WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 55
kwiecień–czerwiec 2017

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162

Pielęgniarz z powołania

str. 12

PULS SZPITALA

Wydawca
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelny
Przemysław Prais

Koncepcja graficzna
Barbara Szymczuk

Stała współpraca
Jerzy Badowski
Piotr Markiewicz
Hanna Taraszkiewicz

Zdjęcia udostępnili
Miłosz Guzowski

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

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

Nakład
600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych publikacji.

3 Szpital czekają dwa ważne sprawdziany
4 Trwa modernizacja pracowni TK i MR
6 Edukowanie równie ważne jak leczenie
8 Ginekolodzy w czołówce ogólnopolskiego rankingu; Kardiolog nagrodzony w konkursie marszałka województwa
9 ADO, ABI, ASI – czyli, kto jest kim w systemie ochrony danych osobowych?
10 Potrzebna wyobraźnia, by nie doszło do tragedii
11 Bezpłatne badania profilaktyczne w Szpitalu Wojewódzkim
12 Pielęgniarz z powołania
13 Pięć pielęgniarek oddziałowych objęło funkcje
16 Udział pielęgniarki i położnej w monitorowaniu i leczeniu bólu
19 Zmiany, zmiany, zmiany... Także w administracji
19 Pakiety profilaktyczne dla kobiet i mężczyzn
20 Wysoka jakość za rozsądną cenę
22 Pierwszy zabieg urologiczny w Szpitalu Wojewódzkim
23 Pamięć i jej zagadki (część 24)
25 Warsztaty dla opiekunów rodzinnych
26 Doceniona praca diagnostów laboratoryjnych
27 Jolka Szpitalna

fot. M. Guzowski

CERTYFIKAT 2016/14

ISO 9001

Szpital czekają dwa ważne sprawdziany

O ostatnich przygotowaniach do przejęcia z początkiem lipca stacji dializ, spodziewanych skutkach wejścia do sieci szpitali, a także zmianach w rozliczeniach z Narodowym Funduszem Zdrowia i zakupach nowego sprzętu rozmawiam z dyrektor Ireną Kierzkowską.

Bieżący rok stoi pod znakiem wielu zmian, także dla naszego Szpitala. Które będą najważniejsze?

Obecnie [rozmawiamy 5 czerwca – red.] absolutnie priorytetową kwestią jest sprawne przejęcie stacji dializ, by od 1 lipca zacząć leczyć pacjentów. To proces złożony i wielowątkowy, wymagający skoordynowania wielu różnych aspektów. Rozstrzygnęliśmy przetargi na transport pacjentów oraz na dostawę sprzętu zużywalnego. To, że sfinalizowaliśmy sprawy formalne i techniczne jest oczywiście bardzo ważne, jednak najistotniejszym sprawdzianem będzie pierwszy dzień wykonywania zabiegów przez Szpital, a to wymaga również „dopięcia na ostatni guzik" przede wszystkim kwestii kadrowych. Jak więc widać włączenie Stacji Dializ w struktury WSS w Olsztynie to przedsięwzięcie bardzo trudne i cieszę się, że jest w stadium końcowym. Dziękuję wszystkim, którzy wspierali Szpital w tej kwestii. Witamy wszystkich pracowników Stacji Dializ na naszym pokładzie.

Nowości szykują się także w finansowaniu Szpitala przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Z najnowszego komunikatu centrali NFZ dowiedzieliśmy się, że w bieżącym roku będą obowiązywać dwa okresy rozliczeniowe, a pierwsze półrocze będzie połączone z trzecim kwartałem, co umożliwia rozliczenie kontraktu w sposób narastający. To dobra informacja. W tej chwili Szpital aneksuje umowy z NFZ do 30 września, choć chcielibyśmy, aby poziom finansowania był wyższy w wielu zakresach. 27 czerwca będzie opublikowana przez NFZ tzw. sieć szpitali, w której znajdą się jednostki zakwalifikowane do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Po tej dacie, ale najpóźniej w lipcu ma być przedstawiony plan finansowy na 2017 r. i wtedy przekonamy się, czy nastąpi wzrost nakładów. Nie jest jeszcze rozstrzygnięta kwestia dodania 1-2 zł do punktu, co miałoby obowiązywać od 1 lipca. Zapowiadana jest także niewielka 2-proc. podwyżka stawki bazowej dla Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego, co nie pokrywa wzrostu kosztów jego funkcjonowania wynikających m.in. z inflacji.

Mamy również szansę na dodatkowe finansowanie z konkursu na Oddział Transplantologii. Podobnie, jak w przypadku postępowania na poradnię i pododdział urologiczny decyzja ma zapaść czerwcu lub lipcu.

Ważnym dniem dla Szpitala będzie 1 października, kiedy wejdzie w życie Ustawa o tzw. sieci szpitali.

To będzie drugi ważny sprawdzian dla Szpitala. W tej chwili jednak nie potrafimy jeszcze skorzystać ze wzoru, na podstawie którego można policzyć wielkość naszego budżetu, głównie dlatego, że brakuje wielu wskaźników, które są danymi do tego wzoru. Poza tym bazą do wyliczeń będzie rok 2015, a np. porodów mieliśmy znacznie więcej w 2016 r. A więc w niektórych zakresach założenia są dla nas niekorzystne. Kiedy będziemy już dysponować wszystkimi danymi zobaczymy, czy wzór nam skoryguje te ryzyka, a jeżeli tak, to w jakim stopniu.

