



Zabieg ze śródoperacyjnym
wybudzeniem str. 13-16

PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelna

Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny

Alicja Biernacka
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka
Przemysław Prais

Stała współpraca

Jerzy Badowski
Piotr Markiewicz
Emilia Paszkowska
Hanna Taraszkiewicz

Zdjęcia udostępni

Emilia Paszkowska
Katarzyna Oleszkiewicz
Miłosz Guzowski

Adres redakcji

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

Druk i przygotowanie

AR Idealmedia Sp. z o.o.
ul. Syrokomli 19, Elbląg
tel. 603 077 102
tel. 55 232 62 23
www.idealmedia.pl

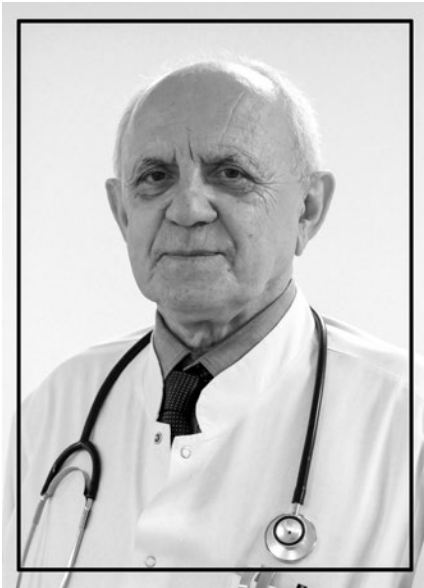
Nakład

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



- 2 Wspomnienia o doktorze Janie Forfie
- 5 Innowacje w szpitalach „Krok do przodu”
- 7 Wiedza z „pierwszej ręki”
- 8 Zasilanie awaryjne w 15 sekund
- 10 NEFROLOGIA, czyli wiedza „tajemna” i duże wyzwania kliniczne
- 12 Okulistyka „KATAMARANY 2016”
- 13 Zabieg ze śródoperacyjnym wybudzeniem
- 14 Kraniotomia z wybudzeniem śródoperacyjnym - rola anestezjologa
- 16 Psycholog na Bloku Operacyjnym
- 17 Ocena jakości i bezpieczeństwa opieki w Szpitalu
- 18 Szkolenie dla kadry kierowniczej WSS w Olsztynie
- 19 Pokonane kilometry pomogą pacjentom Szpitala Wojewódzkiego
- 20 Pracowity weekend transplantologów z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
- 20 Terapia zajęciowa, jako jeden z elementów usprawniania
- 21 „Przetamywanie barier”
- 21 „Zdrowe uszy. Zdiagnozuj swój narząd słuchu”
- 22 Strata czasu to strata mózgu
- 23 Pamięć i jej zagadki cz. 20
- 25 Ale Meksyk cz. 4
- 27 Jolka Szpitalna





Jak trudno żegnać na zawsze kogoś, kto jeszcze mógł być z nami

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość, że w dniu 25.06.2016 r. odszedł od nas dr n. med. Jan Forfa wieloletni Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie i jednocześnie Ordynator Oddziału Nefrologii.

Utraciliśmy człowieka mądrego, uczciwego, szlachetnego, wychowawcę i mentora kilku pokoleń lekarzy, wspaniałego, szanowanego przełożonego i dobrego kolegę. Jego wiedza, doświadczenie i wielka kultura osobista przez wiele lat służyły Naszemu Szpitalowi.

Rodzinie i Najbliższym składamy serdeczne wyrazy współczucia i słowa otuchy. Na zawsze pozostanie On w naszej pamięci.

*Dyrekcja i pracownicy
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Olsztynie*

Wspomnienia o doktorze Janie Forfie

Mogłam Mu zawsze opowiedzieć o wszystkich problemach, bo był wyjątkowo wyrozumiały i świetnie znał nasz Szpital. Był wyjątkowo ciepłym, dobrym człowiekiem z dystansem do wielu nieistotnych spraw. Umiął bowiem wyjątkowo dobrze rozróżniać, co jest ważne, a co nie. Potrafił też świetnie dobrać sobie współpracowników, bo przyciągał młodych ludzi – od dr Badowskiego, przez doktorów Hosaję i Kozaka, po Lenę Drozdowską-Rams, czy hematologów. Wszyscy zaczęli u Niego na nefrologii, ale dr Forfa nie zatrzymywał ich na siłę, lecz wskazywał kierunki rozwoju. Wychował więc nie tylko nefrologów, ale wielu wspaniałych lekarzy pracujących w naszym Szpitalu i całym regionie.

Dr Jan Forfa rozbudował dializoterapię w naszym województwie. Angażował się osobiście w budowę stacji dializ w każdym powiecie. To, że nasze województwo miało tak dobre wskaźniki, dużo większą dostępność leczenia,

niż w innych częściach Polski było także Jego zasługą.

Należy też pamiętać o kilkunastoletnim okresie zarządzania Szpitalem, podczas którego dr Forfa miał olbrzymi wpływ na jego rozwój. Podejmował wiele odważnych decyzji, m.in. o utworzeniu pracowni tomografii komputerowej, czy Zakładu Medycyny Nuklearnej, które były niezwykle trudne do zrealizowania na tamte czasy. Kolejną zasługą dr Forfy było specjalizowanie interny. To, że podzieliła się na kardiologię, diabetologię, hematologię to Jego wielki sukces.

Miałam przyjemność pożegnać go, gdy odchodził na emeryturę w 2009 r. Ale nie rozstał się ze Szpitalem, nadal konsultował pacjentki onkologiczne w oddziale podożniczym. Kiedy otrzymywałam telefon z prośbą o pomoc, bezzwłocznie udzielał porad.

W 2010 r. został pełnomocnikiem ds. praw pacjenta. Prosiłam Go, by przekazywał dobre obyczaje, dobre tradycje i postawy

lekarskie. Pełnienie tej funkcji ułatwiała Mu bardzo dobra znajomość Szpitala i kadry ordynatorskiej. Przy okazji skarg pacjentów wszyscy lekarze byli gotowi przyjąć każdą uwagę doktora Forfy, który w roli pełnomocnika czuł się swobodnie, ale nigdy nie nadużył tego stanowiska. Początkujących lekarzy dyscyplinował z klasą, a żadna taka rozmowa nie pozostawała bez wpływu na ich dalsze postępowanie. Po takim spotkaniu coś zostawało w młodym człowieku.

Irena Kierzkowska
Dyrektor Szpitala

Dnia 25 czerwca 2016 roku odszedł Doktor Jan Forfa, Twórca i wieloletni Ordynator Oddziału Nefrologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

Jana poznałam ponad 10 lat przed przyjściem do pracy do Olsztyna. Był to bowiem Lekarz powszechnie rozpoznawalny, obecny na zjazdach i konferencjach nefrologicznych, cieszący się autorytetem i uznaniem (w roku 2010 uzyskał



tytuł Zasłużonego dla Polskiej Nefrologii, przyznawany przez Walne Zgromadzenie Członków Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego). Wielokrotnie rozmawialiśmy ze sobą, znaliśmy się dość dobrze, choć nigdy wcześniej nie byłem w samym Szpitalu. Nefrologia olsztyńska miała jednak tak ustaloną renomę, że kiedy zacząłem rozglądać się za samodzielnością i usłyszałem o „zwalnającym się” miejscu w Olsztynie, pomyślałem „w ciemno” (bez uprzedniej wizyty w Szpitalu), że to właśnie to! Jan przywitał mnie bardzo ciepło – pochlebiał sobie, że zyskałem Jego sympatię i patronat jako następcą i kontynuator.

Doktor Jan Forfa stworzył od podstaw doskonałą nefrologię, a dziełem Jego życia jest

organizacja stacji dializ w Olsztynie (pierwszej w tym regionie Polski), a później – rozwój sieci stacji dializ w województwach: olsztyńskim i warmińsko – mazurskim, którym patronował jako Konsultant Wojewódzki. Należał do pokolenia Pionierów Nefrologii – współtwórców wielkiego sukcesu, jakim było zapewnienie dostępu do dializoterapii WSZYSTKIM Pacjentom potrzebującym tego leczenia. Wychował wielu wspianiatych Lekarzy – internistów, których drogi podążył później ku wielu specjalnościom szczegółowym i do wielu jednostek leczniczych w Olsztynie i poza nim, ale przede wszystkim – stworzył doskonały Zespół Nefrologiczny w Szpitalu Wojewódzkim. Jeżeli dziś możemy rozwijać nowoczesną nefrologię akademicką i przeszczepiać nerki, to wyłącznie dzięki temu,

że Jan stworzył ku temu solidne podstawy.

Doktor Jan Forfa większość życia spędził w Szpitalu na Żołnierskiej – jako lekarz, dyrektor, ordynator, pełnomocnik ds. praw Pacjenta; jeszcze na dwa dni przed śmiercią był na swoim Oddziale na kawie (wpadał tu regularnie 2 – 3 razy w tygodniu, a Danusia, nasza Sekretarka, zawsze miała dla Szefa kawę „z fusami” ...). Także stąd, z Żołnierskiej, odszedł od nas na zawsze. I my – w tym Szpitalu – na zawsze zachowamy Go we wdzięcznej pamięci...

Prof. dr hab. med. Tomasz Stompór

Ordynator Oddziału Klinicznego

Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób

Wewnętrznych

Szanowni Państwo,

perspektywa urlopu poprawia nam wszystkim samopoczucie i to jest dobry okres na zregenerowanie swojego organizmu, a zwłaszcza systemu nerwowego. Zadbajmy o to i nie lekceważmy symptomów zmęczenia, a może nawet przepracowania. Piszę o tym, ponieważ rok 2016 zaczął się dla mnie wyjątkowo ciężko i marzę o odpoczynku jak nigdy dotąd, myślę, że podobnie jak większość z Państwa. Niech filozofią naszego odpoczynku będzie „człowiek i jego komfort”, czyli „ja i mój komfort” niezależnie od pogody i miejsc, do których się udamy na urlop.

W ostatnim okresie tematem dość absorbującym były mapy potrzeb zdrowotnych dla naszego regionu. Dziękuję wszystkim Konsultantom Wojewódzkim z naszego szpitala za zaangażowanie i wysiłek włożony w opiniowanie map potrzeb zdrowotnych w swoich zakresach, mamy przecież świadomość wagi tego dokumentu w kontekście przyszłych inwestycji szpitalnych finansowanych ze środków RPO, czy zapowiadanych zmian w kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych w roku 2017. Nie stało by się dobrze, gdyby mapy potrzeb nie zawierały ważnych celów strategicznych dla naszego szpitala. Przy okazji prac nad mapami potrzeb, okazało się, że najbardziej nadużywanym terminem jest słowo priorytet. Dzielimy priorytety na: priorytety w strategii ochrony zdrowia i priorytety w polityce zdrowotnej, czyli niejako w dwóch kategoriach, ale czytając ten dokument można odnieść wrażenie, że rozumienie tych kategorii nie jest spójne dla wszystkich i nie jest łatwe do sprecyzowania. Niezależnie od różnych wątpliwości, czy błędów statystycznych powstał w naszym województwie ważny dla regionu dokument uwzględniający specyficzne dla naszego regionu potrzeby zdrowotne naszych mieszkańców oraz lokalne uwarunkowania tych potrzeb i ich oczekiwania. Po raz pierwszy, poza Wojewódzkim Planem Zabezpieczenia Działań Ratunkowych, powstała regionalna strategia ochrony zdrowia, dokument jeszcze niedoskonały, ale opracowany dość profesjonalnie, jako kompleksowy, długoterminowy plan i harmonogram realizacji celów, zadań i potrzeb zdrowotnych, uwzględniający specyfikę uwarunkowań regionu Warmii i Mazur. Poza tym dokument zawiera szczegółową charakterystykę kadr medycznych, infrastruktury ochrony zdrowia, dane epidemiologiczne, demograficzne oraz uwarunkowania dostępności do świadczeń zdrowotnych. Liczy on, bagatela, około 1500 stron, ale tej lektury absolutnie nie polecam na urlop, piszę o tym gwoździu informacji.

Mieliśmy przez miesiąc Gości z Programu Hope Exchange. Obie panie po-



znawały nasz szpital od strony struktury organizacji, realizacji świadczeń zdrowotnych, wyposażenia, organizacji pracy, zarządzania kadrami, aparaturą medyczną itd. Interesowały się polskim systemem ochrony zdrowia, naszymi problemami, złożyły wizytę w Urzędzie Marszałkowskim, brały udział czynny w akcji „Kilometry Pomocy” organizowanej przez firmę Michelin, która przekazała Szpitalowi dotację w wysokości 45000 zł na zakup aparatu HITEC do leczenia przypadków onkologicznych dootrzewnową chemioterapią w skojarzeniu z wysoką temperaturą. Metoda innowacyjna, którą stosują tylko nieliczne ośrodki w Polsce. Dziękujemy firmie Michelin za zaproszenie naszego szpitala do tej sympatycznej akcji, która przy okazji preferuje aktywny tryb życia.

Podsumowanie Programu i wizyty w naszym szpitalu odbyło się na Konferencji w Rzymie, na którą niestety nie pojechał nikt z naszego szpitala, pomimo zaproszenia, ale mam informacje, że bardzo wysoko zostaliśmy ocenieni i bardzo dziękuję wszystkim, którzy realizowali harmonogram tej wizyty, a zwłaszcza Działowi Zarządzania, Marketingu i Promocji, który jak zawsze stanął na wysokości zadania.

Życzę Państwu dobrego, bezpiecznego wypoczynku, uwolnijmy się od stresów, napięć i zmęczenia, wróćmy do pracy zrelaksowani w dobrych nastrojach, przyjaźnie nastawieni do siebie i naszych codziennych obowiązków.

Irena Kierzkowska

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Innowacje w szpitalach „Krok do przodu”

Program Wymiany Menedżerów Europejskiej Federacji Szpitali HOPE: „HOPE Exchange Programme 2016”.



Polska Federacja Szpitali, reprezentująca Europejską Federację Szpitali (HOPE) w Polsce, zaprosiła Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie do uczestnictwa w Programie Wymiany Managerów - HOPE Exchange Programme 2016. Dzięki temu menedżerowie z innych krajów mieli szansę odwiedzić nasz szpital, a nasi menedżerowie mieli możliwość aktywnego uczestniczenia w cieszącym się międzynarodową renomą Programie, który od 9 maja do 4 czerwca 2016 r. realizowany był w 20 krajach. W tym roku do Polski przyjechało sześcioro menedżerów z krajów UE celem odbycia stażu w ramach Programu Wymiany Menedżerów. Wśród uczestników programu znaleźli się: profesor medycyny, dyrektor administracyjny szpitala, menedżer pielęgniarstwa, prawnik organizacji ochrony zdrowia, menedżer opieki psychiatrycznej oraz menedżer organizacji koordynowanej ochrony zdrowia. Byli to przedstawiciele Niemiec, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii oraz Danii. Hasłem przewodnim tegorocznego programu są: Innowacje w szpitalach „Krok do przodu”.

Na zaproszenie Pani Ireny Kierzkowskiej, dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, która jest członkiem Zarządu Polskiej Federacji Szpitali, przyjechali: Louise Philips, dyrektor ds. zaopatrzenia i rozwoju Grupy Klinicznej „Tower Hamlets” w Londynie oraz Janine Bender, dyrektor ds. administracji w Szpitalu Czerwonego Krzyża w Stuttgarcie.

Obie uczestniczyły, wraz z koordynatorem lokalnym Elżbietą Majchrzak-Ktokocką oraz kierownikami komórek organizacyjnych Szpitala w przygotowaniu indywidualnego programu, który ostatecznie został zaakceptowany przez

Europejską Federację Szpitali i zrealizowany przez okres trwania wymiany. Oprócz tego Szpital zapewnił uczestnikom programu zakwaterowanie, jeden ciepły posiłek dziennie oraz lokalną koordynację prac uczestniczek.

Pierwszego dnia pobytu, Irena Kierkowska wraz ze współpracownikami po powitaniu uczestniczek, zaprezentowała strukturę szpitala i zadania poszczególnych pionów, przybliżyła też sprawy związane z kontraktowaniem i finansowaniem procedur. Przez kolejne dni menedżerki spotykały się z kierownikami i pracownikami poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala. Wiele mówiono o planach rozwoju, możliwościach pozyskiwania środków finansowych, szczególnie na kluczowe projekty np.: na Regionalne Centrum Chorób Serca i Naczyn z salą Hybrydową, co wywołało ogromne zainteresowanie i podziw ze strony obu pań. Nasi goście uczestniczyli również w szkoleniu zorganizowanym dla kadry kierowniczej, dotyczącym kluczowych obszarów funkcjonowania Szpitala: finansów oraz zamówień publicznych. Było to kolejne doświadczenie, a jednocześnie okazja do skonfrontowania swojej wiedzy i doświadczenia z polską rzeczywistością.

