłym wladającym kilkoma językami, pisał wiersze i reprezentował Kubę w międzynarodowych turniejach szachowych.

Do dzisiaj, kilkadziesiąt lat po śmierci, Ernesta Che Guevarę uważa się za bohatera i idealnego socjalistę. „Che” – to argentyńskie określenie będące odpowiednikiem polskiego „kumpel”. Kubańskie dzieci zaczynają dzień od recytacji patriotycznego hasła: „Pionierzy komunizmu, będziemy jak Che”. W domach i na ulicach w całym kraju wiszą plakaty z jego wizerunkiem, młodzi ludzie próbują go naśladować, a kobiety wzdychają do niego, niczym do gwiazdy filmowej. W 1965 r. poróżnił się z Castro i zrezygnował z pełnionych wielu funkcji i osiadł w Boliwii, gdzie próbował propagować ideę rewolucji – został aresztowany i zabity przez armię boliwijską w 1967 r. Po jego śmierci Castro ogłosił wielką żałobę narodową,

a później przez lata budował jego kult. Uznaje się go za męczennika, którego marzenie o rozpropagowaniu socjalizmu na całym świecie nie miało szans na spełnienie, ale któremu udało się osiągnąć tyle w krótkim życiu, że ciągle pozostaje najbardziej czczonym rewolucjonistą wszech czasów.

KUBAŃSKI TRANSPORT ...a głównie jego brak

Podróżowanie po wyspie jest fascynujące i egzotyczne, ale tylko dla turystów, dla których są przeznaczone luksusowe autobusy i klimatyzowane samochody. Dla Kubańczyków to frustracja i ogromny problem, który odzwierciedla wielkie trudności ekonomiczne kraju. W połowie lat 80-tych XX w. dostawy taniej, radzieckiej ropy, pokrywającej 90% zapotrzebowania Kuby na paliwo, zaczęły się gwałtownie kurczyć. Brak paliwa oznaczał tylko jedno – transport samochodowy, poza największymi ośrodkami na wyspie, praktycznie przestał istnieć – jakby go w ogóle nie było. Na drogach nie ma tłoku, na polach pracują woły, a po prowincjonalnych miasteczkach krążą bryczki i niezwykle pojazdy, a raczej wehikuły. Najbardziej rzucają się w oczy wszechobecne rowery, których ponad milion importowano z Chin w latach 90-tych ubiegłego wieku, aby ułatwić obywatelom dojazd do pracy. Koszmar podróżowania na wyspie to tłok i ścisk w kursujących starych autobusach, które i tak są często odwoływane. Kubańczycy często poruszają się

po wyspie autostopem, ale wiąże się z tym ściśle określona procedura. Urzędnicy tzw. Żółci (z powodu koloru uniformów) – los Amarillo, nadzorują grupy autostopowiczów w wyznaczonych miejscach, zwykle na obrzeżach miast i wiosek, kierując ich w kolejności przybycia do zatrzymujących się samochodów. Państwowe pojazdy nie mają wyboru – muszą się zatrzymać, kobiety w ciąży i dzieci mają pierwszeństwo. Turystów to oczywiście nie obowiązuje, albowiem każdy Kubańczyk, który zdecyduje się zabrać turystę, ryzykuje wysoką grzywnę.

Od czasu wyprawy na Kubę całkowicie przestały mnie irytować drobne opóźnienia naszego polskiego transportu, czy to autobusowego, czy kolejowego – po prostu cieszę się, że u nas i tak wszystko jest bardzo, bardzo dobrze w porównaniu z tym biednym, umordowanym socjalizmem krajem.

MUZYKA I TANIEC

Muzyka jest jedną z najważniejszych rzeczy w życiu Kubańczyków. Może dlatego, że znajdują w niej zapomnienie od codziennych trosk. Dla rozwoju kubańskich rytmów ważne okazały się wpływy zarówno europejskie (głównie hiszpańskie i francuskie), afrykańskie jak i rdzennej ludności indiańskiej.

Wspaniałą muzyką kubańską można delektować się nie tylko w klubach i barach, oryginalne dźwięki usłyszymy także spacerując po



ulicach. Mieszkańcy wyspy są niezwykle muzyczni, spontanicznie zbierają się na skwerach i placach i grają, grają, grają... i widać, że sprawia im to ogromną przyjemność.

Z Kubą nieodłącznie kojarzy się salsa, która stworzona została na bazie różnorodnych rytmów kubańskich i karaibskich przez zespoły muzyczne latynoamerykańskich imigrantów. Duży wpływ na powstanie salsy miała także muzyka jazzowa.

Mówiąc o muzyce kubańskiej nie wolno zapomnieć o rumbie- swoistej pantomimie składającej się na opowieść o uwodzeniu, cha-chy tańcu bardzo radosnym, którego nazwa pochodzi od odgłosów jakie wydają stopy tancerzy, mambo i innych rytmach, które Kuba zawdzięcza niewolnikom przywiezionym z Afryki do pracy na plantacjach trzciny cukrowej. Dla mieszkańców tego kraju rytmiczne płąsy to nie tylko towarzyska rozrywka, to ważny sposób wyrażania swoich emocji.