Nie podjęliśmy jeszcze decyzji, czy wejdziemy w program koordynowanej opieki kardiologicznej. Reguluje go zarządzenie prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Musimy się dokładnie zapoznać z warunkami rozliczenia świadczeń z zakresu kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego. Przy działającym w Szpitalu Oddziale Kardiochirurgicznym otrzymamy wskaźnik korygujący wysokości 1,2. Składają się na niego następujące przeliczniki: 1,1 gdy rehabilitacja rozpocznie się ciągu 14 dni od wypisu ze szpitala; 1,15, gdy wszystkie świadczenia będą zrealizowane w ciągu 12 miesięcy oraz 1,25, gdy choremu zostanie przywrócona zdolność do pracy.

Taka opieka jest nielimitowana, a więc korzystna dla Szpitala, wymaga jednak spełnienia wielu warunków. Musimy np. szybko, najdalej w ciągu dwóch miesięcy rozstrzygnąć, czy będziemy pacjentów rehabilitować sami, czy też lepiej będzie znaleźć podwykonawcę na te usługi. Także wyleczenie, które umożliwi pacjentowi powrót do pracy nie jest łatwe do osiągnięcia. Często bowiem osoby ulegające zawałowi cierpią na wiele innych chorób, które powodują ciężkie powikłania, co czasem taki powrót do pracy czyni niemożliwym. Dyskutujemy jeszcze to zagadnienie z dr. Jerzym Górnym, zastępcą dyrektora ds. lecznictwa.

Na zakończenie mam dobre wiadomości o zakupach sprzętu. Ministerstwo Zdrowia przyznało Szpitalowi niemal 300 tys. zł na zakup sprzętu dla Oddziału Transplantologicznego. Jesteśmy też blisko uzyskania 1,7 mln zł na zakup stacjonarnego i dwóch mobilnych aparatów rentgenowskich oraz ultrasonografu w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowiska dla Centrum Urazowego – otrzymaliśmy informację, że wniosek Szpitala o dofinansowanie przeszedł pozytywną ocenę merytoryczną.

Przemysław Prais

Trwa modernizacja **pracowni TK i MR**

Początek prac przy południowo-zachodniej ścianie budynku...

Pełną parą idą prace przy przebudowie pomieszczeń na potrzeby tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Jednocześnie mobilne pracownie, mimo utrudnionych warunków utrzymują wysoki poziom liczby badanych pacjentów.

– W maju wykonaliśmy 895 badań tomograficznych i 555 rezonansowych. To są liczby na poziomie warunków normalnych, a nie pracy w kontenerach – cieszy się dr Grzegorz Wasilewski, kierownik Działu Diagnostyki Obrazowej. – Taki wynik udało się osiągnąć dzięki ogromnemu zaangażowaniu całego personelu – rejestratorek, pielęgniarek, techników i lekarzy, za które chcę bardzo podziękować.

Jak pisaliśmy w poprzednim wydaniu Pulsu Szpitala diagnozowanie pacjentów w mobilnych pracowniach rozpoczęto się z początkiem marca. Dzień wcześniej zakończyło się obowiązywanie umowy z firmą Affidea na wykonywanie badań rezonansowych i tomograficznych pacjentów Szpitala. Dyrekcja Szpitala zdecydowała o nie przedłużaniu współpracy z Affidea i stworzeniu w swoich strukturach obu pracowni diagnostycznych. Celem tych działań jest podniesienie jakości świadczonych usług z korzyścią zarówno dla pacjentów Szpitala, jak i pacjentów ambulatoryjnych.

Prace ruszyły w końcu marca od robót na zewnątrz. Aby zgodnie z prawem budowlanym zapewnić dostęp światła dziennego, a posadzka pomieszczeń pracowni była powyżej gruntu wykonawca rozpoczął niwelację terenu od strony południowo-zachodniej ściany budynku. Potem przyszła kolej na wstawianie większych okien. W połowie czerwca dobiegały końca prace przy umacnianiu powstałej skarpy i kładzeniu elewacji.

25 maja nastąpiło przekazanie pomieszczeń obu pracowni ekipie budowlanej, która rozpoczęła prace, polegające m.in. na skuciu betonowej podstawy, na której stał poprzedni rezonans magnetyczny. – Ważące 5 ton nowe urządzenie musi być stabilne i wymaga poprawnego ustawienia, a więc także odpowiedniego fundamentu – mówi Henryk Krzyżak, zastępca ds. technicznych dyrektora Szpitala. – Do tego dochodzi montaż tzw. klatki Faradaya, [osłaniającej rezonans przed zakłócającym działaniem zewnętrznego pola elektrycznego – red.]. W przypadku tomografu zakres prac jest mniejszy, należy m.in. uzupełnić osłony radiologiczne przeciw promieniowaniu. Do obu pracowni należy oczywiście doprowadzić instalację elektryczną, sygnalizacyjną, informatyczną, przeciwpożarową, a także wentylację i klimatyzację.

Jak podkreśla dr Grzegorz Wasilewski, przeprowadzany remont ma gruntowny charakter.

... i ich końcówka

Podjazd dla pacjentów Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii

Rejestracja pacjentów w tymczasowej lokalizacji

– Przebudowane zostanie właściwie wszystko tak, aby obie pracownie mogły pracować przez wiele lat, także po ponownej wymianie tomografu i rezonansu. Jesteśmy wdzięczni dyrekcji Szpitala za zapewnienie tak szerokiego zakresu prac i wspieranie wszystkich działań związanych z tą inwestycją – mówi.