Oprócz codziennych spotkań w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala, uczestniczki odwiedziły Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego. Dyrektor Ryszard Wasiński, zapoznał je z organizacją systemu ochrony zdrowia w naszym regionie. Zwrócił szczególną uwagę na rozwiązania systemu ratownictwa medycznego i opieki nad pacjentami z chorobami układu oddechowego. Wspólnie odwiedzili również Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego oraz Samodzielny Publiczny

Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie. Panie dzieliły się swoją wiedzą i doświadczeniem z dyrekcją placówki oraz z zainteresowaniem zwiedziły cały szpital. Ogromne wrażenie zrobiła na nich ścieżka zdrowia. Równie ciekawym wydarzeniem była wizyta w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Ameryce. Podczas spotkania Roman Lewandowski, dyrektor szpitala mówił nie tylko o problemach związanych z codziennym funkcjonowaniem szpitala, ale przede wszystkim o tym jak zmieniał się on na przestrzeni kilkunastu ostatnich lat. Duże zainteresowanie wśród naszych gości wzbudziła elektroniczna dokumentacja medyczna.

Wśród wielu zadań był także czas na chwilę wytchnienia. Louis Philips i Janine Bender razem z pracownikami Szpitala wzięły udział w akcji charytatywnej „Kilometry pomocy” zorganizowanej na plaży miejskiej przez Michelin Polska SA. Dzięki udziałowi w biegu (wspólnie wybiegały ponad 20 km!) przyczyniły się do zebrania pieniędzy na zakup sprzętu do chemioterapii dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Za każdy pokonany kilometr Michelin przekazywał 10 złotych. Wspólnie z koordynatorem lokalnym wzięły również udział w jednodniowym spływie kajakowym najpiękniejszymi odcinkami rzeki Krutyni, a także uczestniczyły w rejsie jachtem po mazurskich jeziorach. Dla naszych gości była to, jak powiedziały, niezapomniana przygoda. Mam nadzieję, że obie Panie będą ambasadorkami naszego regionu, miasta, a także Szpitala, który wywarł na nich bardzo pozytywne wrażenie. W przyszłorocznej edycji Programu HOPE Exchange, Polska Federacja Szpitali gwarantuje



tuje miejsce do odbycia stażu dla wskazanych managerów z naszego Szpitala.

Na zakończenie pobytu zadałam naszym uczestnikom pytania o wrażenia z jakimi wyjeżdżają z Olsztyna.

Dlaczego wybrałyście właśnie Polskę, Olsztyn, co was zainspirowało do przyjazdu właśnie do nas?

Janine Bender - W pierwszej chwili wybrałam kraje skandynawskie, ale później zdecydowałam się na Polskę, bo wydała mi się interesująca. Poza tym jesteśmy sąsiadami, a ja wcześniej tu nie byłam. Jednak taką kropką na „i” była chęć poznania rzeczywistej sytuacji w waszym kraju. Tempo zachodzących zmian oraz nowych inicjatyw było dla mnie ostateczną inspiracją. Poza tym Szpital w Olsztynie wydaje się być bardzo interesujący z racji struktury i tego co może zaproponować swoim pacjentom.

Louise Philips - Z kilku powodów, po pierwsze postęp i rozwój ekonomiczny jest najszybszy z obserwowanych przeze mnie krajów. Po drugie systemy opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii i Polsce są w dużej mierze zbieżne. Instytucja lekarza rodzinnego, określona liczba pacjentów, podobny sposób rozliczania, tj. punkty, wg. których ta opieka jest rozliczana. Polska stoi przed podobnymi wyzwaniem, a jednym z nich jest koordynowanie opieki pierwszego stopnia z opieką drugiego stopnia (specjalistyczną) oraz stawianie czoła tym wyzwaniom. Po trzecie Olsztyn znajduje się w najuboższym regionie Polski i wyzwania stojące przed waszym Szpitalem są trochę inne niż w dużych, bogatszych miastach.

Jak oceniacie nasz system opieki zdrowotnej? Czy zauważyłyście jakieś dobre strony?

Louise Philips - Pierwsza rzecz to inne niż w Wielkiej Brytanii (UK) uwarunkowania historyczne, z tego powodu system opieki zdrowotnej w Polsce nie jest tak pomocny jak u nas. Jednak imponuje mi nowatorskie podejście ludzi, którzy tworzą ten system, ich pozytywne nastawienie oraz duch zmian. W UK mamy szpitale publiczne, które dbają o stan zdrowia populacji. W Polsce funkcjonują szpitale publiczne i prywatne. I tu zaobserwowałam ciekawe zjawisko. Szpitale prywatne wybierają procedury korzystne finansowo, a publiczne dbają o zdrowie nie tylko tych bogatych, ale i tych mniej majątnych.

Janine Bender - Pierwszym wnioskiem, jaki mi się nasunął to inny punkt początkowy obu tych systemów. To co mnie zachwyciło w waszym systemie to tempo zmian oraz silne przywództwo. Tacy liderzy są motorem innowacji i zmian. Nie do przecenienia jest pozytywne nastawienie lekarzy i pielęgniarek. W Niemczech lekarze i pielęgniarki są raczej ostrożni we wprowadzaniu zmian. Twierdzą, że system funkcjonuje dobrze i nie należy go zmieniać.

Co Was zainteresowało, a może zaskoczyło w naszym Szpitalu?

Janine Bender - Pierwszą rzeczą, którą zapamiętałam i która zaskoczyła mnie pozytywnie to podejście pracowników Działu Informatycznego do wprowadzanych zmian w zakresie oprogramowania, szczególnie do odczytu zdjęć RTG- zamiana RIS na oprogramowanie, które było innowacją wymyśloną na potrzeby Szpitala. Drugim zaskoczeniem było nowoczesne wyposażenie sal operacyjnych, centralnej sterylizatorni i oczywiście cała organizacja bloku operacyjnego.

Louise Philips - Pierwszym moim pozytywnym zaskoczeniem był system ankiet badający zadowolenie pacjentów z usług szpitala. Moje doświadczenia w tym zakresie są różne, czasami pacjent pozostaje gdzieś z boku, a tu wydaje się, że pacjent jest w centrum uwagi. Innym zaskoczeniem, może trochę zabawnym było chipowanie pościeli/prześcieradeł. Trochę zabawne, ale być może skuteczne w przypadku, kiedy ta pościel znika w tajemniczy sposób z sal szpitalnych. Jeszcze jedna rzecz, o której chciałabym powiedzieć to obecność lekarza rodzinnego. Jest to rozwiązanie, które będzie się znakomicie sprawdzało w zarządzaniu i nadzorowaniu zdrowia populacji. Obecność tego lekarza w takiej jednostce jak szpital może poprawić ciągłość leczenia, a jednocześnie skoordynować opiekę szpitalną i opiekę specjalistyczną.

Czym jest dla Was pobyt w naszym Szpitalu: szansą na rozwój? Szansą na poznanie czegoś nowego? Inspiracją do dalszego działania?

Louise Philips - Pierwszy wniosek, jaki mi się nasuwa to refleksja na temat historii, polityki, zdrowia publicznego w Polsce. Wiedza jaką zdobyłam daje mi wgląd w to, jak sobie radzić z wyzwaniami wynikającymi z braku środków i niedostatecznym poziomem finansowania. Ale to też rozwój mojej kariery zawodowej. Jestem bogatsza w wiedzę, doświadczenie, których normalnie bym nie zdobyła.

Janine Bender - Na pewno bardziej zrozumiałam istotę systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Wiem, że różni się on od systemu niemieckiego. Przez 4 tygodnie przyglądałam się polskiemu systemowi i moja perspektywa teraz jest zupełnie inna. Dostrzegłam pewne zjawiska, których wcześniej nie znałam, nie rozumiałam. Zmieniła się też moja perspektywa w ocenie systemu niemieckiego. Sądzę, że ta wiedza i doświadczenie dadzą mi możliwość właściwej oceny sytuacji.

Czy nasz region, według Was jest miejscem gdzie można pracować, żyć i spełniać swoje marzenia?

Louise Philips - Tutaj jest pięknie, jest to miejsce z ogromnym potencjałem rozwoju. Szpital daje wysoką jakość leczenia i opieki, a pracownikom



szansę na rozwój i karierę. Mimo, że region jest mniej uprzywilejowany, to jednak stwarza duże możliwości życia i pracy. Zawsze tu będę wracała, choć na początku nie wiedziałam dokładnie gdzie leży Olsztyn? Musiałam szybko wyszukać na mapie. Był to fantastyczny czas spędzony w waszym mieście. Dziękuję za gościnność, bądźcie dumni z innowacyjności i wszystkich zmian, które się dzieją w waszym Szpitalu.

Janine Bender - Ogromnym szczęściem było dla mnie znaleźć się właśnie tutaj w Olsztynie, w waszym Szpitalu. Ludzie są podobni w całej Europie, ale tutaj miałam okazję zetknąć się z prawdziwą „polskością”. Fantastyczni ludzie, otwarci, po prostu mogłabym tu mieszkać i pracować. Przez te cztery tygodnie, udało mi się nauczyć około pięciu słów i to jest mój największy problem. Ale wy róbcie swoje, utrzymujcie ducha innowacji, podążajcie ścieżką zmian, róbcie to co robiliście do tej pory.

dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokocka
koordynator lokalny Programu Wymiany
Managerów-HOPE Exchange Programme 2016

POLSKA FEDERACJA SZPITALI (PFSz)

- **Najbardziej reprezentatywna organizacja szpitali w Polsce – „ponad podziałami”.**
- **Narodowa organizacja pracodawców sektora szpitalnego.**
- **Zrzesza szpitale niezależnie od ich modelu własnościowego, organizacyjnego, czy też profilu specjalistycznego.**
- **Należy do Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, która reprezentuje około 80% łóżek szpitalnych w Unii Europejskiej.**



Wiedza z „pierwszej ręki”

Prawie 50 osób wzięło udział w akcji „Najważniejsza chwila w życiu – ABC przyszłego rodzica”, która odbyła się 2 czerwca w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, z okazji obchodów tegorocznego Święta Rodzin.

„Rodzina – tu wszystko się zaczyna” pod takim hasłem odbyły się tegoroczne obchody XVIII edycji Warmińsko-Mazurskich Dni Rodziny w Olsztynie. Celem tych spotkań, które odbywają się w całej Polsce jest wzrost społecznej świadomości i roli trwałego małżeństwa, jako podstawy aktywnej i silnej rodziny. Międzynarodowy Dzień Rodzin to święto obchodzone 15 maja, ustanowione przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 20 września 1993 roku (rezolucja nr 47/237).

Przyszłe mamy (kilka przyszło ze swoimi partnerami) wysłuchały prelekcji przygotowanych przez położne: Małgorzatę Dręzek-Skrzeszewską, Jowitę Dubel-Mikulską, Beatę Binek z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, które mówiły o przygotowaniach do macierzyństwa, porodzie oraz pierwszych dniach po przyjściu dziecka na świat. Były to niezwykle ciekawe wykłady, w których zebrani goście mogli poznać odpowiedzi na temat: higieny okresu ciąży, pozytywnego nastawienia do porodu i ważnego, mogącego pojawić się problemu, radzenia sobie ze stresem w okresie okołoporodowym. Prelegentki pomogły rozwiązać wątpliwości, jak radzić sobie z najczęstszymi dolegliwościami okresu ciąży oraz pozwoliły zrozumieć znaczenie bólu porodowego, a także poznać metody jego łagodzenia. Bardzo ciekawym okazał się wykład Marioli Bognackiej, pielęgniarki z Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka, która mówiła o najczęstszych problemach w karmieniu piersią.

Mimo, że fakt narodzin i problemów z tym związanych jest stary jak sama ludzkość, to jednak rozwój nauki, a medycyny szczególnie, pomaga w coraz lepszym przygotowaniu rodzi-

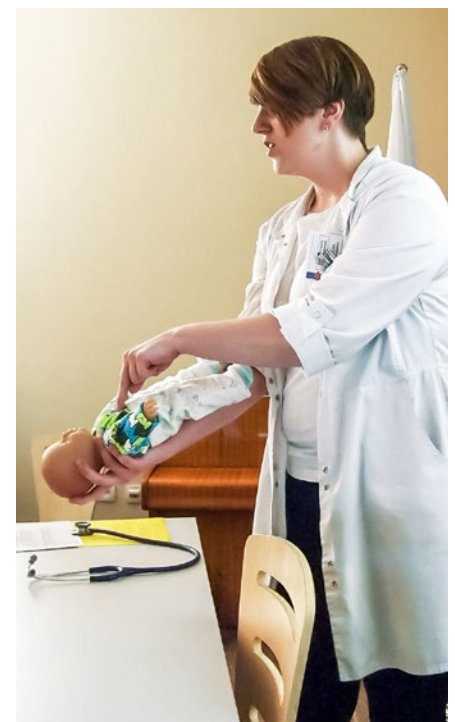
ców do tego ważnego w ich życiu wyzwania. Wszystkie panie prowadzące wykłady, zwróciły uwagę na niezwykle ważną rolę ojca w tym pięknym wydarzeniu, jakim jest przyjście na świat dziecka. Szczególnym zainteresowaniem cieszyły się wykłady o zasadach udzielania pierwszej pomocy w przypadkach zatrzymania oddechu i krążenia u noworodków oraz kobiet w ciąży. W bardzo ciekawy sposób przedstawiła je lekarz Izabela Godlewska ze Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego.

Na zakończenie spotkania osoby zainteresowane mogły zadawać pytania podczas osobistej konsultacji z położnymi/pielęgniarkami. Wszyscy mogli zabrać ze sobą materiały edukacyjne na płytach CD dotyczące omawianych tematów. - To świetny pomysł – mówili o akcji przyszli rodzice – Wykłady rozwiązywały wiele naszych wątpliwości i niepotrzebnych, jak się okazało obaw. Uczestnicy spotkania dowiedzieli się o nim w różny sposób. Odwiedziny strony WSS na Facebooku pozwoliły uzyskać informację Dominice Myślak. Niedługo urodzę swoje pierwsze dziecko, dlatego mam trochę obaw – mówiła przed rozpoczęciem wykładów - Liczę, że wiedza przekazana przez specjalistów, a więc „z pierwszej ręki” bardzo rzetelnie rozwieje moje wątpliwości dotyczące ciąży i porodu.

Z kolei Wojciecha Kubit, który przyszedł z żoną Barbarą, do udziału w akcji skłonił plakat z zaproszeniem. - Wisił przy poradni ginekologiczno-położniczej. Zaprosiłem też znajomych, którzy przyszli z nami. To Anna i Bartosz Wirscy - opowiadał. - Jesteśmy bardzo ciekawi dzisiejszych wykładów. Szczególnie, zależy nam na wykładzie o sposobach ratowania noworodków.

Wszyscy uczestnicy pytani o wrażenia ze spotkania, nie ukrywali, że otrzymali informacje, których oczekiwali. - Bardzo dobrze, że Szpital je zorganizował. Takich informacji bardzo potrzeba. Mamy nadzieję, że to nie ostatnia taka akcja. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny planuje kolejne spotkanie dla przyszłych rodziców, które odbędzie się podczas 14 edycji Olsztyńskich Dni Nauki i Sztuki, które zaplanowano na 21-23 września. Dokładną datę podamy na przetomie sierpnia i września.

Barbara Szymczuk



Zasilanie awaryjne w 15 sekund

O nowej inwestycji energetycznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym rozmawiam z Henrykiem Krzyżakiem, z-cą dyr. ds. eksploatacyjno-technicznych i Piotrem Stolarskim, kierownikiem Sekcji Elektroenergetycznej.

Zgodnie z Planem Dostosowawczym Szpitala do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu

leżnych obudowach modułowych wykonanych z betonu, jako wolno stojące budynki. Pojawiły się one jak grzyby po deszczu, co każdy pracownik szpitala może zobaczyć idąc w kierunku budynku przychodni.