SANTERIA – szamani i katolicy

Santeria to afrokubańska religia podchodząca od plemion z Nigerii, a ten system wiary oparty jest na dwóch filarach – katolicyzmie i afrykańskim szamanizmie. Niewolnicy sprowadzeni z Afryki przywieźli ze sobą własne wierzenia i obyczaje religijne. Należały do nich

umiejętność popadania w mistyczny trans, wiara w możliwość rozmowy ze swoimi zmarłymi przodkami, przekonanie o religijnej mocy tańca, zwyczaj poświęcania zwierząt (składanie ofiary z krwi zwierząt, głównie kurcząt) w ofierze bogom – te rytuały zostały włączone przez nich do chrześcijańskich obrzędów. Było to konsekwencją masowego i na siłę nawracania niewolników na chrześcijaństwo. Oba systemy wierzeń złączyły się więc w jeden – santerię. Wyznawcy santerii uczestniczą więc w ceremoniach katolickich, ale jednocześnie stosują praktyki szamańskie. Nie wiadomo dokładnie ilu wyznawców ma santeria na Kubie – według nieoficjalnych danych ok. 85% Kubańczyków praktykuje związane z nią obrzędy.

ERNEST HEMINGWAY – najstynniejszy mieszkaniec wyspy

Ernest Hemingway, amerykański pisarz, laureat Nagrody Nobla, spędził na Kubie z przerwami około 20 lat życia. Po raz pierwszy przybył tu w 1939 r. – był już wtedy znanym pisarzem i docenionym autorem „Pożegnania z bronią” i „Słońce też wschodzi”. Mieszkając na Kubie Hemingway napisał kolejne dzieła, wśród nich opowiadanie „Stary człowiek i morze”. Właśnie za tę nowelę w 1954 r. dostał Nagrodę Nobla. Kuba była bliska. Hawana jest pełna miejsc

w których przebywał Hemingway. Ulubione knajpki Hemingwaya zbijały fortunę na jego wielbicielach, co trwa do dzisiaj.

SZANSA, której nie ma...

Dlaczego po tylu latach zmian społecznych większość Kubańczyków odwraca się od rewolucji i marzy o ucieczce do USA, chociaż przez lata popierali antyamerykańską politykę? Większość odpowiada, że rewolucja nie sprawdziła się, ponieważ odmówiła ludziom najważniejszych swobód – ekonomicznej i politycznej, co przeżyto się na brak perspektyw – większość Kubańczyków nie ma nic i brakuje im środków na jedzenie i mieszkanie. Uważają, że za granicą mają szansę na lepsze życie. Dlatego zahipnotyzowani światłami Miami emigrują na dętkach, motorówkach przemytników, starych łodziach rybackich do swojego amerykańskiego raju. Ale gdy młodzi Kubańczycy marzą o Ameryce, stara gwardia uchodźców fantazjuje o powrocie do Hawany i obaleniu braci Castro – swoista schizofrenia emigracyjna.

Pomimo nieodpartego piękna wyspy, życie przeciętnego Kubańczyka jest obecnie skłębione na przetrwaniu kolejnych dni, tygodni, miesięcy i lat – życząc im powodzenia w tym trudnym zadaniu.