Przebudowa obu pracowni wymusiła zamknięcie korytarza prowadzącego do innych pomieszczeń na niskim parterze, w tym do Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii, gdzie kardiolodzy przeprowadzają m.in. zabiegi ablacji zaburzeń rytmu serca. Dostęp do tej części Szpitala jest możliwy od strony dziedzińca, gdzie znajduje się wejście, do którego wiodą kilkustopniowe schody. Aby umożliwić przewiezienie pacjentów niemogących się poruszać samodzielnie zamontowano drewniany podjazd.

Konieczne były także dalsze zmiany. Pokój przygotowawczy dla pacjentów pracowni tomografii i rezonansu przeniesiono do jednego z pomieszczeń Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego. – Chciałbym serdecznie podziękować pani Joannie Kozłowskiej, pielęgniarce oddziałowej SKOR za jego udostępnienie – podkreśla dr Grzegorz Wasilewski.

Trzeba było także przenieść stanowisko rejestracji pacjentów, które działa w holu obok wejścia do korytarza prowadzącego do pracowni.

Przejście do pokoju przygotowawczego dla pacjentów

Pomieszczenie z dokumentacją znalazło miejsce obok oddziału nefrologicznego.

Po zakończeniu prac budowlanych nastąpi montaż urządzeń diagnostycznych, na które została już zawarta umowa kupna. Rezonans magnetyczny będzie montowany „na raty": osobno magnes, potem jego podtrzymanie i pozostałe elementy. Wszystkie części zostaną wniesione do środka przez tzw. luk montażowy, czyli otwór w ścianie od strony drogi pożarowej, którą się rozbiera na wysokości niskiego parteru. Tomograf komputerowy jest lżejszy i mniejszy od rezonansu, dlatego prawdopodobnie będzie montowany przez korytarz za pomocą specjalnego wózka. Do tego wystarczy czasowe poszerzenie drzwi.

Według planu obie pracownie diagnostyczne mają być gotowe do przyjmowania pacjentów przed końcem sierpnia. – Od 1 września zamierzamy podjąć pracę w zmodernizowanych pomieszczeniach – mówi dr Wasilewski. – To oznacza także szerszy zakres badań możliwych do wykonania przez nowe urządzenia. Wśród nich jest badanie bez kontrastowe naczyń całego ciała.

Szef Działu Diagnostyki Obrazowej dodaje, że personel czeka też sporo nauki zarówno przed uruchomieniem pracowni, jak i później. – Obsługujący tomograf i rezonans muszą zapoznać się z nowym oprogramowaniem, czy strzykawkami podającymi kontrast. Nowych procedur uczą się także rejestratorki, które pracując w Affidei miały do czynienia z innym programem komputerowym – wylicza. – Nowe zaś rodzaje badań wymagają nauczenia się zarówno odczytywania ich wyników, jak i interpretacji.

Przemysław Prais

Edukowanie równie ważne jak leczenie

W oddziale i poradniach nie ograniczamy się jedynie do leczenia naszych pacjentów. Prowadzimy także szeroką edukację w zakresie życia z cukrzycą, co uważam za duże osiągnięcie w skali ogólnopolskiej – mówi prof. dr hab. nauk medycznych Elżbieta Bandurska-Stankiewicz, ordynator Oddziału Klinicznego Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych.

Niedługo minie ćwierć wieku od powstania w Szpitalu ośrodka zajmującego się pacjentami z cukrzycą i innymi chorobami gruczołów dokrewnych. Co się zmieniło przez ten czas?

Olsztyński Ośrodek Diabetologii i Zaburzeń Metabolizmu powstał w 1993 r. Przedtem opieka nad pacjentami opierała się tylko na opiece ambulatoryjnej, a chorzy na cukrzycę byli hospitalizowani w oddziale chorób wewnętrznych, przekształconym następnie w oddział chorób wewnętrznych i kardiologii. Na bazie Ośrodka w 1994 r. rozpoczął działalność Oddział Diabetologii, Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych, który w 2008 r. wszedł w skład Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, tworząc Klinikę Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych. Kieruję również Katedrą Chorób Wewnętrznych, w skład której wchodzą działająca w naszym Szpitalu Klinika Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych pod kierownictwem prof. Tomasza Stompóra, jak również Oddział Kliniczny Hematologiczny Szpitala MSW w Olsztynie. Jestem wojewódzkim konsultantem w dziedzinie diabetologii.

Łącznie z oddziałem działają poradnie. W ramach Poradni Diabetologicznej działa Poradnia dla dorosłych, Poradnia leczenia osobistymi pompami insulinowymi oraz Poradnia kompleksowej opieki ambulatoryjnej w dziedzinie diabetologii (KAOS). Ogromną poradnią jest poradnia dla kobiet z cukrzycą przedciążową i kobiet w ciąży, która przyjmuje około tysiąca pacjentek rocznie. Kolejną jest Poradnia endokrynologiczna, w której przyjmujemy pacjentów z endokrynopatiami. Staram się bardzo, żeby przynajmniej dla pacjentów z typem I cukrzycy, kobiet ciężarnych, czy też pacjentów z ciężkimi powikłaniami dostęp był bez kolejek.