Piotr Stolarski, kierownik sekcji elektroenergetycznej: - Zainstalowany agregat prądotwórczy z samostartem, zapewni pokrycie mocy całego budynku głównego szpitala zarówno na dziś, jak i na najbliższe lata. Najwięcej prądu pobierają wentylacja, klimatyzacja, pracownia hemodynamiki, dział diagnostyki obrazowej oraz windy. Stosując przy modernizacji oddziałów np. oświetlenie ledowe i urządzenie energooszczędne pozostawiamy obciążenie na nie zmienionym poziomie.

Na terenie Szpitala mieści się również centralna sterylizatornia i blok operacyjny, które posiadają własny agregat prądotwórczy. Jako ciekawostkę mogę dodać, że nowy agregat posiada 18 cylindrów w układzie widlastym, a przykładowo kuter rybacki średniej klasy ma ich 12.



wykonującego działalność leczniczą, w dniu 26.04.2016 r. wykonano montaż urządzeń energetycznych wchodzących w zakres projektu polegającego na „Modernizacji układów zasilania, przyłącza kablowego NN wraz z agregatem prądotwórczym oraz przebudowy istniejącej linii oświetleniowej”. Wymienione rozporządzenie określa, iż „Rezerwowym źródłem zaopatrzenia szpitala w energię elektryczną jest agregat prądotwórczy wyposażony w funkcję samostartu, zapewniający co najmniej 30 proc. potrzeb mocy szczytowej, a także urządzenie zapewniające odpowiedni poziom bezprzerwowego podtrzymania zasilania.” Aby sprostać wymogom prawnym oraz zapewnić niezbędne warunki pracy szpitala, przeprowadzono zabudowę całego zestawu rezerwowego źródła energii, którą zrealizowano w dwóch, niez-

Czy wcześniejszy agregat nie spełniał wymagań rozporządzenia?

Henryk Krzyżak, z-ca dyr. ds. eksploatacyjno-technicznych: - Wcześniejszy agregat olejowy wyprodukowano w 1964 r. i niestety nie spełniał już obecnych wymagań. Na jego rozruch potrzebowaliśmy około pół godz. W szpitalu mamy ponad 2500 urządzeń medycznych zasilanych energią elektryczną. Jak zsumujemy ilość zapotrzebowania na energię dla tych urządzeń, to jest ono większe niż 1 MW. Wiemy jednak, że te wszystkie urządzenia nie działają jednocześnie. Oszacowano więc, że moc nowego agregatu 1MW (to moc dwunastu samochodów średniej klasy) zapewni nam potrzebną ilość energii.

A co, jeżeli Szpital się rozbuduje i przybędzie sprzętu?

Czy często zdarzają się przerwy w dostawie prądu?

Piotr Stolarski - Nieczęsto, ale zdarzały się takie przerwy oraz wahnięcia w dostawie energii, które powodowały wyłączenie urządzeń. Mimo, że urządzenia na ogół są zabezpieczone przez własne UPS-y, nie wystarczą one na długo, dlatego musimy posiadać agregaty prądotwórcze.

Jak długo nowy agregat jest w stanie podtrzymać dostawę energii?

Henryk Krzyżak - Pojemność zbiorników paliwa wystarcza na 24 godziny pracy. Dwa zbiorniki po 3500 litrów oraz 500-litrowy zbiornik dzienny, zapewni pracę zespołu prądotwórczego przy 100-proc. obciążeniu. Wskaźnik na zbiorniku paliwa wskazuje ile zużyto oleju,

dzięki czemu będzie wiadomo kiedy uzupełnić jego zapas. Zbiornik jest tankowany z zewnątrz. Zgodnie z założeniami agregat powinien być gotowy do pracy około 15 sekund po uruchomieniu. Dlatego jego silnik, dzięki grzałce wbudowanej w układ chłodzenia jest stale ciepły, niezależnie od pory roku.

A co się stanie jeżeli próba agregatu wykaże, że coś nie zadziałało jak należy?

Henryk Krzyżak - Musi zadziałać, jeżeli jednak cokolwiek by zawiodło, np. przetężniki nie przeciążają się w odpowiednim czasie, albo nie będzie można go zsynchronizować z siecią, to natychmiast wprowadzane będą korekty do systemu.

Kto zajmie się serwisowaniem agregatu?

Jak ciężkie jest to urządzenie?

Henryk Krzyżak - Budynek z wyposażeniem i paliwem waży ok. 78 ton, dlatego przygotowanie fundamentu dla niego wymagało wykopu poniżej 4 m, aż do gruntu stabilnego. Samo obciążenie nie stanowi wielkiego problemu. Jednak praca tak dużego urządzenia wywołuje drgania, które mogą spowodować, że „jak młotkiem” wbija się ono w podłoże. Dlatego w miejscu wykopu pod fundament, wykonaliśmy najpierw otwór pilotażowy, który pozwolił nam ocenić skład podłoża. Fundament jest trzykrotnie cięższy niż sama konstrukcja urządzenia.

Czy obsługa agregatu jest skomplikowana?

Piotr Stolarski - Obsługa będzie polegała przede wszystkim na kontroli wizualnej (czy nie ma wy-

ny hałas, dlatego do pomieszczenia nie wolno wchodzić podczas pracy zespołu prądotwórczego. Wyjątkowych sytuacjach np. w przypadku awarii urządzeń sterowniczych, czy bezpieczeństwa alarmowych mogą wejść osoby uprawnione do obsługi agregatu powyżej 50 kW i posiadające świadectwo kwalifikacji. Elektrycy pracujący w naszym szpitalu mają takie świadectwa w zakresie eksploatacji i dozoru. Dodatkowo zostali przeszkoleni z obsługi tego konkretnego sprzętu.

Kiedy nastąpi uruchomienie agregatu?

Henryk Krzyżak - Odbiór i rozpoczęcie pracy nastąpi w lipcu. Samo uruchomienie, nie wiąże się to od razu z podłączeniem do stacji nn S 2 i nn S 3, które również sukcesywnie wymieniamy.

Barbara Szymczuk



Piotr Stolarski - Po uruchomieniu agregatu mamy zapewniony 5-letni okres gwarancyjny. W tym okresie serwis gwarancyjny powinien wykonywać producent urządzenia. Mimo, że agregat będzie pracował w samostarcie, producent agregatu przeszkolił również naszych pracowników w zakresie zasad jego działania i obsługi. Czy możemy czuć się bezpiecznie z tak ogromnym zbiornikiem paliwa obok budynku szpitala? **Piotr Stolarski** - Obudowa magazynu paliwa posiada wytrzymałość ogniową co najmniej REI 120. W przypadku zagrożenia pożarem wprowadzony jest specjalny system gaszenia. Straż pożarna podcina urządzenia gaśnicze w specjalny zawór i ten szczelnie zamknięty magazyn w którym mieści się zbiornik paliwa jest zalewany środkiem gaśniczym. Zbiorniki na olej napędowy mają podwójne ścianki, aby zabezpieczyć je przed pęknięciem i pożarem.

cieku lub przecieku) i kontroli stanu paliwa. Natomiast urządzenie działa na zasadzie samostartu, zarówno w przypadku zaniku zasilania w sieci, jak i po jego powrocie. Agregat, aby być w pełni sprawny, musi być co jakiś czas uruchamiany. Do uruchamiania kontrolnego (raz na miesiąc) służy obciążnica. Historia pracy zespołu prądotwórczego, jest zapisana w specjalnym sterowniku zamontowanym na tym urządzeniu. Prowadzona będzie również historia w wersji papierowej tzw. książka pracy agregatu.

Wnętrze pomieszczenia z agregatem jest wycieszone (ściany i strop) wełną mineralną o grubości, co najmniej 10 cm z pokryciem zapobiegającym pyleniu się wełny podczas pracy agregatu. Na dachu zamontowano tłumik wydechu o bardzo dużej skuteczności tłumienia. Jest on wygłuszony na zewnątrz, ale w środku panuje ogrom-



NEFROLOGIA, czyli wiedza „tajemna” i duże wyzwania kliniczne

Nefrologia, jak rzadko który obszar współczesnej medycyny, niepokornie nie poddaje się rutynie i ścisłym standardom. Jest to specjalizacja, którą z upodobaniem i swobodnie można uprawiać w dużej mierze empirycznie, w miarę upływu lat zyskując doświadczenie, które staje się najcenniejszym narzędziem codziennej praktyki lekarskiej.



Odmienne niż w kardiologii, czy innych dziedzinach medycyny, trudniej w nefrologii o evidence based medicine i pewne zalecenia, wystandaryzowane dla każdej sytuacji klinicznej. Do tego zawitości mechanizmów białkomoczu, przytłaczająca wiedza z obszaru zaburzeń elektrolitowych, metabolicznych, czy gospodarki kwasowo-zasadowej – to wszystko razem zniechęca młody narybek lekarski do poznawania tej niewątpliwie ciekawej, ale i bardzo trudnej dziedziny. W województwie warmińsko-mazurskim odnotowuje się najniższy wskaźnik ilości dyplomowanych nefrologów/100 tys. mieszkańców – w liczbach bezwzględnych jest ich aktualnie 31. Zapotrzebowanie zaś na specjalistów tej dziedziny nieustannie rośnie! Tam, gdzie nefrologia zagląda dziś w szeroko otwarte drzwi to założone pacjentami w podeszłym wieku oddziały chorób wewnętrznych, neurologii i geriatry (tych ostatnich niestety prawie w Polsce nie ma!), bowiem starzenie się

organizmu to fizjologicznie postępujące z wiekiem pogorszenie funkcji nerek, przyspieszane przez schorzenia współtowarzyszące: cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, chorobę sercowo-naczyniową.

Większość pacjentów z rozpoznaniem przewlekłej choroby nerek wg klasyfikacji wprowadzonej w 2002 r. przez NKF KDOQI, zawierającej podział choroby na stadia 1-5, to populacja osób starszych, z licznymi schorzeniami współistniejącymi, a osoby powyżej 70 r. z dominują w kategorii umiarkowanego upośledzenia funkcji nerek, czyli eGFR 30-59 ml/min/1,73 m² (stadium 3), nawet przy braku innych cech uszkodzenia nerek. Powstały przy tej okazji wysoce wątpliwe kwestie semantyczne, związane z nazywaniem „chorobą” fizjologicznego spadku eGFR z wiekiem. Jednak, oddalając się nieco od dywagacji naukowych na ten temat, dializoterapia pozostaje często

dla części tych pacjentów jedyną opcją terapeutyczną. Oddzielną palącą kwestią staje się brak jakichkolwiek standardów odstępowania od „uporczywej dializoterapii” w przypadkach, które nie rokują stałej poprawy klinicznej, a przedłużają jedynie dalsze cierpienia pacjenta. Ten ostatni bolesny i etyczny problem pozostaje obecnie jedynie indywidualnym dylematem lekarza, rozstrzyganym w jego sumieniu lekarskim, wspartym latami doświadczenia klinicznego.

Wobec powyżej opisanych zjawisk liczba dializowanych co roku wzrasta, tak w Polsce, jak i na całym świecie. W tej populacji pacjentów 63% jest obecnie w wieku powyżej 65 lat, a 30% powyżej 75 lat – ta ostatnia grupa jest najszybciej rosnącą grupą wiekową wśród dializowanych we wszystkich obszarach geograficznych. W naszym województwie z końcem 2015 r. pod-

dawanych przewlekłym dializom było 806 pacjentów, z czego ok. 50% w wieku powyżej 65 r.ż., a ok. 30% powyżej 75 lat.

W Polsce na koniec 2014 r. w programie przewlekłej dializoterapii leczono 20391 pacjentów, i choć, jak wspomniano, liczba dializowanych przyrasta z roku na rok, to jednak w Polsce obserwujemy najniższy w Europie wskaźnik ilości dializowanych na milion mieszkańców (112,7), co oznacza, że choroby nerek w naszym kraju są równie skutecznie leczone w okresie przeddializacyjnym pomimo kłopotów budżetowych i organizacyjnych w ochronie zdrowia.

A jak wygląda sytuacja w nefrologii w naszym regionie? Należy zdumopodkreślić, że województwo Warmińsko-Mazurskie może się poszczycić najwyższym w Polsce wskaźnikiem ilości miejsc dializacyjnych/100 tys. mieszkańców. Dysponujemy 11 stacjami dializ, głównie o charakterze jednostek niepublicznych. Tak satysfakcjonujące wysycenie miejsc dializacyjnych w naszym regionie jest zasługą poprzednich konsultantów wojewódzkich, w szczególności dr n. med. Jana Forfy, który dynamicznie i konsekwentnie rozbudowywał sieć stacji dializ na terenie naszego województwa.

Bardziej powszechną metodą dializ, podobnie jak na całym świecie, jest hemodializa (ok. 95% chorych), jednak 5 z 11 naszych ośrodków dializoterapii oferuje dializę otrzewnową jako opcjonalną metodę leczenia nerkozastępczego.

Kompleksową diagnostykę i terapię wysoko-specjalistyczną, z wykonywaniem biopsji nerki, zabiegów plazmaferezy, realizacją programów lekowych NFZ prowadzi się w jednym tego typu ośrodków w regionie – Oddziale Klinicznym Nefrologicznym, Hypertensjologii i Chorób Wewnętrznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. Ordynatorem Oddziału jest od 2009 r. prof. dr hab. n. med. Tomasz Stompór, prodziekan ds. nauki WNM UWM. Jest to również jedyna w województwie jednostka, posiadająca akredytację szkoleniową w dziedzinie nefrologii, dysponująca 8 miejscami szkoleniowymi. Obecnie realizuje w niej program specjalizacji 7 lekarzy. Tu również prowadzi się szeroki program dydaktyczny w zakresie chorób wewnętrznych i nefrologii dla studentów Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Dużym krokiem na przód w dziedzinie nefrologii transplantacyjnej w 2015 r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie było Otwarcie Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej oraz zbudowanie stałego, dobrze zorganizowanego Zespołu Transplantacyjnego. Wysiłkiem całego Zespołu opracowano i wdrożono do praktyki klinicznej Standardy Transplantacyjne WSS w Olsztynie. Opisano procedury postępowania na poszczególnych etapach procesu przeszczepiania nerek, podkreślając te elementy procesu, za które odpowiedzialni są nefrolodzy.

Szpital uzyskał w tym samym roku pozytywną opinię Zespołu Akredytacyjnego oraz zgodę Ministerstwa Zdrowia na przeszczepianie nerek od osób zmarłych na następnych 5 lat. Od czasu organizacji ośrodka (2010 r.) do chwili obecnej przeprowadzono w sumie 139 transplantacji nerek od dawców zmarłych. Następnym dużym wyzwaniem będzie podjęcie prób zorganizowania i powołania Regionalnego Ośrodka Kwalifikacji Biorców oraz wdrożenie programu przeszczepiania nerek od dawców żywych.

Z powodzeniem rozwija się również Poradnia Transplantacji Nerek przy WSS w Olsztynie, świadcząca opiekę specjalistyczną dla pacjentów po przeszczepieniu nerki z całego terenu województwa. Pracuje w niej 3 nefrologów ze specjalizacją z transplantologii klinicznej.

Nefrologia polska ma jednak swoje wielkie bolączki, które spędzają sen z powiek konsultanta krajowego, prof. dr hab. n. med. Mariana Klingera (Wrocław) i jako objawy tej samej choroby dotkliwie odczuwane są we wszystkich rejonach kraju. Wydaje się niezbędne zwiększenie punktacji za niedoszacowane procedury JGP w katalogu świadczeń internistycznych z zakresu chorób nerek. Ponadto dysproporcja pomiędzy zadawałymi wskaźnikami liczby dializowanych a zapleczem diagnostyczno-terapeutycznym w szpitalach i poradniach specjalistycznych dla pacjentów z chorobami nerek jest miazdząca! Brakuje również rozwiązań systemowych w zakresie realizowania procedur wytwarzania dojścia naczyniowego do hemodializ, szczególnie przetok tętniczo-żylnych, które stanowią tzw. „linię życia” dla pacjentów hemodializowanych – bez dojścia naczyniowego w postaci cewnika czy przetoki tętniczo-żylny prowadzenie terapii nerkozastępczej metodą hemodializy staje się niemożliwe. Nie dysponujemy również opracowanymi i dobrze oszacowanymi procedurami kwalifikacji biorcy do przeszczepienia nerki.