lek. Emilia Paszkowska



46 JOLKA SZPITALNA

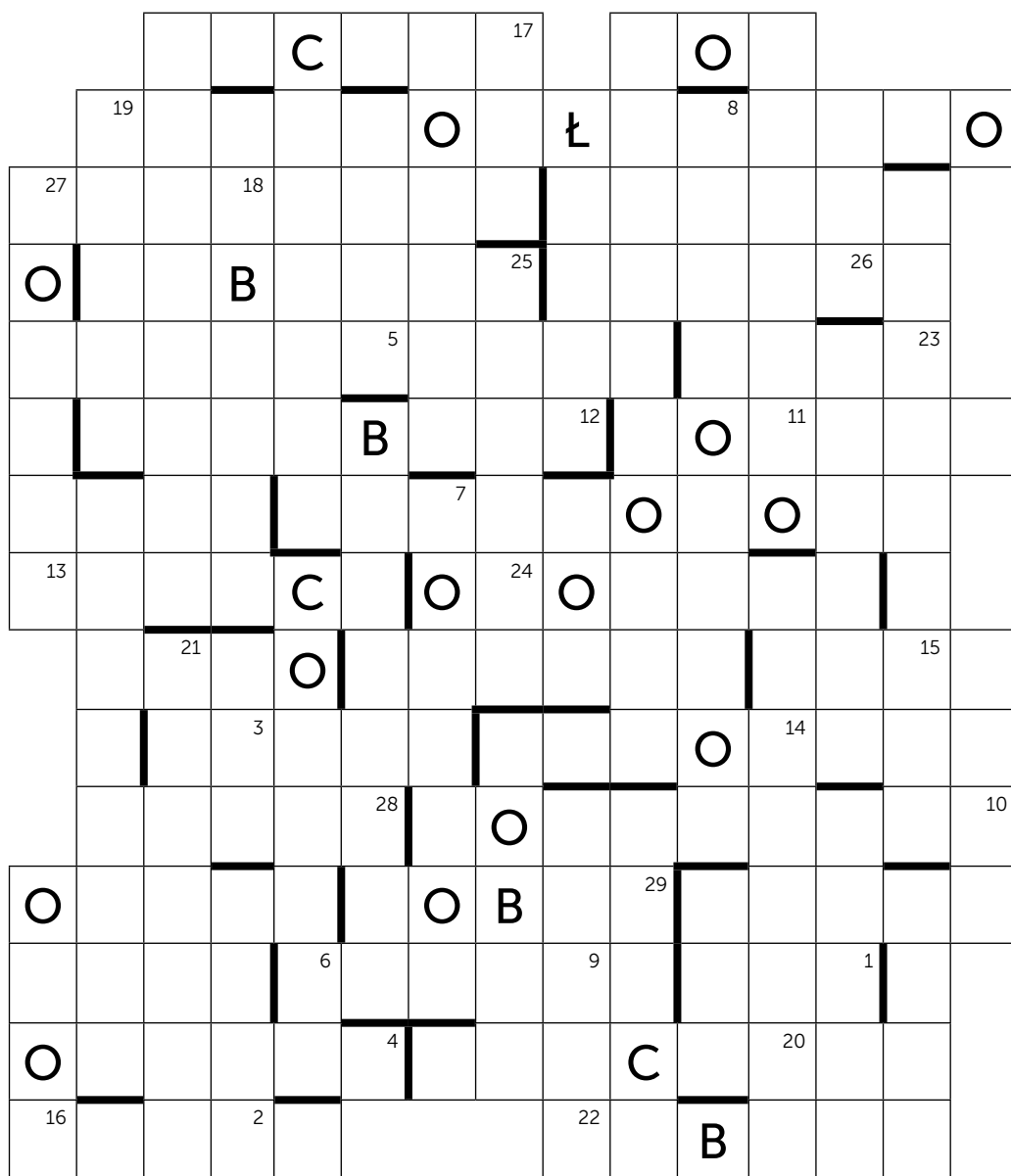
Objaśnienia 65 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, C, Ł i O. Na ponumerowanych polach ukryto 29 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie angielskie. Fundatorem nagrody za rozwiązanie krzyżówki jest salon wyposażenia Villeroy & Boch.

BJER

- balwierz trudniący się medycyną
- Lionel - superstar
- markiz - sadysta
- wieś na zach. krańcu Kalwy
- stosunek bliższej przyprostokątnej do przeciwprostokątnej
- uwodzicielska opiekunka Zosi
- śmieszka, trawna lub wodna
- mieszkaniec starożytnej Medii
- sztuka Zapolskiej o Bartnickich
- stolica Ruandy
- ławy pod ścianami prezbiterium
- królują w Tłusty Czwartek
- usterka wrodzona lub nabyta
- banito z makrełowatych
- ratujcie nasze dusze!
- prawe ramię delty Renu
- autokracja
- biały kruk
- owca grzywiasta
- płaszcz p/deszczowy
- powłoka na kołdrę
- na rybnie i strzelnicę
- Łużycka
- street
- lud Mundo z Indii i Bangladesz
- rów do prowadzenia ognia
- stan z Little Rock
- otacza zębinię
- twórca postaci Pierrota
- państwo z Bairiki
- biustonosz
- wierzbina na Niedzielę Palmową
- twórca imperium tureckiego
- poczta elektroniczna
- graniczny lewy dopływ Orinoko

- Georges, pieśniarz ballad francuskich
- uczeń szkoły wojskowej
- bakteriobójczy produkt destylacji smoły węglowej
- iluzjon dzisiaj
- fatamorgana
- góry z Pikiem Komunizmu
- z prothesis tworzy pastoforię
- żeglarski kotek
- australijski kazuar
- szyicka doktryna o boskiej misji imama
- nomos z Atenami
- płynie z Łodzi do Warty
- petersburski chemik, odkrył zjawisko przesycenia roztworów
- koreański złoty
- między rtęcią a otowiem

- keczua
- ostatnia wola
- prawy graniczny dopływ Amuru
- nietrafienie w piłkę
- rzymski arystokrata
- z rodziny sokotów
- Paraspondylos, opisał bitwę pod Warną
- dawna mocna woda życia
- stolica Egiptu
- mięso rumaka
- marksista-leninista
- tgarz, kłamca
- podmorskie jezioro z Kretowinami
- uznanie, poważanie
- udająca chorą



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			

Rozwiązanie krzyżówki nr 45 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 46): „**Kto ukrywa chorobę, nie znajdzie leku**”. Nagrodę otrzymuje Nagrodę otrzymuje Izabela Gryszka-Deptuła – Blok Operacyjny Gratulujemy! Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



FUNDATOR

nagrody w krzyżówce 46

salon wyposażenia Villeroy&Boch
ul. Wilczyńskiego 27A, Olsztyn


Villeroy & Boch
1748

www.eurobest.com.pl, tel. 89 5410965, kom. 531041865, eurobest.olsztyn@gmail.com