Sięgając jeszcze historii endokrynologii i diabetologii w naszym Szpitalu należy wspomnieć, że krokiem milowym było utworzenie wiosną 1983 z inicjatywy mojej i dr Jana Forfy, ówczesnego dyrektora Szpitala Zakładu Medycyny Nuklearnej, która razem z pracownią USG znacznie podniosła jakość naszych usług z dziedziny endokrynologii.

Chciałabym podkreślić, że jesteśmy jedynym w Polsce ośrodkiem, któremu udało się przetrwać wszystkie burze związane z reformowaniem ochrony zdrowia, co nie udało się np. podobnej placówce w Poznaniu. Wdrożona u nas forma opieki jest najlepsza dla pacjenta, otrzymaliśmy nagrodę marszałka województwa za model łączonej opieki lecznictwa zamkniętego z lecznictwem ambulatoryjnym. Pacjenci czują się bezpiecznie, bo praktycznie ta sama grupa lekarzy opiekuje się nimi w obu przypadkach. Za całokształt mojej pracy z pacjentami chorymi na cukrzycę otrzymałam nagrodę dla najlepszego diabetologa w 2004 r.

Jednym z elementów opieki nad pacjentem jest jego edukacja. Jak przebiega?

Edukacja prozdrowotna powinna być prowadzona we wszystkich chorobach przewlekłych. Cukrzyca była pierwsza, która się doczekała takiej formy opieki nad chorym. W połowie XX wieku wprowadzili ja Amerykanie, potem ich wzorem poszli Szwajcarzy. Chorzy na cukrzycę są grupą, w której choroba jest z nimi zawsze i do końca życia. Nie ukrywam, że pomysł na opiekę, który zastosowaliśmy w Olsztynie, ściągnęłam z USA, gdzie miałam możliwość uczestniczenia w pracy szpitala oraz poradni diabetologicznych, a także edukacyjnych. Tam właśnie pielęgniarki wraz z dietetykami współtowarzyszą w leczeniu cukrzycy. To bardzo dobry system, a udało mi się go wdrożyć także dzięki pomocy zarządzających naszym Szpitalem oraz opieką zdrowotna w województwie, którzy wyrazili zgodę na taki model organizacji opieki diabetologicznej.

W naszym Szpitalu edukację zapewnia obecność naszych pielęgniarek edukacyjnych – mgr Haliny Mazur, kierującej gabinetem edukacyjnym w oddziale oraz Wiesławy Chodor i mgr Agnieszki Wróblewskiej w poradni. Wszystkie mają dodatkowo specjalizację z diabetologii. Pracuje u nas także dietetyczka Urszula Bielewicz. Dzięki nim w naszym Szpitalu skutecznie działa edukacja diabetologiczna i dietetyczna. Jej potrzebę może zgłosić każdy oddział. Szpital ma w związku z tym ogromny komfort, bo jeżeli w którymś z oddziałów leży pacjent diabetologiczny, to lekarze mogą oprócz konsultacji lekarskiej otrzymać konsultację edukacyjną, której zadaniem jest nauczenie pacjenta jak żyć z cukrzycą. Takiej możliwości nie mają inne szpitale.

Z moim zespołem współpracuje psycholog, Krystyna Kosińska. Spełniamy więc praktycznie wszystkie kryteria prawidłowego zespołu opieki diabetologicznej. Pokazujemy, że o wiele tańsza jest opieka ambulatoryjna, pod warunkiem, że jest prowadzona w sposób prawidłowy – z pielęgniarkami edukacyjnymi, dietetyczką

Cukrzyca

Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych. Występuje albo na skutek upośledzenia lub braku wydzielania insuliny, albo z powodu występowania czynników zakłócających jej działanie. Efektem niedostatecznego działania insuliny jest wzrost stężenia glukozy we krwi (hiperglikemia). Przewlekła hiperglikemia wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością wielu narządów, zwłaszcza oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych.
Insulina jest anabolicznym hormonem peptydowym produkowanym przez komórki ß wysp Langerhansa trzustki. Odgrywa zasadniczą rolę w metabolizmie węglowodanów, czyli cukrów, a także białek oraz tłuszczów. Proces wydzielania insuliny można podzielić na podstawowy, który następuje między posiłkami i w nocy oraz poposiłkowy. Wydzielanie poposiłkowe ma zasadnicze znaczenie w metabolizmie glukozy po spożyciu węglowodanów, co zapewnia ich prawidłowe zagospodarowanie w organizmie.

Źródło: dibetologiaonline.pl

Prof. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz (w środku) z zespołem swojego oddziału

i psychologiem. Natomiast w Polsce ta piramida jest odwrócona – więcej jest pacjentów hospitalizowanych, których leczenie jest dwukrotnie droższe. Staramy się zachować model zachodni, w których większość wysiłków jest kierowana na przychodnie, natomiast hospitalizujemy przypadki skrajne, które tego wymagają.

Kierowany przez panią oddział dysponuje 14 łóżkami. To niezbyt wiele?