Problem, z którym szczególnie boryka się warmińsko-mazurska nefrologia, co odzwierciedlają wcześniej opisane statystyki ogólnopolskie, to jedna z najniższych w Polsce liczba łóżek nefrologicznych/100 tys. mieszkańców (30 łóżek) oraz zbyt mała liczba poradni nefrologicznych. Warto jednak zauważyć i podkreślić, że dzięki



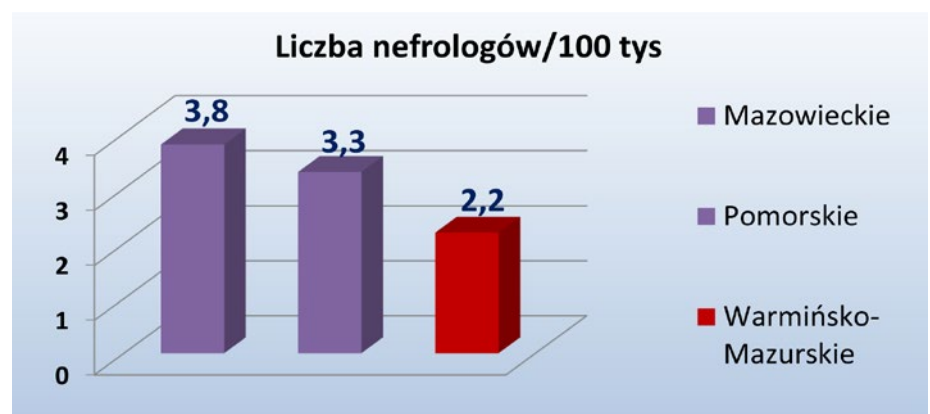
sprawnej pracy nefrologów czas oczekiwania na wizytę specjalistyczną w poradni nefrologicznej nie wygląda tak dramatycznie jak w innych specjalnościach. Wynosi on średnio 2-3 miesiące, jednak w najbardziej obciążonej jednostce województwa – Poradni Nefrologicznej przy WSS w Olsztynie, pomimo wydłużonego czasu pracy przyjmujących w niej lekarzy, osiągnięto rekordowy okres 8-9 miesięcy.

Jak więc widać z przedstawionego po krótko ogólnego podsumowania stanu nefrologii regionalnej na tle tendencji krajowych i światowych sprawę można podsumować w kilku potocznych frazach: **mało nas, mimo to dajemy radę, leczymy jak umiemy najlepiej, wciąż dążymy do realizacji standardów na najwyższym poziomie, wiedza nasza „tajemna”, ale wyzwania wielkie, słowem: to właśnie jest NEFROLOGIA.**

Opracowano na podstawie statystyki i wniosków z dyskusji zespołu nefrologów województwa warmińsko-mazurskiego, przeprowadzonej podczas spotkania w WSS w Olsztynie dnia 03.12.2015 r., z wykorzystaniem aktualnych raportów konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii.

dr n. med. Beata Januszko-Giergielewicz

Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Nefrologii
Województwa Warmińsko-Mazurskiego



Okulistyka

„KATAMARANY 2016”

„I Międzynarodowa Konferencja Od nauki do praktyki Okulistyka - KATAMARANY 2016”, zorganizowana przez światowej sławy okulistów: prof. Jerzego Szaflika i prof. Jacka Szaflika, odbyła się 3-4 czerwca 2016r. w Mikołajkach. Udział w niej wzięło wiele osobistości świata okulistycznego zarówno z polski jak i z zagranicy. Wśród prelegentów znaleźli się również leka-

rze z Oddziału Okulistycznego naszego Szpitala. Trudne przypadki medyczne zaprezentowali dr Maria Sz wajkowska, która przedstawiła wykład „Obustronne wewnętrzne zapalenie błony naczyniowej oka u młodej pacjentki obciążonej cukrzycą” a dr Janusz Pieczyński - wykład „Od choroby oka do choroby ogólnoustrojowej, czyli od pasm

naczyniastych oka do kępek żółtych rzekomych - długotrwała obserwacja przypadku”.

Dr Maria Dowgird, koordynator Oddziału, pełniła funkcję członka prezydium sesji naukowej. Wygłosiła także podczas jednej sesji wykład wprowadzający o roli jaką przypadek odegrał w medycynie.

Po części merytorycznej Konferencji, można było odpocząć w miłej, wakacyjnej atmosferze, czemu sprzyjała przepiękna pogoda oraz uroczne okolice Mikołajek i rejs po jeziorze Tałty, a także możliwość pospiewania szant w pobliskiej ta-wernie...

dr Maria Dowgird

Koordynator Oddziału Okulistycznego

fot. www.inspirecongress.pl





Zabieg ze śródoperacyjnym wybudzeniem

Specjaliści z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, jako jedyni w województwie i nieliczni w Polsce, wykonują małoinwazyjne operacje mózgu, oszczędzające funkcje neurologiczne pacjentów.

Chorzy z guzami mózgu, szczególnie pierwotnymi, stanowią duże wyzwanie dla neurochirurga. Guzy te często są słabo odgraniczone od zdrowych tkanek i nierzadko umiejscowione w obszarach odpowiedzialnych za ważne funkcje, jak ruch, koordynacja ruchowa, mowa, liczenie, czytanie, pisanie, pamięć i inne funkcje poznawcze. Dodatkową trudność stanowi to, że ich lokalizacja jest osobniczo zmienna wśród zdrowych ludzi, a u chorych są jeszcze przemieszczane przez procesy patologiczne.

Aby zminimalizować ryzyko pooperacyjnych deficytów neurologicznych rozwinięto zaawansowane metody obrazowania, które pokazują guza i jego stosunek do ośrodków korowych różnych funkcji oraz ich podkorowych połączeń. Dzięki wykorzystaniu nawigacji śródoperacyjnej można w czasie zabiegu dokładnie je umiejscowić w mózgu chorego. Tkanek guzową można kontrastować za po-

mością leków podawanych przed zabiegiem, które sprawiają, że nowotwór w obrazie mikroskopowym ma inną barwę niż zdrowe obszary. Oprócz metod anatomicznych istnieją też bardziej czułe metody funkcjonalne, głównie elektrofizjologiczne mapowanie i monitorowanie. Polega ono na stymulacji elektrycznej różnych elementów układu nerwowego – kory mózgu, dróg podkorowych, pnia mózgu, rdzenia kręgowego i nerwów obwodowych – i obserwowaniu odpowiedzi z jego odległych części. Niektóre funkcje, jak ruch i czucie, można monitorować w czasie znieczulenia ogólnego, ale kontrola funkcji poznawczych i mowy wymaga współpracy z przytomnym pacjentem podczas usuwania guza. Celem operacji w wybudzeniu jest zaoszczędzenie funkcji neurologicznych szczególnie ważnych dla chorego, np. orientacji przestrzennej dla architekta, liczenia dla księgowego, czy zdolności porozumiewania się w obcym języku dla tłu-

macza oraz umożliwienie powrotu nie tylko do środowiska domowego, ale i do pracy.

W naszym szpitalu od dwóch lat przeprowadzane są zabiegi ze śródoperacyjnym wybudzeniem. Jest to duże wyzwanie zarówno medyczne, jak i organizacyjne wymaga dokładnego przygotowania chorego i jest możliwe dzięki współpracy zespołu wielu ludzi. Neurochirurdzy, m.in. dr Waldemar Och, dr Tomasz Budzisz, kwalifikują pacjenta, oceniają ryzyko operacyjne i przeprowadzają sam zabieg, podczas którego muszą koordynować informacje z pola operacyjnego, nawigacji śródoperacyjnej, testów psychologicznych i parametrów życiowych pacjenta. Anestezjodzy, w tym dr Janusz Liszka, dr Romuald Fidrych i dr Paweł Sieniuta, przeprowadzają znieczulenie, czuwają nad funkcjami życiowymi chorego i wybudzają go w odpowiednim momencie. Lekarze zajmujący się monitoringiem neu-

rofizjologicznym, dr Agnieszka Parda i dr Agnieszka Kondzior odpowiadają za stymulację mózgu, psycholog dr Piotr Markiewicz ocenia występowanie zaburzeń mowy i funkcji poznawczych przed, w trakcie i po zabiegu, a pielęgniarki operacyjne, m.in. Małgorzata Pogorzelska i Anna Hul, przygotowują specjalistyczny sprzęt używany podczas zabiegu.

W celu przygotowania do zabiegu pacjent jest przyjmowany do Oddziału Neurochirurgicznego kilka dni wcześniej, wykonywane są dodatkowe badania obrazowe i laboratoryjne. W trakcie operacji konieczne jest zwrócenie uwagi na czynniki, które podczas zabiegu w znieczuleniu ogólnym są mniej istotne, np. wygodne ułożenie chorego, staranne unieruchomienie głowy, zapewnienie kontaktu wzrokowego pacjenta z anestezjologiem i psy-

chologiem. Po fazie otwierania jamy czaszki, która jest wykonywana w znieczuleniu ogólnym, anestezjolog budzi chorego i po uzyskaniu pełnego kontaktu rozpoczyna się mapowanie kory mózgu przy pomocy stymulacji elektrycznej. Obserwuje się reakcje pacjenta, które mogą być bardzo różnorodne, od mimowolnych ruchów, przez niemożliwość mówienia i różne zaburzenia rozumienia mowy, do zaburzeń czucia. Po wyznaczeniu lokalizacji tych funkcji przy pomocy neuronawigacji, wyznacza się bezpieczny tor dojścia do guza. Wszystkie testy powtarzane są w trakcie resekcji, aby uniknąć uszkodzenia dróg podkorowych łączących poszczególne ośrodki. Kolejnym etapem jest analiza wszystkich danych, w tym stopnia złośliwości guza, jego bliskości do ośrodków funkcji, występowania zaburzeń podczas śródoperacyjnych testów psychologicznych

i podejmowana jest decyzja o zakresie usuwania zmiany patologicznej. Po zakończeniu usuwania zmiany pacjent zasypia lub pozostaje w kontakcie podczas fazy zamykania czaszki.

Po zabiegu pacjent przebywa na oddziale jeszcze kilka dni, w czasie których obserwuje się czy nie wystąpiły powikłania, jak zakażenie, obrzęk mózgu, udar oraz czy gojenie rany przebiega prawidłowo. Przy wypisie wyznaczane są daty kontroli neurochirurgicznej i psychologicznej oraz dodatkowe leczenie onkologiczne w zależności od rodzaju nowotworu.

dr n. med. Waldemar Och, ordynator
dr Agnieszka Parda

Oddział Kliniczny Neurochirurgiczny

Kraniotomia z wybudzeniem śródoperacyjnym - rola anestezjologa



Inicjatorem wyjazdu i nauczania się znieczulenia do awake craniotomy (kraniotomii z wybudzeniem śródoperacyjnym) był anestezjolog dr Romuald Fidrych, ale z przyczyn od niego niezależnych nie mógł pojechać. Dlatego do Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego w Szczecinie, gdzie wykonuje się te zabiegi pojechał anestezjolog Janusz Liszka.

Janusz Liszka: Podczas usunięcia guza mózgu u młodego człowieka, zobaczyłem znieczulenie do zabiegu z wybudzeniem śródoperacyjnym od strony praktycznej. Zabieg planowany na kilka godzin trwał kilkanaście. Analizując materiały polecane przez anestezjologa ze Szczecina dr Rzewuską oraz materiały w czasopiśmie anestezjologicznych i neurochirurgicznych, wykonałem moje pierwsze, samodzielne znieczulenie do awake craniotomy w celu usunięcia guza. Przed tym zabiegiem omówiłem z zespołem neurochirurgicznym wszystkie aspekty tego zagadnienia w celu lepszej współpracy. Bardzo ważne było też, przed taką operacją, omówienie dokładnie wszystkiego z pacjentem (wieczorem i rano przed zabiegiem), uspokojenie go psychiczne przez (neuro)psychologa i farmakologiczne przez anestezjologa. W awake craniotomy wyróżnia się 3 etapy:

- Pierwszy: Od momentu wjazdu pacjenta na salę operacyjną do momentu dojścia chirurga do patologicznej zmiany asleep (znieczulenie ogólne) lub awake (kontakt z pacjentem).



- Drugi: Usunięcie patologicznej zmiany po wybudzeniu śródoperacyjnym u przytomnego pacjenta (zawsze awake).
- Trzeci: Od usunięcia patologicznej zmiany do zakończenia operacji (asleep lub awake).

W pierwszym etapie wykonuje się znieczulenie ogólne lub sedoanalgezę (podaje się krótko działające leki uspokajające i przeciwbólowe) z zachowanym oddechem własnym pacjenta i z zachowanym w pewnym stopniu kontaktem z pacjentem. W tym etapie wykonuje się starannie skalp blok, czyli znieczulenie regionalne w obszarze operowanym, wszystkich warstw tkanek od skóry aż do kości czaszki, aby nie było bólu z tego obszaru podczas zabiegu. Mózgu się nie znieczula, ponieważ mózg nie boli. Kiedy neurochirurg podczas operacji dojdzie do patologicznej zmiany, to pacjent jest wybudzany lub sypczy się sedoanalgezą, odstawiając leki. W drugim etapie ważne jest, aby pacjent miał zachowaną świadomość i podczas stymulacji mózgu w obszarze operowanym, odpowiadał na pytania neurochirurga i neuropsychologa. Stymulacja mózgu może wyzwolić też różne inne objawy np. drgawki, mimowolne ruchy kończyn, zaburzenia mowy, zaburzenia funkcji wyższych itd. Na tej podstawie neurochirurg podejmuje decyzję w celu maksymalnego usu-

nięcia patologicznej zmiany z maksymalnym zaoszczędzeniem ważnych obszarów mózgu w jej sąsiedztwie. W drugim etapie czasami konieczne jest też podanie bardzo niewielkiej dawki, krótko działających leków uspokajających i przeciwbólowych, aby nie wpływały one negatywnie na stymulację mózgu przez neurochirurga i nie obniżały poziomu świadomości. Dodatkowo anestezjolog pilnuje natlenienia pacjenta, obniża podwyższone ciśnienie tętnicze krwi i czuwa nad prawidłową akcją serca oraz w przypadku przedłużającego się zabiegu, w porozumieniu z neurochirurgiem, włącza leczenie przeciwobrzękowe. W tym etapie może dojść do powikłań neurochirurgicznych, farmakologicznych, a także sam pacjent może mieć załamania nastroju spowodowane samym zabiegiem. Mogą pojawić się w wyniku stymulacji, zwłaszcza przy przedłużającej się operacji, a także z powodu narastającego miejscowego obrzęku mózgu w okolicy operowanej, krótkotrwałe objawy neurologiczne. np. drgawki, które przerywa się polewając korę mózgową lodowatym płynem Ringera lub soli fizjologicznej. Czasami niestety trzeba przerwać drugi etap i znieczulić pacjenta ogólnie, kontynuując klasycznie kraniotomię z neuromonitoringiem. W trzecim etapie, po usunięciu patologicznej zmiany, można znieczulić ogólnie pacjenta, zwłaszcza gdy jest już psychicznie zmęczo-

ny, aby dokończyć zabieg (tzw. asleep) lub z powrotem włączyć lub nie niewielką sedoanalgezę (tzw. awake), aby nadal utrzymać jego świadomość i kontakt z nim.

Zabieg kraniotomii z wybudzeniem śródoperacyjnym po analizie ryzyka i korzyści, wykonuje się w celu usunięcia: ognisk padaczkowych, guzów nadnamiotowych, tętniaków powstałych na tle grzybiczym lub bakteryjnym przez materiał zatorowy, przy infekcyjnym zapaleniu wsierdza, malformacji tętniczo-żylnych. W awake craniotomii wszczepia się do mózgu rozruszniki w celu przerywania uciążliwych objawów neurologicznych np. mimowolnych drżeń, a także bólu. W ten sposób można stymulować mózg u przytomnego człowieka w celu jego mapowania, aby określić jakie obszary mózgu za co odpowiadają i co kontrolują.

Obecnie w WSS Olsztyn znieczulenia do awake craniotomii wykonuje 2 anestezjologów: Romuald Fidrych i Janusz Liszka. Następne znieczulenie będzie wykonywał anestezjolog Paweł Sieniuta. Docelowo będzie jeszcze przeszkolonych kilku anestezjologów, którzy wyrazili chęć tak, aby ta umiejętność była powszechna w naszym zespole.

dr Janusz Liszka - Anestezjolog

Psycholog na Bloku Operacyjnym



Operacje typu awake craniotomy - gdy pacjent zostaje wybudzony w trakcie zabiegu neurochirurgicznego - są przeprowadzane od lat. Jednak wiedza na temat tego typu zabiegów wciąż jest mało upowszechniana. W naszym szpitalu zostało już przeprowadzonych sześć takich operacji.

Generalnie operacja z wybudzeniem wymaga sprawnej akcji zespołu interdyscyplinarnego, złożonego typowo z neurochirurgów, anestezjologów, psychologa i personelu operacyjnego. Ogólne dane statystyczne wskazują, że operacje tego typu powodują mniej niż 5% poważnych konsekwencji (np. zaburzenia neurologiczne, śmierć) w czasie zabiegu lub bezpośrednio po zabiegu - a więc są względnie bezpieczne. Okres pooperacyjny po tak poważnym zabiegu jest różnie wyliczany i trwa od 3-4 miesięcy do 12 miesięcy. Bezpośrednio po operacji obserwuje się przejściowe nasilenie zaburzeń funkcji poznawczych i/lub motorycznych, np. pacjent mówi z większym wysiłkiem, niż przed operacją lub nie jest w stanie wykonać pewnej czynności, którą wykonywał wcześniej.

W zespole uczestniczącym w operacji awake craniotomy typowo występuje (neuro)psycholog. Zadaniem psychologa jest ocena stanu funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego pacjenta przed zabiegiem, w trakcie zabiegu i po zabiegu. Poza oceną stanu psychicznego szczególnym zadaniem psychologa jest wywoływanie specjalnych zachowań (np. liczenie, mowa spontaniczna, nazywanie, mowa zautomatyzowana) w czasie, gdy neurochirurdzy stymulują elektrycznie tkankę mózgu w miejscach w pobliżu patologicznej zmiany.

Dzięki temu neurochirurdzy mogą uzyskać pewność, że określone miejsce jest istotnie funkcjonalnie (np. dla produkcji lub rozumienia mowy), i że jego uszkodzenie może spowodować nieodwracalne zmiany poznawcze. W trakcie operacji wykonywanych w naszym szpitalu kilkakrotnie byłem świadkiem sytuacji, gdy określona stymulacja elektryczna powodowała nagłe, chwilowe i głębokie zaburzenia mówienia lub rozumienia mowy.

Postępowanie (neuro)psychologa w operacjach awake craniotomy nie doczekało się, jak dotąd ogólnie przyjętej standaryzacji. To oczywiście utrudnia zaplanowanie i przeprowadzenie całej procedury badawczej. Przegląd badań i stanowisk w tej sprawie wskazuje na znaczną rozbieżność w doborze i wykorzystywaniu testów psychologicznych. Dodatkowo istnieją różne kryteria doboru pacjentów do operacji ze względu na przedoperacyjny stan psychiczny - chodzi o to, że część pacjentów może nie współpracować w trakcie zabiegu z powodu problemów z rozumieniem mowy lub z powodu znacznych trudności w mówieniu.

Istnieje też sporo niewiadomych. Nie zostały, jak dotąd dobrze opisane wyniki neuropsychologicznych badań porównawczych z poszczególnymi okresami przed, około i postoperacyjnymi. Przez to nasza wiedza o rzeczywistej poprawie lub pogorszeniu stanu psychicznego pacjenta jest znacznie ograniczona. Dostępne dane są fragmentaryczne, ale wskazują na pozytywne konsekwencje operacji awake craniotomy. W jednym z badań zespołu japońskiego Nimmanityy z 2015 roku po 5 miesiącach od operacji zaobserwowano poprawę w zakresie

zdolności wzrokowo-przestrzennych i wykonawczych.

Inną niewiadomą jest związek pomiędzy stanem przedoperacyjnym pacjenta, a możliwościami prognozowania poprawy postoperacyjnej. W tej mierze istnieją doniesienia, że pacjenci z guzem uciskającym tkankę lepiej rokują, niż pacjenci z guzem infiltrującym tkankę mózgu - u tych ostatnich zaobserwowano więcej postoperacyjnych deterioracji neurologicznych i poznawczych. Wiadomo też, że guzy w półkuli dominującej (czyli lewej u większości ludzi) wiążą się ze znacznie gorszą oceną stanu psychicznego przed operacją. W końcu, niezbyt dobrze poznany jest związek między stopniem złośliwości guza mózgu, a profilem zaburzeń poznawczych przed operacją i po operacji.

W naszym szpitalu procedura badania psychologicznego jest następująca. Przed operacją pacjent zostaje gruntownie przetestowany w kierunku oceny stanu poznawczego i emocjonalnego. Takie badanie zajmuje sporo czasu (ok. 8 godzin) i jest rozłożone na 2-3 spotkania. W trakcie operacji - praktycznie przez cały okres wybudzenia - pacjent jest poddawany różnym badaniom kontrolnym podczas stymulacji elektrycznej mózgu oraz w czasie usuwania guza. Po zabiegu - typowo 2-3 dni - przeprowadzane jest kolejne badanie kontrolne stanu pacjenta. Następnie po upływie 3 miesięcy i 12 miesięcy zostają wykonywane kolejne badania psychologiczne. Jak na razie ten ostatni etap nie został jeszcze przeprowadzony w naszym szpitalu - dopiero po koniec sierpnia będzie można zrobić pierwsze badanie z odroczeniem 12 miesięcy po zabiegu. Jednak z już uzyskanych danych wynika raczej optymistyczny obraz funkcjonowania pacjentów po operacji awake craniotomy, zwłaszcza tych z niskim stopniem złośliwości guza.

Na koniec chciałbym naszkicować pewne subiektywne uwagi. Uczestnictwo w tego typu operacjach zawdzięczam dr Agnieszce Pardzie i dr Waldemarowi Ochowi, którzy wprowadzili mnie na salę operacyjną i umożliwili prowadzenie badań neuropsychologicznych z pacjentami kwalifikowanymi do operacji awake craniotomy. Obecność psychologa na Bloku Operacyjnym może na pierwszy rzut oka wydawać się osobliwa i faktycznie kilku lekarzy wyrażało zdziwienie lub dowcipne komentarze. Sam to rozumiem - typowo Blok Operacyjny zajmuje się uśpionym pacjentem, stąd psycholog jest zbędny. Liczę na to, że dzięki takim operacjom i ich nagłaśnianiu wiedza na temat roli psychologa w medycynie może się zmienić. Dziękuję też pacjentom za cierpliwość i wytrzymałość podczas wielogodzinnych badań psychologicznych i za bezcenną naukę o sposobie działania mózgowia - tego elementu w naszych ciałach, który produkuje obraz nas samych, obraz naszego świata i relacji z innymi ludźmi.

dr Piotr Markiewicz - Psycholog

Ocena jakości i bezpieczeństwa opieki w Szpitalu



ny poddał się audytowi w celu oceny spełnienia wymagań zawartych w międzynarodowej normie ISO 9001. Uzyskanie pozytywnych wyników z audytów zostało potwierdzone uzyskaniem certyfikatów na kolejne 3 lata.

Ocena jakości świadczeń zdrowotnych jest podstawowym i najważniejszym miernikiem opieki nad pacjentem świadczonej przez szpital, a jej głównym celem jest zapewnienie takich warunków opieki, aby przy określonych możliwościach osiągnąć by maksymalnie korzystne efekty dla pacjenta.

Szpital monitoruje szereg wskaźników, które są poddawane ocenie i można je podzielić na:

Wskaźniki strukturalne

- mówiące o organizacji szpitala, jego możliwościach materialnych, jakości technicznej budynków i wyposażenia, wykształcenia i kompetencji personelu, a także uwzględniające aspekty finansowe funkcjonowania szpitala.

Wskaźniki procesów

(oceny przebiegu leczenia, pielęgnacji)

- mówiące o relacjach między personelem a pacjentem (wdrożone procedury diagnostyczne

W styczniu 2016 roku nasz szpital poddał się po raz piąty zewnętrznej ocenie jakości i bezpieczeństwa opieki przeprowadzonej przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Ocenie poddano funkcjonowanie szpitala i bezpieczeństwo realizacji świadczeń medycznych w zakresie spełnienia wymagań zawartych w standardach akredytacyjnych.

Również w marcu tego roku szpital po raz kolej-



i lecznicze). Wskaźniki procesu dotyczą między innymi: zakażeń wewnątrzszpitalnych, powtórnych hospitalizacji, reoperacji, zdarzeń niepożądanych, sprawności reagowania na sytuacje zagrożenia zdrowia i życia pacjentów i personelu.

Wskaźniki rezultatów (efektów)

- mówiące o uzyskanych efektach leczniczych w różnych przedziałach czasowych (zachorowalność, śmiertelność, satysfakcja pacjenta). Pomiar wyników działań bezpośrednio wskazuje na poziom jakości udzielanych świadczeń.

Przyznane certyfikaty jakości są dowodem na to, że Szpital świadczy usługi zdrowotne realizowane w bezpiecznych warunkach, na dobrym poziomie przez wykwalifikowany personel przy zastosowaniu nowoczesnej aparatury medycznej. Odnawialność certyfikatów przez szpital ma kilkunastoletnią tradycję i wytworzyło ugruntowaną, pozytywną kulturę organizacji. Doskonalenie jakości w sposób systematyczny i uwzględniający oczekiwania pacjentów zauważają także pacjenci, co wyrażają w corocznie przeprowadzanych badaniach satysfakcji pacjentów leczonych w szpitalu.

Hanna Taraszkiewicz

Petnomocnik Dyrektora ds. Jakości



Proces akredytacji szpitali w Polsce jest procesem dobrowolnym. Szpital co 3 lata może poddawać się dobrowolnej ocenie jakości i bezpieczeństwa opieki w oparciu wymagania ok. 240 standardów. Wynik pozytywny skutkuje uzyskaniem certyfikatu akredytacyjnego nadanego przez Ministra Zdrowia. W Polsce obecnie 230 szpitali ma prawo noszenia zaszczytnego tytułu - Szpital Akredytowany.



Szkolenie dla kadry kierowniczej WSS w Olsztynie

W drugiej połowie maja odbyło się dwudniowe szkolenie dla kadry kierowniczej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. W szkoleniu wzięły również udział Louise Philips, dyrektor ds. Zaopatrzenia i Rozwoju Grupy Klinicznej Tower Hamlets w Londynie i Janine Bender, dyrektor ds. Administracji w Szpitalu Czerwonego Krzyża w Stuttgarcie, które w ramach międzynarodowego programu HOPE Exchange zapoznają się z działalnością WSS w Olsztynie.

Pierwszy dzień szkolenia rozpoczął Marek Wesotowski, prezes firmy SGA, prezentując Raport z Analizy Ekonomicznej i Benchmarkingu Szpitala za 2015 rok. Raport ten pozwolił Szpitalowi porównać się z innymi szpitalami najlepszymi w danej dziedzinie oraz wykorzystać ich praktyki w swojej działalności. Należy pamiętać, że wzorując się na skutecznych i efektywnych działaniach stosowanych przez inne jednostki, Szpital może uniknąć strat wynikających z ryzyka wprowadzania niesprawdzonych zmian. Benchmarking może być zastosowany do usprawniania wszystkich obszarów funkcjonowania Szpitala. Przedmiotami benchmarkingu mogą być np.: usługi, procesy, strategię, koszty czy struktury organizacyjne.

Następnie Rafał Laszczak, Główny Księgowy Szpitala Wojewódzkiego omówił poziom wykonania kontraktu w I połowie 2016 roku.

Po całym dniu intensywnego szkolenia uczestnicy spotkania kontynuowali rozmowy na wieczornym spotkaniu koleżeńskim, które było okazją do dyskusji oraz wymiany doświadczeń z uczestnikami wymiany międzynarodowej. Drugi dzień poświęcono tematowi z zakresu nowelizacji ustawy Prawo zamówień publicznych (Pzp), tj. zwiększenie świadomości kadry z tytułu odpowiedzialności za

naruszenia dyscypliny finansów publicznych w związku z naruszeniem przepisów ustawy Pzp. Szkolenie poprowadziła Ewa Żak, konsultant, szkoleniowiec i doradca zamówień publicznych. Podkreśliła, że w ustawie o zamówieniach w wyniku implementacji przepisów Unii Europejskiej zaszło wiele istotnych zmian w zakresie nie tylko przeprowadzenia procedury, ale i warunków udziału w postępowaniu, kryteriów oceny, dokumentów jakich można żądać na potwierdzenie spełnienia wymogów.

Uzupełnieniem, chociaż można powiedzieć, że uszczegółowieniem tego szkolenia było wystąpienie Ireny Kierzkowskiej, Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, która szczególną uwagę zwróciła na wnioski i cele zapisane w Strategii Rozwoju WSS w Olsztynie na lata 2016-2020.

Zaznaczając, że analiza SWOT/TOWS wykazała, iż strategia dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie jest strategią konserwatywną (maxi-mini). Strategia konserwatywna (maxi-mini) oznacza, że Szpital powinien wykorzystywać mocne strony, aby poradzić sobie z zagrożeniami lub żeby ich unikać. Strategia ta ukierunkowana jest na wprowadzenie nowych usług i poszukiwanie nowych klientów.

Na koniec Dyrektor Irena Kierzkowska podziękowała wszystkim prelegentom i pracownikom za to, że stworzyli, po raz kolejny z resztą, wspaniałą atmosferę podczas szkolenia.

Najważniejsze w tym wszystkim jest jednak to, że całą zdobytą wiedzę będzie można teraz efektywniej wykorzystywać w praktyce.

Alicja Biernacka



Pokonane kilometry

pomogą pacjentom Szpitala Wojewódzkiego



Marzyliśmy o takim nowoczesnym sprzęcie, którym będziemy leczyć nasze pacjentki. Dzięki Michelin Polska SA, biegaczom oraz rowerzystom te plany będą mogły się spełnić – powiedział na podsumowaniu akcji charytatywnej Kilometry Pomocy dr Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

WSS, jako jedna z dwóch (obok Szpitala Dziecięcego) olsztyńskich lecznic był beneficjentem akcji, która w sobotę odbyła się na Plaży Miejskiej w Olsztynie. Swoją część pieniędzy Szpital Wojewódzki przeznaczył na dofinansowanie zakupu specjalistycznego sprzętu do leczenia onkologicznych schorzeń u kobiet. Dzięki niemu lekarze z Oddziału Ginekologii Onkologicznej będą mogli przeprowadzać dootrzewnową chemioterapię perfuzyjną w hipertermii (HIPEC) – skuteczniejszy od dotychczas stosowanych sposobów leczenia raka jajnika. HIPEC jest metodą pozwalającą na podanie leków przeciwnowotworowych (cytostatyków) bezpośrednio w miejsce występowania nowotworu. Przez to stężenie podawanego leku jest nawet 75-krotnie wyższe, niż przy chemioterapii dożylniej. Zastosowanie dodatkowo podwyższonej temperatury ma kluczowe znaczenie dla niszczenia tkanki nowotworowej, powodując większą aktywność stosowanych leków oraz uwrażliwienie komórek nowotworowych na ich działanie. Perfuzyję chemioterapeutyku przeprowadza się za pomocą systemu drenów połączonych ze specjalnym urządzeniem. Zanim jednak do podania leku przeprowadza się operację chirurgiczną prowadzącą do usunięcia wszystkich ognisk nowotworu. Dzięki zastosowaniu tej metody m.in. w zaawansowanym stadium choroby, pacjentki mogą liczyć na lepszy komfort i znaczne przedłużenie życia.

W akcji wzięto udział ogółem 850 osób. Z tego w przejeździe rowerowym – 158, w biegu 537, a w biegu Junior o długości 1 kilometra – 153 osoby. Za każdy przebiegnięty i przejechany kilometr Michelin przekazał 10 zł. Ostatecznie udało się zebrać (po zaokrągleniu) 90 tys. zł. Jak poinformował Jarosław Michalak, dyrektor fabryki Michelin w Olsztynie oba szpitale otrzymają po 45 tys. zł.

W imieniu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego za ten wspaniały dar podziękowali dr Jerzy Górny, zastępca dyrektora ds. leczenia oraz dr Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Ginekologii Onkologicznej. – Liczy się dla nas każdy grosz, dlatego chcemy serdecznie podziękować za tę sumę – powiedział dr Górny. Radości nie ukrywał też dr Waśniewski. – Marzyliśmy o takim nowoczesnym sprzęcie, którym będziemy leczyć nasze pacjentki. Dzięki Michelin Polska, biegaczom oraz rowerzystom te plany będą mogły się spełnić.