Zbyt mała liczba miejsc dla pacjentów jest naszą bolączką. Pomimo moich wielokrotnych starań i aktywnego udziału w spotkaniach dotyczących Mapy Potrzeb Zdrowotnych naszego województwa nie udało się zrobić żadnego kroku naprzód, jeżeli chodzi o zwiększenie kontraktu oddziału, który jest jedynym takim w regionie. To powoduje niepotrzebne wydłużanie się oczekiwania pacjentów na przyjęcie. Myślę, że poziom naszych usług jest bardzo wysoki, natomiast jeśli czas oczekiwania się wydłuża pacjenci trafiają do klinik w innych województwach, co zubaża środki naszego regionu. Pocieszającym jest za to, że są u nas hospitalizowani pacjenci z Mazowsza, czy Podlasia, co stanowi dodatkowy zastrzyk finansowy dla naszego województwa. I powinniśmy się o to starać. Niestety baza łóżkowa jest za mała, a dodatkowym obciążeniem jest pełnienie przez nas ostrych dyżurów internistycznych. W efekcie zamiast koncentrować się na wysokiej specjalistyce, do czego mamy dobrze wyszkolony personel zarówno lekarski, jak i pielęgniarski, jesteśmy obciążeni geriatrią i pacjentami ogólnointernistycznymi, którzy niestety są opłacani bardzo nisko w naszym oddziale.

Małe rozmiary oddziału nie przeszkadzają jednak w kształceniu kadry medycznej.

Lekarze posiadają specjalizacje z zakresu chorób wewnętrznych, trzy osoby zarówno z endokrynologii, jak i diabetologii, pozostali odrębne z diabetologii i endokrynologii. Wszyscy więc stali pracownicy są wysoko wyspecjalizowani i większość ma stopnie doktorów nauk medycznych. W trakcie przygotowań do prac doktorskich są kolejni lekarze. Wykształciłam łącznie w województwie 38 specjalistów endokrynologów i tyleż samo diabetologów. Dzięki temu jesteśmy regionem o jednym z najwyższych wysyceń specjalistów z tego zakresu.

Jako szef staram się nie różnicować potencjału lekarskiego i pielęgniarskiego oraz dietetyczki. U nas jest jeden poziom działania, choć w różnej tematyce. Ta reguła obowiązuje od chwili powstania naszego ośrodka. Nauczyłam się tego podejścia w Stanach Zjednoczonych, gdzie każdy wykonuje swoje zadania. Współpraca w naszym oddziale na poziomie pielęgniarka-lekarz układa się bardzo dobrze.

Obszerną grupą działań jest kształcenie podyplomowe, które prowadzimy od momentu powstania oddziału. Nie potrafię wymienić dokładnej liczby lekarzy wykształconym na naszym oddziale w stażach cząstkowych. Prowadzimy je zarówno do wszystkich specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych, czyli nefrologów, kardiologów, pulmonologów, ale też stomatologów z całego województwa. Ta liczba z pewnością idzie w setki.

Od 2008 r. kształcimy studentów Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. I mimo trudnych warunków lokalowych, mamy bardzo dobrą ocenę zarówno jeśli chodzi o dydaktykę studentów kierunku lekarskiego, w tym zajęć w języku angielskim, jak i pielęgniarstwa oraz dietetyki, w której pełnię rolę kierownika programowego.

Jakie jeszcze działalność podejmują diabetolodzy ze Szpitala Wojewódzkiego?

Bardzo ważna jest nasza aktywność charytatywna. Podczas szeregu akcji ze studentami kierunku lekarskiego przebadaliśmy w ciągu dwóch lat 1500 osób. Także jeszcze przed powstaniem w Olsztynie Uniwersytetu prowadziliśmy takie działania ze studentami Akademii Rolniczo-Technicznej. Pod auspicjami Szpitala Wojewódzkiego i UWM rozpoczęliśmy także badanie zdrowia mężczyzn z Olsztyna w wieku 18-40 lat. Pierwsze wyniki pokazują, że 30 proc. uczestników ma kłopoty ze zdrowiem – otyłość brzuszna, nieprawidłowy poziom cukru i lipidów oraz ciśnienie tętnicze.

Właściwie od zawsze współpracujemy ze Stowarzyszeniem Chorych na Cukrzycę oraz ze Związkiem Niewidomych. Sukcesem naszej pracy jest obniżenie liczby inwalidów wzroku z racji tej specjalnej opieki. To również comiesięczne zupełnie charytatywne szkolenia dla chorych na cukrzycę, które prowadzimy od lat.

Przemysław Prais

Ginekolodzy w czołówce ogólnopolskiego rankingu

Szpital Wojewódzki zajął drugie miejsce w kategorii „Ginekologia" w rankingu „Szpitale 2017" tygodnika Wprost.

Eksperci, którzy oceniali poszczególne placówki docenili m.in. nowoczesne, innowacyjne metody stosowane w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. To tu po raz pierwszy w kraju dr Tomasz Waśniewski, ordynator Oddziału Ginekologii Onkologicznej zastosował nowatorską metodę krioprezerwacji. Jest jedyną szansą na naturalne zajście w ciążę dla kobiet po chemioterapii lub radioterapii. Przy ocenie brano też pod uwagę np. operacje zmian w piersi (Szpital Wojewódzki zajął tu 5 miejsce także dzięki Działowi Diagnostyki Obrazowej, diagnozującemu takie zmiany), mięśniaków w trzonie macicy oraz nietrzymania moczu.

W rankingu ginekologicznym zwyciężył Szpital Uniwersytecki w Krakowie. Za Szpitalem Wojewódzkim w Olsztynie znalazły się m.in. szpitale warszawskie (Wojskowy Instytut Medyczny, Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny), Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu.

W innych kategoriach rankingu wysoko uplasowały się także dwa inne oddziały Szpitala Wojewódzkiego – kardiochirurgia zajęła 15 miejsce, a kardiologia 18.