W akcji wzięła udział niemal 40-osobowa reprezentacja Szpitala Wojewódzkiego. Pobiegły m.in. Louise Philips i Janine Bender, menedżerki szpitali z Anglii i Niemiec, które w ramach międzynarodowej wymiany zapoznawały się z działalnością WSS w Olsztynie. Dołączył do nich Alex Philips, mąż Louise, który przyleciał z Londynu, aby wziąć udział w biegu. Cała trójka pokonała po 10 kilometrów, wzbogaciła więc konto obu szpitali o 300 zł. – Dałam z siebie wszystko – mówiła zaraz po biegu Louise Philips. – Na co dzień nie biegam zbyt dużo, ale myślę, że osiągnęłam dobry wynik. Alex dodał, że także on przebiegł taki dystans, na który było go stać tego dnia. – Cieszę się, że mogłem pomóc pacjentom olsztyńskich szpitali – stwierdził. Również Janine Bender nie ukrywała radości z ukończenia biegu. – Na co dzień uprawiam

jogging, więc pewnie było mi trochę łatwiej – powiedziała z uśmiechem.

Zadowolenia po zawodach nie ukrywali także pracownicy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego. Marlena Wiska z Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia pobiegła najpierw na głównym dystansie, a potem towarzyszyła swoim dzieciom – Karinie i Adrianowi – w biegu juniorskim. – Wszyscy czujemy się świetnie i chętnie weźmiemy udział w kolejnej takiej akcji – zapewniała. Podobnie uważa Grzegorz Harhaj, jej kolega z Działu. – Świetnie się bawiłem – mówił.

Silną reprezentację wystawił też Dział Gospodarczy – wystartowała m.in. kierująca nim Karina Rzymowska oraz Krzysztof Latkowski, któremu towarzyszyła córka Julia. Na trasie biegu dla dzieci nie zabrakło zaś Jakuba Waśniewskiego, syna ordynatora Oddziału Ginekologii Onkologicznej. – Trasa mogła być trochę dłuższa – powiedział Kuba po biegu.

Podczas sobotniej akcji w namiocie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego chętni mierzyli sobie ciśnienie i poddawali się badaniu EKG. Nad prawidłowym przebiegiem badań czuwały lek. med. Marta Drankowska z pielęgniarkami Ewą Szymańską i Katarzyną Kowską, cała trójka z Oddziału Kardiologicznego. Materiały o Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym prezentowały pracownicy Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji: Barbara Szymczuk, Alicja Biernacka i Katarzyna Szychulska-Topa. Zagranicznymi gośćmi opiekowała się Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, kierownik DZMiP. Pomagał jej mąż Krzysztof, który wziął także udział w biegu.

W szpitalnym stoisku były też dostępne materiały dotyczące transplantologii. Udostępniała je i koordynator transplantacyjnej Anna Kleszcz, pielęgniarka z Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej

Po ogłoszeniu wyników akcji charytatywnej Kilometry Pomocy na scenie wystąpił Kamil Bednarek ze swoim zespołem.

Przemysław Prais



Pracowity weekend transplantologów



W ramach realizacji programu „Partnerstwo dla Transplantacji” Warmińsko-Mazurskie Biuro Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego

w Olsztynie w sobotę i niedzielę (21-22 maja 2016 r.) uczestniczyło w trzech wydarzeniach promujących transplantację.

W sobotę były to Piknik Rodzinny Pieczewa i Akcja charytatywna Kilometry Pomocy, dzień później – XII Rotariańska Majówka Lotnicza. W trakcie spotkań promowano Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie poprzez krótkie zapowiedzi dokonywane ze sceny oraz poprzez audycje radiowe.

W trakcie spotkań rozdawano materiały pro-transplantacyjne i promujące szpital oraz rejestrowano potencjalnych dawców szpiku.

Pracownikom Szpitala pomagali wolontariusze. Spotkania cieszyły się dużym zainteresowaniem. W sobotę z Fundacją Przeciwko Leukemii i niedzielę z Fundacją DKMS zarejestrowano łącznie 88 potencjalnych dawców szpiku.

mgr Marta Jaworska

regionalny koordynator ds. transplantacji

Terapia zajęciowa, jako jeden z elementów usprawniania

„Zajęcie jest najlepszym naturalnym lekarzem i podstawą szczęścia człowieka”

Termin terapia wywodzi się od greckiego słowa *therapeuein*, co oznacza: opiekować się kimś, troszczyć się o kogoś, leczyć. *Therapeutes* – terapeutą, jest osobą, która się opiekuje, troszczy o kogoś.

Terapia zajęciowa jest więc formą pomocy udzielanej pacjentowi w adaptacji nowej sytuacji i powrotu do zajęć poprzednich, tj. powrotu do normalnego funkcjonowania w środowisku społecznym, pracy i rodziny, sposobu poruszania się, niezależności i dojrzałości psychicznej w pełnieniu określonych ról społecznych. Wykwalifikowany terapeuta zajęciowy musi mieć specjalne przygotowanie. Powinien posiadać znajomość wielu działań pracy i technik, które sprzyjają przywróceniu maksymalnego możliwego funkcjonowania oraz pomagają chorym spełnić wymagania stawiane przed nimi przez ich pracę zawodową, środowisko społeczne i domowe.

Cele terapii zajęciowej

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

Wszystkie te działania prowadzą do poprawy czynności życia codziennego. Jak pisał już starożytny rzymski lekarz Galen: „Zajęcie jest najlepszym naturalnym lekarzem i podstawą szczęścia człowieka”.

Cele terapii zajęciowej zawsze określone są indywidualnie. Aby terapia przebiegała prawidłowo musi zaistnieć więź między pacjentem a terapeutą, polegająca na wzajemnej akceptacji. Dlatego też terapeuta musi stworzyć na zajęciach przyjazną, życzliwą atmosferę, w której każdy chory będzie czuł się dobrze. Powinien zachęcać pacjentów do podejmowania aktywności, ale musi pamiętać, aby ich do niczego nie zmuszać, ani dzielić na gorszych i lepszych.

Formy i rodzaje pracy szpitalnego terapeuty zajęciowego

W Oddziale Rehabilitacji i Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej naszego Szpitala, terapia zajęciowa prowadzona jest w formie grupowej i indywidualnej. Forma grupowa polega na wykonywaniu różnych, bądź tych samych czynności, zadań przez kilka osób. Grupy tworzone są celowo lub powstają samorzutnie. Natomiast terapia indywidualna polega na tym, że pacjent wykonuje zadania, czynności specjalnie dla niego przeznaczone.

Będąc terapeutą zajęciowym posługuję się trzema rodzajami pracy. Pierwszym z nich jest ergoterapia, która jest terapią poprzez pracę. Polega głównie na wykonywaniu czynności manualnych. Drugim, arteterapia - tera-



pia poprzez szeroko pojętą sztukę, np.: rysunek, malarstwo, zdobnictwo i dekoratorstwo, muzykoterapia i bibliografia. Trzeci rodzaj terapii to socjoterapia, która ma na celu włączenie do życia społecznego i funkcjonowania w grupie społecznej. Wykorzystywaną metodą podczas tych zajęć jest ludoterapia (terapia przez zabawę), terapia ruchem i trening umiejętności społecznych.

mgr Katarzyna Oleszkiewicz

st. terapeuta zajęciowy



Przykładem rehabilitacji prowadzonej z pacjentami jest pisanka, którą w ramach leczenia po przebyciu udaru niedokrwiennym wykonał, Pan Kazimierz Czerniewicz. Swoją pracę, jako upominek, wdzięczny pacjent podarował dyrektor Irenie Kierzkowskiej. **Red.**

„Przełamywanie barier”



Dr Tomasz Waśniewski otrzymał 31 marca od marszałka województwa Laur Najlepszym z Najlepszych, a dzień później Gazeta Wyborcza Olsztyn ogłosiła zwycięstwo ginekologa z Wojewódzkiego Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie w plebiscycie na Olsztynianina Roku 2015.

XIII Gala Laur Najlepszym z Najlepszych organizowana przez samorząd województwa odbyła się w Filharmonii Warmińsko-Mazurskiej. Wśród nagrodzonych znalazł się dr Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału

Ginekologiczno-Położniczego oraz Oddziału Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Lekarz otrzymał z rąk marszałka Gustawa Marka Brzezina Laur Najlepszym z Najlepszych w kategorii „Przełamywanie barier” za zastosowanie po raz pierwszy w Polsce nowatorskiej metody krioprezerwacji, która jest jedyną szansą na naturalne zajście w ciążę dla kobiet poddanych chemioterapii lub radioterapii.

We wrześniu 2015 r. Tomasz Waśniewski wszczepił pacjentce pobraną od niej wcześniej i zamrożoną tkankę jajnikową. Dzięki temu leczona na nowotwór kobieta otrzymała szansę na zajście w ciążę.

Był to finał terapii zapoczątkowanej ponad trzy lata temu. Na początku grudnia 2012 r. dr Waśniewski pobrał od pacjentki tkankę jajnika, którą następnie zamrożono w oczekiwaniu na zakończenie terapii onkologicznej. Za wprowadzenie tej metody dr Tomasz Waśniewski pod koniec czerwca 2015 r. odebrał w Warszawie nagrodę za wprowadzenie nowatorskiej metody umożliwiającej macierzyństwo kobietom poddanych kuracji nowotworowej. Uroczystość odbyła się w pałacu Staszica, siedzibie Polskiej Akademii Nauk. Wyróżnienie Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Olsztynie nadało Stowarzyszenie Grupa Robocza na Rzecz Innowacji w Ochronie Zdrowia w kategorii innowacyjna technologia medyczna „za krioprezerwację tkanki jajnika u pacjentek poddanych leczeniu onkologicznemu Oncofertility”.

Osiągnięcia Tomasza Waśniewskiego docenili też czytelnicy GW Olsztyn, którzy w plebiscycie na Olsztynianina Roku 2015 oddali na niego najwięcej głosów. Werdykt ogłosiła Gazeta 1 kwietnia.

Przemysław Prais

„Zdrowe uszy. Zdiagnozuj swój narząd słuchu”



„Zdrowe uszy. Zdiagnozuj swój narząd słuchu”

Jeżeli wydaje Ci się, że np. inni mówią niewyraźnie; jeżeli nie słyszysz dzwonka do drzwi lub coraz głośniejsz stuchasz radia i oglądasz TV; jeżeli zdarza się, że nie słyszysz telefonu komórkowego – to znak, że najwyższy czas zbadać swój słuch.

Takie wezwanie towarzyszyło akcji bezpłatnego badania słuchu, która miała miejsce 7 kwietnia 2016 r. w godzinach 8.00 - 16.00 na parkingu przy SKOR Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego. Badania te i konsultacje z nimi związane prowadzone były przez specjalistów

firmy ACS Słuchmed w odpowiednio przystosowanym pojeździe OTIBUS, wyposażonym w audiometr – urządzenie do badania słuchu, otoskop – urządzenie do diagnostyki przewodu słuchowego i błony bębenkowej.

Badanie trwało kilka minut. Wygodnie siedzącemu pacjentowi zakładano na uszy słuchawki, aby mógł słuchać dźwięków o różnej tonacji i za pomocą przycisku reagować na usyszany dźwięk. Wyniki badania były zapisywane w postaci audiogramu na podstawie, którego określano jaki pacjent ma słuch w prawym i lewym uchu i czy dobrze słyszy dźwięki o różnych częstotliwościach, przede wszystkim

odpowiadające za zrozumienie mowy ludzkiej. To badanie pozwoliło na diagnostykę zewnętrznego przewodu słuchowego, wykrycie ubytków słuchu, a akustycy je prowadzący, dodatkowo informowali pacjentów w jaki sposób poprawić komfort słyszenia, gdzie i w jaki sposób otrzymać niezbędną pomoc oraz ewentualnie pomagali w doborze nowoczesnych aparatów słuchowych.

Akcja cieszyła się dużym zainteresowaniem. Jeszcze przed rozpoczęciem badań zebrała się grupa chętnych do badania. W ramach akcji „Zdrowe uszy. Zdiagnozuj swój narząd słuchu” 40 osób zdiagnozowało swój słuch.

Lekarze specjaliści alarmują, że każda osoba, która przekroczyła 35 rok życia powinna profilaktycznie zbadać swój słuch, gdyż już w tym wieku mogą pojawić się pierwsze ubytki słuchu spowodowane między innymi przebywaniem w hałasie, przebytymi chorobami, czynnikami genetycznymi. Nasze uszy przekazują dźwięki do mózgu, to mózg nadaje znaczenie temu, co słyszymy. Rozumiemy dlatego, że prawidłowo słyszymy. Nieleczony niedosłuch pogłębia się latami, powodując, że niezauważalnie dla nas samych tracimy kontakt z otoczeniem. Można temu zapobiec poddając się odpowiednio wczesnej diagnozie.

Barbara Szymczuk



Konferencja pod hasłem „Strata czasu to strata mózgu” poświęcona wdrażaniu nowoczesnego programu udarowego w naszym województwie odbyła się w siedzibie Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie 18 czerwca 2016 roku.

Idea powstania zintegrowanego systemu postępowania z chorymi z udarem niedokrwienym mózgu, narodziła się w wyniku moich rozmów z dr n. med. Grzegorzem Wasilewskim, jako konsultantów wojewódzkich do spraw neurologii i radiologii, następnie do współpracy zaprosiliśmy również dr Jacka Kowalczyka, konsultanta wojewódzkiego do spraw medycyny ratunkowej. W trakcie konferencji poszczególne zagadnienia były również przedstawiane przez innych Kolegów z naszego szpitala – dr n. med. Rakesh Jalali, Koordynator Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego opisał schemat postępowania z pacjentem w SOR, dr Grzegorz Dątek przedstawił system oddziałów udarowych oraz praktyczne wskazania do leczenia swoistego udaru niedokrwienego mózgu, a dr n.med. Krzysztof Nosek przybliżył tzw. helsiński model postępowania w udarze mózgu nakierowany na maksymalne skrócenie czasu do zastosowania skutecznego leczenia.

Na zakończenie spotkania dr n.med. Grzegorz Wasilewski przedstawił najnowsze, inwazyjne metody leczenia udaru niedokrwienego mózgu wraz z prezentacją własnych zabiegów. W spotkaniu wzięto udział około stu osób reprezentujących wszystkie etapy postępowania z chorym z udarem niedokrwienym mózgu – od dyspozytorów, koordynatorów, poprzez ratowników medycznych i pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych, po radiologów i lekarzy oddziałów udarowych z całego województwa.

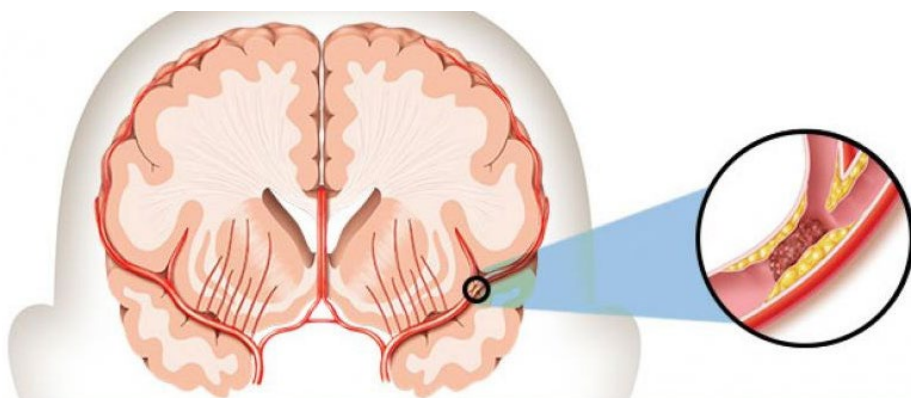
Po wymianie poglądów i spostrzeżeń uczestnicy zgodzili się z potrzebą dalszych prac nad systemem udarowym, który poprzez skrócenie czasu od wystąpienia udaru mózgu do wdrożenia leczenia, poprawi rokowanie dla chorych. Konferencja nie była naszym pierwszym krokiem w tym kierunku. Naturalnym było, że początkowo budowę systemu oparliśmy na własnym ośrodku w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, bo obecnie jako jedyny w województwie oferuje chorym z udarem pełen zakres możliwych opcji leczenia. Prace rozpoczęliśmy od nawiązania współpracy z podobnymi, dysponującymi wieloletnim doświadczeniem, ośrodkami

w Polsce – krakowskim, kierowanym przez prof. Agnieszkę Słowik oraz warszawskim – doc. Adama Kobayashiego. Podczas pobytów w Klinice Neurologii Uniwersytetu Jagiellońskiego poznawaliśmy – wraz z kolegami z naszego oddziału, dr n.med. Krzysztofem Noskiem, dr Grzegorzem Dątkiem i dr Tomaszem Matyskietą – lokalny system udarowy i najnowsze sposoby leczenia. Następnie odbyło się spotkanie neurologów, radiologów i personelu SKOR, gdzie wypracowywaliśmy schemat postępowania dopasowując uzyskane spostrzeżenia do specyfiki pracy naszego szpitala. Uczestniczyliśmy też w spotkaniach z ratownikami medycznymi, którzy stanowią istotne ogniwo systemu udarowego – bo od ich decyzji o postawieniu podejrzenia udaru mózgu i szybkiego transportu do oddziału udarowego zależy efekt leczenia.