Ogółem organizatorzy wysłali ponad 2 tys. zaproszeń do udziału w rankingu. Ankiety, o których wypełnienie poproszono szpitale, zostały opracowane przez zespół ekspertów w poszczególnych dziedzinach. Eksperci (pracownicy NFZ, profesorowie, konsultanci wojewódzcy i krajowi) stworzyli system wag i algorytmów, na podstawie których oceniono oddziały. Brano pod uwagę m.in. zakres diagnostyki dostępnej w szpitalu, liczbę wykonywanych procedur leczniczych, współczynnik zakażeń pooperacyjnych, a także liczbę lekarzy ze specjalizacją z danej dziedziny medycyny zatrudnionych w oddziale. Na pozycję na liście wpłynęła również liczba łóżek i sal operacyjnych na oddziale. Nadsyłane odpowiedzi były weryfikowane przez współpracujących z wydawnictwem Termedia i „Menedżerem Zdrowia" ekspertów, a dane przekazane przez szpitale selektywnie porównano z danymi NFZ. Na podstawie otrzymanych odpowiedzi stworzono listę najlepszych oddziałów w kraju.

Kardiolog nagrodzony przez marszałka województwa

Dr n. med. Adam Kern, kierownik Pracowni Hemodynamiki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie został nagrodzony w konkursie o laur „Najlepszym z najlepszych".

Kardiolog otrzymał nagrodę w kategorii „Przełamywanie barier – społecznych, medycznych, naukowych" za wykonanie w listopadzie 2016 roku dwóch pierwszych w województwie warmińsko-mazurskim zabiegów wszczepienia specjalnych urządzeń zamykających (okluderów) uszka lewego przedsionka serca. W pierwszym etapie zabiegu nakłuwa się żyłę udową oraz wprowadza do niej specjalny cewnik tzw. koszulkę, który zabezpiecza dostęp naczyniowy i umożliwia wymianę kolejnych elementów niezbędnych do wykonania zabiegu. Następnie pod kontrolą lampy rentgenowskiej i echokardiografii przezprzełykowej wykonuje się nakłucie przegrody międzyprzedsionkowej. Po wykonaniu punkcji przegrody międzyprzedsionkowej do lewego przedsionka wprowadza się specjalny system (cewnik) umożliwiający zastosowanie indywidualnie dobranego okludera. Po dokonaniu ostatecznych pomiarów i przygotowaniu okludera jest on wprowadzany i zakotwiczany w jamie uszka lewego przedsionka. Wykonuje się dokładną kontrolę pozycji okludera zarówno w badaniu echokardiograficznym przezprzełykowym jak i pod kontrolą lampy rentgenowskiej.

Bezoperacyjne, czyli tzw. przezskórne zamknięcie tej struktury serca poprzez wszczepienie okludera do jego jamy jest niezbędne w grupie chorych z migotaniem przedsionków posiadających przeciwwskazania do stosowania terapii przeciwkrzepliwej. Skuteczne wykonanie zabiegu zmniejsza w tej grupie chorych ryzyko zgonu i udaru mózgu.

Uroczystość odbyła się 30 marca w Filharmonii Warmińsko-Mazurskiej. – Naszych laureatów, niezależnie od dziedziny, wyróżnia przede wszystkim odwaga, determinacja i pewność siebie – mówił marszałek Gustaw Marek Brzezin. – Wiara w to, że czymkolwiek się zajmują, robią to najlepiej, jak potrafią i jest to godne pokazania światu. Często realizują pomysły, na które nikt wcześniej nie wpadł. Robią coś po raz pierwszy w historii. Taki rodzaj pewności siebie – pozbawiony pychy, ale oparty na rzetelnej pracy i doskonaleniu – szczególnie cieszy nas – gospodarzy województwa. To dla nas obietnica rozwoju i dobrobytu. Mamy w Was godnych zaufania współpracowników w dziele budowania Warmii i Mazur.

Przemysław Prais

ADO, ABI, ASI – czyli, kto jest kim w systemie ochrony danych osobowych?

Stworzenie dobrego, skutecznego systemu nadzoru nad bezpieczeństwem danych osobowych w tak dużej organizacji jak nasz Szpital, to nie lada wyzwanie.

Kilkadziesiąt komórek organizacyjnych, kilkuset pracowników, kilkadziesiąt tysięcy pacjentów... i pełen wachlarz danych osobowych, zarówno zwykłych jak i wrażliwych. Wymaga to opracowania szeregu precyzyjnych procedur oraz ciągłego procesu szkolenia pracowników.

Dlatego, aby przybliżyć nieco problematykę ochrony danych osobowych oraz procedur obowiązujących w naszym Szpitalu, rozpoczynamy cykl artykułów na ten temat.

Prywatność to jedno z najważniejszych zagadnień dzisiejszego świata, pełnego komputerów, smartfonów, kart kredytowych, lojalnościowych. W dobie, gdzie coraz więcej przestępstw odbywa się w cyberprzestrzeni, ochrona swoich danych osobowych staje się szczególnie ważna. I coraz więcej ludzi to dostrzega, rośnie świadomość naszych praw, stajemy się ostrożniejsi, bardziej wyczuleni na potencjalne niebezpieczeństwo. Mamy coraz większą wiedzę, ale ciągle jeszcze borykamy się z wątpliwościami, brakiem dostatecznej wiedzy. Jednym z powodów tych trudności są skomplikowane przepisy oraz fakt, że nasze prawo nie nadąża za rozwojem technologii. Drugi aspekt to nasze nawyki i przyzwyczajenia, które zmienić chyba najtrudniej oraz lekceważenie zagrożeń.