Udar mózgu to schorzenie naczyniowe, dochodzi do niego przy zaburzeniach krążenia krwi w mózgowiu. Najczęstszą przyczyną jest niedokrwienie spowodowane zamknięciem tętnic mózgu przez zator wędrujący z prądem krwi np. z serca, lub zakrzep powstający bezpośrednio w świetle naczynia, np. na blaszce miażdżycowej. Tkanka mózgowa przez kilka godzin broni się przed niedokrwieniem w obrębie tak zwanej penumbry – strefy półcienia, jeśli dojdzie do poprawy krążenia mózgowego w tym obszarze, to znaczna część komórek nerwowych przeżyje a dzięki temu prezentowane przez chorego objawy zmniejszą się. Każda minuta niedokrwienia to kolejne miliony zniszczonych neuronów.

Od kilkunastu lat dokonuje się postęp w leczeniu udaru niedokrwienego serca. Oprócz leczenia nieswoistego obejmującego postępowanie ogólnomedyczne rozwijają się metody swoiste.

Pierwszym etapem są oddziały udarowe. Są to placówki prowadzące leczenie uwzględniające specyfikę choroby zarówno pod względem farmakoterapii jak i rehabilitacji ruchowej i logopedycznej. Szczególną uwagę zwraca się tu na odpowiednią kontrolę ciśnienia tętniczego, glikemii, ciepłoty ciała, wdrażanie profilaktyki wtórnej dla zapobieżenia kolejnym epizodom udarowym a także zapobieganie powikłaniom jak na przykład odleżyny, zakażenie układu moczowego czy zapalenie płuc. Jednak najważniejszą rolą oddziałów udarowych jest stosowanie leczenia ukierunkowanego na udrożnienie naczyń mózgowych. Podstawowym sposobem jest dożylny użycie leku trombolitycznego - rekombinowanego tkankowego aktywatora plazminogenu, który ma rozpuścić zakrzep i przywrócić krążenie mózgowe. Dzięki tej formie terapii zmniejsza się śmiertelność z powodu udaru i niesprawność poudarowa chorych. Efekt leczniczy jaki można osiągnąć jest zależny od czasu, jeśli zastosujemy trombolizę dożylną w ciągu 90 minut od chwili wystąpienia objawów to ko-



rzyść odniesie jeden na trzech leczonych pacjentów, natomiast wdrożenie leczenia po 3 godzinach pomoże jedynie jednej osobie na siedem. Od kilku lat pojawiła się możliwość leczenia inwazyjnego udaru niedokrwiennego – mechanicznego usunięcia zakrzepu ze światła tętnicy, czyli trombektomii. Według danych światowych trombektomia jest prawie czterokrotnie bardziej efektywna niż dożylne leczenie trombolityczne. W naszym szpitalu zabieg taki wykonał trzykrotnie dr Wasilewski a osiągnięte wyniki są bardzo obiecujące – osiągnięto znaczną redukcję kalectwa u dwójki chorych.

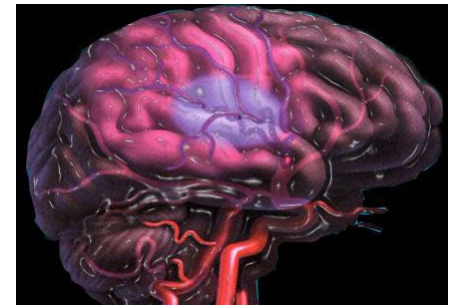
W chwili obecnej cały nasz zespół pracuje dalej nad wypracowaniem schematów postę-

powania ze szczególnym naciskiem na pracę Zespołów Ratownictwa Medycznego, chcemy by w każdej karetce znalazł się czytelny schemat postępowania wraz ze skalą oceny neurologicznej, zasadami zbierania wywiadu i informacji osobowych oraz telefonem do oddziału udarowego. Uzyskaliśmy też obietnice pomocy od dr Anny Krakowińskiej, Kierownika Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Olsztynie przy negocjacji zwrotu kosztów trombektomii (obecnie nie refundowanej przez NFZ). Mamy nadzieję, że dzięki podjętym wspólnie z P. dr n.med. Andrzejem Tutajem, ordynatorem Oddziału Neurologii i Oddziału Udarowego staraniom, nasz szpital zostanie wpisany na centralną listę ośrodków referencyjnych

prowadzących leczenie inwazyjne udaru niedokrwiennego mózgu.

dr n.med. Jacek Zwiernik

konsultant wojewódzki do spraw neurologii



Pamięć cz. 20 i jej zagadki



Najczęściej nie mamy kontroli nad tym, co chcielibyśmy zapomnieć. Zapominanie realizuje się praktycznie bez naszej woli i świadomości. Okazuje się, że są jednak pewne sposoby na kontrolowane i właśnie świadome tłumienie niepożądanych informacji w pamięci.

Praktycznie wszyscy to znamy - chcemy o czymś zapomnieć i nie możemy. Niepożądane i niechciane informacje pamięciowe są

niestety uporczywe lub pojawiają się w najmniej oczekiwanych momentach życia. W pewnym sensie są one niezbędne - pamięć o czymś negatywnym może uchronić nas przed podobnymi doświadczeniami w przyszłości. Ale z drugiej strony takie negatywne informacje przechowywane w pamięci powodują znaczne obciążenie emocjonalne, a w skrajnych przypadkach nie pozwalają normalnie funkcjonować (na ten temat zob. efekty PTSD lub traumatycznej pamięci opisywane w ostatnich odcinkach).

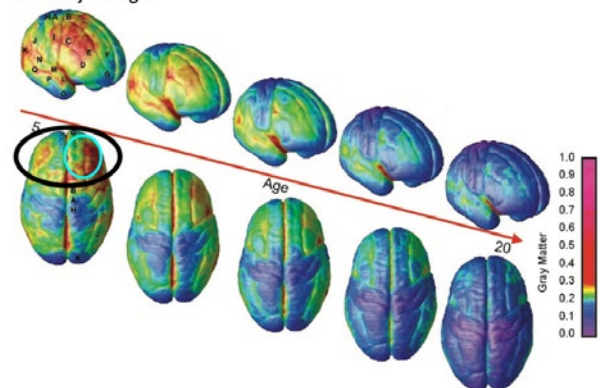
Dopiero od niedawna testuje się farmakologiczne sposoby usuwania niechcianych wspomnień i nie są one - jak dotąd - super skuteczne. Poza farmakoterapią pojawiły się w ostatnim czasie badania nad bardziej naturalną metodą, gdy osoba badana próbuje samodzielnie i świadomie stłumić określoną informację. Co na ten temat wiadomo?

KONTROLA UMYŚLU

Zanim dojdziemy do sedna metod tłumienia danych pamięciowych, jedna sprawa jest kluczowa. W ramach ogólnego obrazu działania umysłu czy psychiki pojawiają się specjalne zdolności, które dziś nazywamy funkcjami wykonawczymi (executive functions). Najkrócej mówiąc są to te umiejętności, które pozwalają nam zarządzać przepływem informacji ze zmysłów i z naszej pamięci. Funkcje wykonawcze są aktywne, gdy np. próbujemy powstrzymać impulsywne zachowanie, hamujemy określone emocje, próbujemy utrzymać w pamięci podawany numer telefonu, oceniamy własne zachowanie, planujemy i ustalamy priorytety lub rozpoczynamy

działanie w odpowiednim czasie i kontekście. To tylko część z naszych umiejętności wykonawczych. Wiemy już, że takie zdolności rozwijają się od urodzenia i osiągają szczyt rozwojowy około 30-35 roku życia. Jest to związane z rozwojem mózgu, a zwłaszcza z długim i nieporównywalnym do innych gatunków rozwojem płatów czołowych mózgu. Bo właśnie płaty czołowe, a dokładniej obszary kory przedczołowej są typowo uznawane za główne miejsca realizacji funkcji wykonawczych.

Rozwój mózgu



Modele rozwoju istoty szarej w korze mózgu. Czarna elipsa wskazuje na obszary kory przedczołowej. Niebieska elipsa wskazuje na centrum realizacji funkcji wykonawczych, m.in. grzbietowo-boczna kora przedczołowa. Czerwona strzałka oznacza wiek rozwojowy. Dojrzewanie istoty szarej wskazuje podziałka od odcieni koloru czerwonego (struktura mało dojrzała) do fioletowego (struktura dojrzała). Jak można zaobserwować, nawet w 20 roku życia nie wszystkie obszary kory przedczołowej są w pełni rozwinięte. Źródło: Gogtay i in. (2004). Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *PNAS* 101 (21), 8178. Adaptacja własna

AKTYWNE HAMOWANIE PAMIĘCI

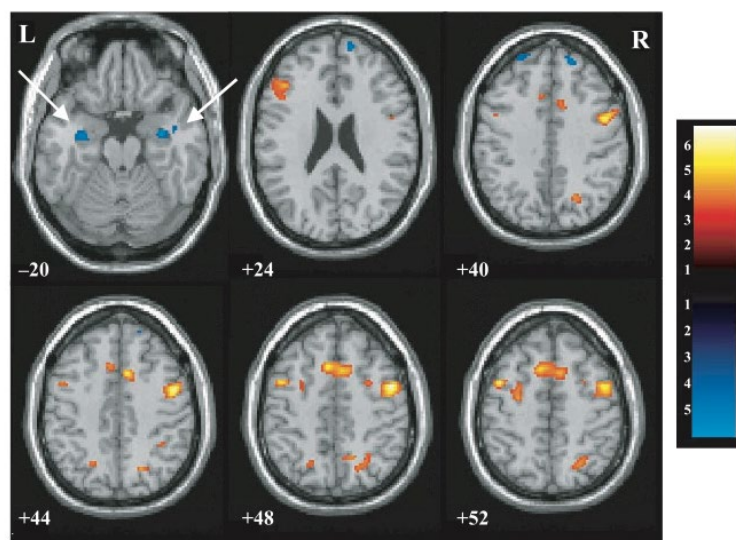
Jedną ze zdolności wykonawczych jest powstrzymywanie reakcji. Wtedy tłumimy impulsywne zachowanie i potrafimy w sposób bardziej kontrolowany lub świadomo wyprofilować zachowanie, co często jest bardzo przydatne. Ta zdolność hamowania reakcji stała się podstawą pomysłu, że może w przypadku niechcianych wspomnień należałoby je aktywnie powstrzymać, podobnie jak inne reakcje.

W eksperymencie Michaela Andersona i Collina Greene'a z University of Oregon zastosowano procedurę typu „myśl - nie myśl”. Osoby badane uczyły się par słów, gdzie pierwsze słowo było wskazówką wywołującą drugie słowo z pary (np. płotka - męka). Następnie po ekspozycji słowa-wskazówki proszono badanych o przypomnienie drugiego słowa z pary, swobodne skojarzenie ze słownem-wskazówką lub o stłumienie przypomnienia („nie myśl o tym”). Okazało się, że w przypadku blokowania wspomnienia badani pamiętali znacznie mniej słów, niż w trybie zapamiętywania („myśl o tym”) lub produkowania skojarzeń. A zatem być może istnieje mechanizm wypierania niechcianych (lub ignorowanych jak w cytowanym badaniu) wspomnień. Warto jednak dodać, że taki mechanizm jest kontrolowany i nie ma nic wspólnego z nieświadomym wypieraniem (represją) niechcianych, wstydliwych i traumatycznych wspomnień. Słowem: potrafimy świadomie blokować pewne informacje pamięciowe, a ta blokada zależy od naszej woli i wysiłku intelektualnego. Według Andersona jest to przy okazji wskaźnik naszej kontroli wykonawczej nad przypadkowymi odruchowymi skojarzeniami pamięciowymi.

Kolejne badania nad aktywnym blokowaniem wspomnień pozwoliły na ustalenie mózgowych mechanizmów takiej blokady. W zadaniach podobnych do wyżej opisanych („myśl - nie myśl”) okazało się, że kontrola niechcianych wspomnień koreluje z jednoczesną redukcją aktywności obszarów hipokampów i wzmożoną aktywnością kory przedczołowej grzbietowo-bocznej. Co ciekawe, im mniejsza była aktywność hipokampalna i większa aktywność przedczołowa, tym efekt zapominania o niechcianych informacjach był większy. Obie grupy obszarów należą do kluczowych obszarów związanych z zapamiętywaniem. Obszary hipokampów są istotne dla tworzenia śladów pamięci świadomej i wywoływania takich śladów. Z kolei aktywność przedczołowa wiąże się m.in. z hamowaniem reakcji, przetaczaniem między zadaniami i wyciszaniem zakłóceń wynikających z realizacji różnych zadań. Zaobserwowany wzorzec aktywności mózgowia podczas tłumienia niechcianych wspomnień sugeruje, że blokada pamięciowa wymaga kombinacji włączonych funkcji wykonawczych (obsza-

ry przedczołowe) oraz wyciszanych funkcji tworzenia i przywoływania śladów pamięciowych (obszary hipokampów). W efekcie „nadzorcze” obszary przedczołowe hamują aktywność pamięciową i osoba de facto nie pamięta tego, czego nie chciała zapamiętać.

Tłumienie niechcianych wspomnień



Powstrzymywanie i blokowanie danych pamięciowych wiąże się z obustronną redukcją w obszarach hipokampa (niebieskie obszary) oraz zwiększoną aktywnością różnych obszarów przedczołowych, przedniego zakrętu obręczy kory, różnych obszarów przedruchowych i ciemieniowych (obszary pomarańczowo-białe). Pominęto inne obszary o zmniejszonej aktywności. Źródło: Anderson i in. (2004), Neural systems underlying the suppression of unwanted memories. *Science* 303, 233.

informacji zmysłowej na poziomie odbioru słów i identyfikacji obrazów wzrokowych.

INNE DANE

Czy opisana powyżej w skrócie metoda hamowania wspomnień jest skuteczna? Jak dotąd istnieje więcej wątpliwości, niż pewności. Metoda świadomej kontroli niechcianych wspomnień blokuje co najwyżej 60 % materiału i nie dotyczy wszystkich. Wiadomo np. że ludzie z depresją, ADHD i zaburzeniami wynikającymi z uszkodzeń obszarów czołowych mózgu znacznie słabiej powstrzymują informacje pamięciowe. Z kolei ludzie z efektywną pamięcią operacyjną (taka pamięć pozwala na jednoczesne przechowywanie w krótkim czasie informacji i manipulowanie nimi) znacznie lepiej powstrzymują niechciane wspomnienia. Zdolność do hamowania wspomnień zależy też od wieku - dzieci do 8 roku życia i osoby starsze mają z tym najwięcej trudności.

dr Piotr Markiewicz

Chcesz wiedzieć więcej?

- Wickelgren I., (2012), Spróbuj tylko zapomnieć. *Psychologia dziś*, 2, 14-23.
- Gagnepain P., Henson R.N., Anderson M.C., (2014), Suppressing unwanted memories reduces their unconscious influence via targeted cortical inhibition. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(13), E1310-9.
- Banich M.T., Depue B.E., (2015), Recent advances in understanding neural systems that support inhibitory control. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 1, 17-22.



Półwysep Jukatan

przed wiekami był we władaniu Majów, a teraz państwo Meksyk przypomina kształtem haczyk i uważa się, że za przynętę służy właśnie półwysep Jukatan, a narybkiem są... turyści, przyciągani przez karaibskie plaże i historię Majów:) W okresie kolonialnym Jukatan nie podlegał wicekrólom rezydującym w odległym mieście Meksyk, ale bezpośrednio hiszpańskiej Koronie, co powodowało, że region ten wstrząsały liczne konflikty, inwazje i pirackie ataki. Po tej burzliwej historii pozostało wiele wspaniałych zabytków i warownych miast, w tym Uxmal, Merida, Ixamal oraz imponujące rozmachem stanowisko archeologiczne kultury Majów i Tolteków - Chichen Itza.