Na początek przedstawiamy podmioty funkcjonujące w systemie ochrony danych osobowych, czyli kto kryje się pod tajemniczymi skrótami.

GIODO – Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
Jest to organ władzy publicznej, uprawniony do kontroli zgodności przetwarzania danych z przepisami o ochronie danych osobowych, a także do wydawania decyzji administracyjnych i rozpatrywania skarg w sprawach wykonania przepisów o ochronie danych osobowych. Co ważne, GIODO posiada też uprawnienia w zakresie egzekucji administracyjnej, stosowane w celu przymuszenia do wykonania decyzji administracyjnej.

ADO – Administrator danych osobowych
Administrator danych osobowych to osoba lub podmiot decydujący o celach i środkach przetwarzania danych osobowych. Najprościej rzecz ujmując jest to właściciel danych osobowych. Może nim być zarówno osoba fizyczna, jak i osoba prawna, jeżeli przetwarza dane osobowe w związku z wykonywaną działalnością zawodową lub zarobkową. Nie będziemy więc ADO przetwarzając dane osobowe jedynie na użytek osobisty.

W naszym przypadku ADO to Wojewódzki Szpital Specjalistyczny reprezentowany przez dyrektora Irenę Kierzkowską.

ABI – Administrator bezpieczeństwa informacji
Przepisy prawa pozwalają na przekazanie nadzoru nad systemem ochrony danych osobowych osobie fizycznej, pełniącej funkcję ABI. Administratorem bezpieczeństwa informacji może być osoba z wewnątrz organizacji (np. pracownik etatowy) lub ktoś spoza niej (tzw. outsourcing ABI). ABI przejmuje wszystkie obowiązki nałożone przez przepisy prawa na ADO. Innymi słowy, jeżeli ADO powoła ABI, wówczas ABI zajmuje się opracowaniem dokumentacji ochrony danych osobowych, nadzoruje proces wdrażania oraz ocenia skuteczność procedur.

Zarządzeniem nr 39/15 z dnia 14.10.2015 r. dyrektor Szpitala powierzył zadania Administratora bezpieczeństwa informacji Beacie Jastrzębowskiej, kierownikowi Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej.

ASI – Administrator systemów informatycznych
Funkcja ASI wynika bardziej z praktyki niż z samych przepisów prawa. ASI jest odpowiedzialny za przestrzeganie zasad bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w zakresie systemu informatycznego służącego do tego celu. Do zadań ASI należy w szczególności: współpraca z ABI w opracowywaniu i aktualizacji instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych oraz udzielanie mu pomocy w wypełnianiu jego zadań w odniesieniu do systemu informatycznego.

Zarządzeniem nr 15/2016 z dnia 26.01.2016 r. dyrektor Szpitala powierzył zadania Administratora systemów informatycznych Radosławowi Kowalskiemu, kierownikowi Działu Informatyki.

Osoba upoważniona do przetwarzania danych osobowych
Każda osoba, którą ADO upoważni do przetwarzania danych osobowych, których jest właścicielem. ADO określa zakres przetwarzania i czas, na jaki nadaje uprawnienia. Przed nadaniem upoważnień, każda osoba musi zostać zapoznana z wewnętrzną dokumentacją ochrony danych osobowych.

Beata Jastrzębowska
Kierownik Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej

Czy można wywoływać pacjenta po nazwisku?

www.europarl.europa.eu

Wywoływanie po nazwisku pacjentów czekających na wizytę u lekarza to nieuzasadnione naruszanie ich prywatności. Wywoływanie osób po nazwisku bywa rozwiązaniem stosowanym przez różne podmioty, m.in. policję, banki czy placówki opieki zdrowotnej. Takie działanie jest jednak niedozwolone, bowiem nie tylko prowadzi do ujawnienia danych osobowych, ale narusza prywatność, a niekiedy dobra osobiste tych osób. Jest to szczególnie istotne w przypadku placówek opieki zdrowotnej, gdyż przetwarzają tego typu informacje, które chociażby pośrednio świadczyć mogą o stanie zdrowia pacjenta, a dane te należą do kategorii danych szczególnie chronionych. Zasady ich wykorzystywania szczegółowo określają zarówno przepisy branżowe regulujące działanie placówek medycznych, jak i przepisy ustawy o ochronie danych osobowych.

/źródło: GIODO/

Potrzebna wyobraźnia, by nie doszło do tragedii

Skoki do wody na głowę i szybka jazda motocyklem to jedne z najczęstszych przyczyn urazów kręgosłupa podczas letniego sezonu na Warmii i Mazurach. O tym jak groźne mogą być dla zdrowia i życia rozmawiam z dr n.med. Tomaszem Niedźwieckim, ordynatorem Oddziału Klinicznego Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa.

Panie doktorze, co jest główną przyczyną wypadków w ciepłych miesiącach skutkujących obrażeniami kręgosłupa?