Uxmal

ruiny miasta Majów, wpisane na listę Światowego Dziedzictwa Kulturalnego i Przyrodniczego UNESCO, którego rozkwit przypadał w latach 600 - 900 n. e. Tuż przy wejściu na teren wykopalisk stoi wspaniała Piramida Wróźbity - legenda głosi, że postawił ją w ciągu jednej nocy syn czarownika - karzeł, który narodził się z jaja węża. W rzeczywistości budowla ta składa się z pięciu piramid postawionych jedna na drugiej, budowanych przez stulecia.

Kolejna wspaniała konstrukcja to Czworokąt Mniszek - plac utworzony przez cztery budynki, przypominające krużganek klasztorny, a na szczególnie podziw zasługują skomplikowane, ząboblające się reliefy, tworzące trójwymiarową układankę; fasadę zdobią liczne maski boga deszczu Chaca.

Nie bez powodu tak czczono to bóstwo - w tej części Jukatanu nie ma rzek i innych źródeł wody, dlatego wodę deszczową zbierano i przechowywano w kamiennych zbiornikach w kształcie butelek.

Zachowały się też pozostałości po boisku do gry w piłkę w pobliżu tzw. Pałacu Gubernatora, kolejnego arcydzieła architektury Majów - rozległej budowli stojącej na podwyższeniu, skąd rozciąga się piękny widok na okolicę. Na fasadzie pałacu dopasowano do siebie 20 tys. ręcznie rzeźbionych kamieni, by tworzyły fryz o geometrycznych kształtach.

Na tym terenie podziwiać można częściowo odnowione Wielką Piramidę i Gotębnik, które być może służyły do obserwacji astronomicznych oraz Dom Żółwi, z rzeźbami żółwi - zwierząt, które wg wierzeń Majów bardzo cenili bóg deszczu Chac.

Merida

Mieszkańcy tego miasta nazwali kiedyś z dumą swoje miasto „Paryżem Nowego Świata”, albowiem na przelomie XIX i XX wieku, dzięki zyskom z handlu, mieszkano tu więcej milionerów niż gdziekolwiek w Meksyku, a miasto było najważniejszym ośrodkiem regionu. Merida to miasto okazałych budowli, pałaców, klasztorów, w centrum z piękną katedrą św. Ildefonsa, którą wzniesiono z kamieni po rozebranej świątyni Majów, stojącej tu poprzednio.

Ixamal

to spokojne, kolonialne miasteczko, niegdyś ważny ośrodek kultu religijnego Majów, gdzie zachowały się ruiny piramid, z których Hiszpanie czerpali budulec do wniesienia klasztoru Matki Boskiej Jukatańskiej.

Chichen Itza

to najczęściej odwiedzane stanowisko archeologiczne kultury Majów, gdzie panuje wielki upał i tłok, ale warto znieść te wszystkie trudności turystyki, aby podziwiać wielkie osiągnięcia architektury Majów i Tolteków, którzy przybyli na Jukatan pod koniec X wieku.

Nad okolicą góruje świątynia Pierzastego Węża - Kukulcana, którą Hiszpanie nazwali El Castillo - Zamek. Konstrukcja piramidy kryje w sobie tajemnicę opracowanej przez Majów metody pomiaru czasu: cztery ciągi schodów mają po 91 stopni, co po zsumowaniu z platformą na szczycie daje liczbę 365. Po każdej stronie piramidy 52 płyty przedstawiają 52-letni cykl kosmiczny. Jak wierzą, że wraz z końcem cyklu czas się kończy i zaczyna od nowa.

Co roku w dniu równonocy wiosennej - 21 marca - tysiące ludzi przybywa do Chichen Itza, by obserwować zapierającą dech w piersiach grę promieni słonecznych na balustradzie północnego ciągu schodów. Daje ona złudzenie świetlistego węża pełzającego w dół ku podstawie piramidy, a następnie znikającego w ziemi. Indianie kaptani przedstawiali to zjawisko, jako znak od boga Kukulcana (Pierzastego Węża), przypominające o rozpoczęciu zasiewów. W dniu równonocy jesiennej - 21 września -





„wąż” pokonuje drogę odwrotną, wskazując czas zbioru plonów.

Obok piramidy/świątyni Pierzastego Węża stoi Świątynia Wojowników, przylegająca do Dziedzińca Tysiąca Kolumn, którego dach podtrzymuje wiele kolumn. Na szczycie świątyni pomiędzy dwoma masywnymi kamiennymi węzami stoi prawdopodobnie najczęściej fotografowany posąg obu Ameryk - chacmool, na którego kolanach spoczywało niegdyś naczynie na serca nieszczęśników składanych w ofierze bogom - co znamy m.in. z niesamowitego filmu „Apolcalypto”.

Jednym z najbardziej intrygujących obiektów Chichen Itza jest Boisko do Gry w Pitkę - największe i najlepiej zachowane w Mezoameryce. Naścienne płaskorzeźby przedstawiają klęczące postacie bez głów, z tryskającą krwią - według przekazów przegrany obcinano głowy!

Kolejna ciekawa budowla to Obserwatorium/Ślimak - układ okien tego okrągłego budynku, przypominającego kształtem współczesne obserwatoria, umożliwia obserwację zjawisk astronomicznych.

Kolejna ciekawostka to Studnia Ofiarna - naturalny lej z wodą, z głębin którego wydobyto posągi, cenne wyroby z nefrytu i złota, a także ludzkie kości, w tym szczątki dzieci - brrr! Jacy to byli strasznie okrutni bogowie, aż strach się bać!

Cancun

„złoty” port - to najstojniejszy kurort Karaibów, gdzie na ok. 23 kilometrowym odcinku piaszczystego wybrzeża wzniesiono wiele nowoczesnych hoteli i gdzie luksus jest na wyciągnięcie ręki - można delektować się wykwintną kuchnią, korzystać z oferty wielu klubów i barów lub po prostu sączyć słodkie drinki na plaży.

Rafy koralowe chronią przed falami cudownie turkusową lagunę i jej białe plaże, pełne turystów spragnionych różnych atrakcji, tj. nurkowanie, jazda na skuterach i nartach wodnych, windsurfing oraz wędkarstwo; jest też wielu którzy chcą tu sobie tylko... poleżeć w słońcu - bajka, raj, nirwana, eden - to wszystko jest tu na

miejscu... a w tle muzyka mariachi - czy trzeba czegoś więcej?!

Meksykańskie smaki

Kuchnia meksykańska łączy dziedzictwo prekolumbijskich rdzennych mieszkańców Ameryki i kulinarne zwyczaje przywiezione przez Hiszpanów, dlatego jest jedną z oryginalniejszych na świecie.

Już sam widok kolorowych potraw - krwistoczerwonych chili, żółtych jak słońce ziaren kukurydzy, czy zielonego guacamole - zachęca do degustacji. Jest kilka dań, które koniecznie trzeba skosztować w Meksyku, bo ich smaku nie poznamy nigdzie indziej na świecie. Nawet jeśli potrawa w jadłospisie meksykańskiej restauracji w Polsce będzie nosiła tę samą nazwę, to smakiem będzie znacząco różniła się od tej serwowanej za oceanem.

Tortilla - to cienki, okrągły placek, który formuje się z ciasta z mąki kukurydzianej lub pszennej oraz wody i stanowi podstawę kuchni meksykańskiej, spożywany jako pieczywo i baza innych potraw.

Tacos - to najpopularniejsza przekąska, gdzie na małych tortillach znajdują się kompozycje z mięsa wołowego, cebuli, czosnku, pomidorów, czerwonej fasoli i kukurydzy, a wszystko jest przyprawione aromatyczną bazylią, oregano, pieprzem i chili. Niekiedy chrupiąca i ostra w smaku zawartość tacos może okazać się prażonymi świerszczami lub larwami ciem żyjącymi na liściach agawy. Te ze świerszczami chapulines jadłam - mniemam, mniemam! Ale chyba z kurczakiem lepsze.

Burrito - to taka modyfikacja tacos, gdzie zwinięta pszenna tortilla wypełniona jest farszem z grillowanej kukurydzy, ryżu i mięsa.

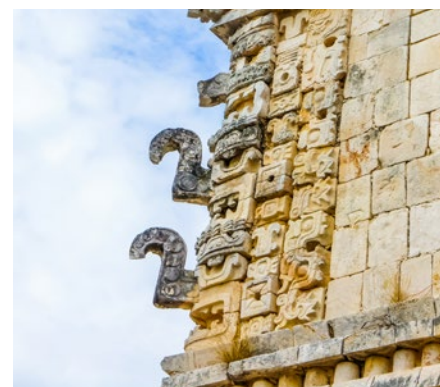
Enchilada - jest odmianą burrito - wersja smażona do miękkości na gorącym oleju, wypełniona mięsem, serem i warzywami, podawana z różnymi sosami i sałatkami.

Guacamole - to gęsty sos (mole) z avocado, limonki i soli. W zależności od rodzaju, dodatkami do podstawowych składników są pomidory, papryka, cebula, czosnek lub chilli, a sos ten spożywany jest głównie z tortillą i tacos.

Czekolada - w 1519 r. Hernan Cortes, biesia-

dując przy stole Montezumy, zauważył, że aztecki władca spożywa gęsty, brązowy napój - nazwany gorzką wodą xocoatl, który był wywarem z ziaren kakaowca z dodatkiem wanilii i chili oraz innych przypraw tropikalnych, schłodzony kawałkami śniegu z pobliskich szczytów. Xocoatl był przyjemnym orzeźwiającym i odświeżającym napojem, był też lekarstwem na ból brzucha i antidotum na trucizny, afrodyzjakiem i środkiem halucynogennym. Cortes zawiózł ziarna kakaowca na dwór hiszpański, a tam wielmożowie bardzo polubili jego wywar, zwłaszcza gdy odkryli, że cukier znacznie poprawia jego smak. W XVII wieku napój czekoladowy był już znany w niemal całej Europie i stanowił drogi przysmak elit. Ok. 1700 r. w Anglii zaczęto dodawać do czekolady mleka, a w XIX wieku Szwajcarzy opracowali nowe technologie produkcji czekolady... i tak ten przysmak azteckich wyższych sfer jest naszym codziennym łakociem.

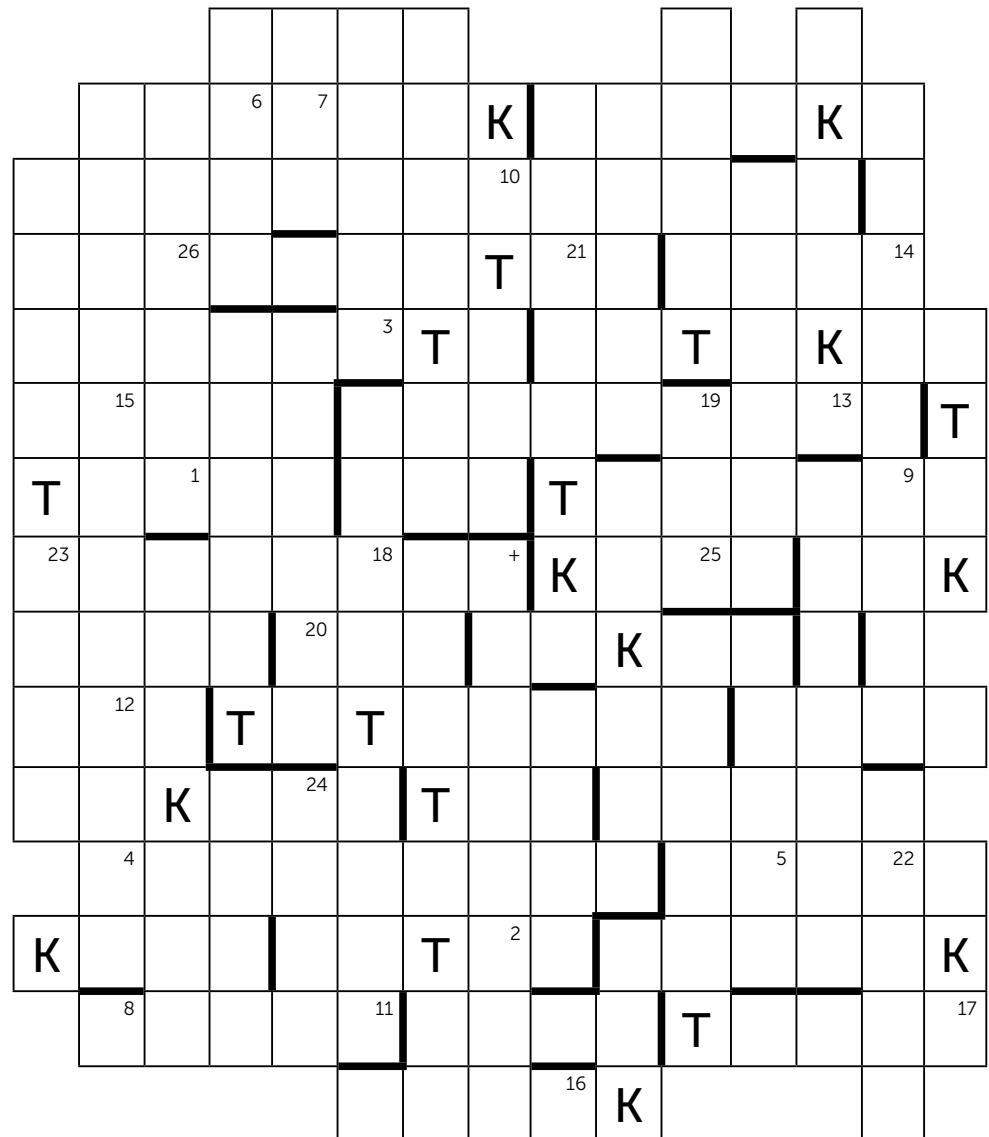
lek. Emilia Paszkowska
Dział Diagnostyki Obrazowej



50 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 66 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: K i T. Na ponumerowanych polach ukryto 26 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to mądrość armeńska. Hasło w zaklejonej kopercie prosimy zostawić w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy oraz nr kontaktowy. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wylosujemy osobę, która otrzyma nagrodę.

- między przetykiem a dwunastnicą
- główny port Syrii
- wierzba na Niedzielę Palmową
- tkaniny Abakanowicz
- port nad dolnym Jenisejem
- czyste jezioro pod Zgniłochą
- metale z odzysku
- zespół Agnieszki Chylińskiej
- święcenie biskupie
- uroczyste przyjęcie
- spec od pieców
- jezioro pod Jabłonką
- na półkach i ładzie
- patron cewników urologicznych
- sprzedaż z licytacją
- bulaj, świetlik
- zbiornik na paliwo
- większy od żaglówki
- paraliż, bezwład
- między helem a tulem
- d'Arc
- zmniejszenie liczebności sił zbrojnych
- starogrecka lira
- wyspa z Oranjestad
- doptyw Łaby, na granicy polsko-czeskiej
- do wspinaczki pod Częstochową
- grecki igrek
- góra z arką Noego
- przyjęcie przez papieża
- opracował metody oznaczania masy cząsteczkowej substancji
- Pruski w 1525
- naśladowca
- wyspa i port w Zat. Sarońskiej
- miasto pod Madrytem ze słynnym zespołem pałacowym
- napad
- zimne nóżki
- kolega igreka
- cel karawany
- ciernista śliwa
- biedny, nędzarz
- kraj z Muskatem
- listownica
- port w pn.-wsch. części Krety
- ptak drapieżny, krzykliwy lub grubodzioby
- dżul na jego cześć
- Galilejska z winem
- Bartek pod Kielcami
- nasz Czerwony Krzyż
- warzywa na Halloween
- słodkie nieróbstwo
- krewni sokotów



- wieś Chopina
- szczyt masztu
- nasz mistrz olimpijski w skoku przez konia
- nakręcił „Zapach kobiety”
- kraj braci Castro
- sala dla jednego pacjenta
- szeregowiec Spielberga
- prowincja w pn.-zach. części Niz. Weneckiej
- założyli chanat w Panonii
- zapał, ferwor, uniesienie
- stolica Samoa Zach.
- sławne jezioro w Peru i Boliwii
- izba dla auta
- topola czarna
- naparstnica

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	

Rozwiązanie krzyżówki nr 49 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 50): „Im mniej nienawiści tym więcej zdrowia.”

Nagrodę otrzymuje Elżbieta Janta z oddziału nefrologicznego. Gratulujemy! Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



Nasi pracownicy z rodzinami,
podczas Akcji charytatywnej
Kilometry Pomocy.