Generalnie na pierwszym miejscu w Polsce wśród przyczyn uszkodzeń urazowych kręgosłupa szyjnego są wypadki komunikacyjne, następnie upadki z wysokości, zdarzenia w rolnictwie oraz wypadki sportowe. W naszym regionie ta kolejność jest inna. Ponieważ ma on charakter turystyczno-rolniczy przeważają u nas wypadki właśnie w tych dwóch dziedzinach. Listę najczęstszych przyczyn otwierają wypadki w rolnictwie, a na drugim miejscu plasują się wypadki sportowe, a więc przede wszystkim skoki do wody na głowę. W rolnictwie kiedyś były upadki z wozu z sianem, obecnie zaś z przyczepy traktora, których odnotowujemy kilkanaście rocznie. Nie są to jednak pacjenci z najcięższymi obrażeniami, czyli uszkodzeniami rdzenia kręgowego. Te zdarzają się najczęściej przy skokach do wody na głowę. Dotyczą po pierwsze młodych ludzi w wieku od kilkunastu do trzydziestu kilku lat. Jest to więc grupa ludzi zaczynających dopiero życie i ich późniejsze kalectwo najbardziej dotyka. Musimy przy tym pamiętać, że skutki urazów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego są z reguły nieodwracalne, a do pełnego wyzdrowienia dochodzi bardzo rzadko. Często są to pełne uszkodzenia rdzenia, które bardzo źle rokują. Średnie przeżycie tetraplegika, czyli osoby z czterokończynowym porażeniem to około trzech lat. Liczba tzw. skoczków jest stała od jakiegoś czasu, rocznie przyjmujemy kilkunastu pacjentów w najcięższym stanie. Urazy kręgosłupa szyjnego nie są tak częste jak obrażenia kończyn, czy tułowia, ale są znacznie bardziej niebezpieczne.

To bardzo poważne skutki. Przed skokiem do wody należałoby więc sprawdzić jak jest głęboka?

Najlepiej w ogóle unikać skoków do wody. Sam jako młody człowiek bardzo często skakałem „na główkę". Ale od czasu, kiedy pracuję w oddziale ortopedycznym, czyli od ponad 30. lat już tego nie robię, nawet na basenie. Mitem jest, że do urazu kręgosłupa przy uderzeniu głową w wodę. Przyczyna jest uderzenie w przeszkodę znajdującą się pod jej lustrem. Może to być dno w płytkim zbiorniku, ale także kołek, pień, zatopiona łódka, czy inna osoba pływająca pod wodą. Rzadko dochodzi do osiowej kompresji. Kiedy głowa trafia na przeszkodę najczęściej mamy do czynienia z urazem zgięciowym lub odgięciowy kręgosłupa szyjnego. Dochodzi wtedy do złamania kręgosłupa i częściowego lub całkowitego uszkodzenia rdzenia kręgowego z porażeniem czterokończynowym, a często z tzw. pięciokończynowym, kiedy porażona zostaje również przepona, a wraz z nią mięśnie oddechowe. Tacy pacjenci często nie przeżywają takiego wypadku, bo nie ma kto udzielić im kwalifikowanej pomocy.

A co się dzieje, kiedy takiej osobie udaje się przeżyć?

Najczęściej trafia wtedy do naszego szpitala, który jest ośrodkiem zajmującym się kompleksowo chirurgią kręgosłupa. Dlatego zajmujemy się zdecydowaną większością takich przypadków. Jeżeli współistnieje zagrożenie neurologiczne pacjenci są operowani zazwyczaj w trybie pilnym. Najczęściej wycinamy uszkodzone części kręgosłupa, rekonstruujemy je za pomocą implantów, własnej kości pobieranej np. z biodra oraz odbarczamy układ nerwowy. Tak jak już powiedziałem, mitem jest twierdzenie, że rdzeń kręgowy się regeneruje. Na etapie dzisiejszej wiedzy jego uszkodzenia są nieodwracalne.

Obrażenia kręgosłupa odnoszą też osoby, które uległy wypadkom motocyklowym.

Nie mam nic przeciwko motocyklistom. Sam jeździłem takim pojazdem, ale go sprzedałem, bo zacząłem się bać. Drogi w Polsce nie są przystosowane do takiej aktywności. Inaczej jest np. Hiszpanii, gdzie w zasadzie każdy jest motocyklistą i w związku z tym kierowcy aut na ich uważają, bo sami także poruszają się jednośladami. W takich krajach jest także lepsza widoczność i nawierzchnia dróg. W naszym kraju zarówno infrastruktura, jak i świadomość kierowców nie sprzyja jeździe motocyklem. Dlatego jest bardzo dużo wypadków, zwłaszcza na początku sezonu, kiedy po zimowej przerwie motocykliści wyruszają na drogi. Następnym szczytem są miesiące wakacyjne, kiedy do naszego regionu zjeżdżają ludzie z całej Polski.

Jakim obrażeniom ulegają motocykliści?

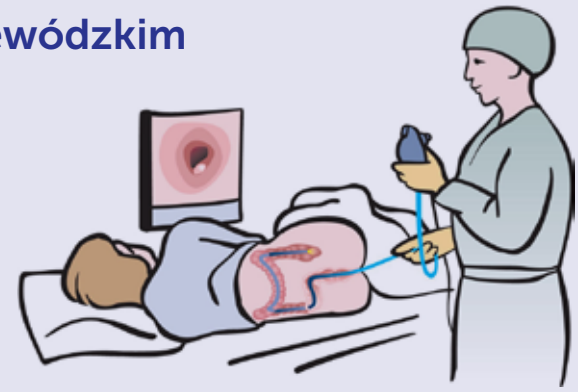
Do nas są przywożeni ci z najcięższymi obrażeniami z racji funkcjonowania w Szpitalu Centrum Urazowego. Pacjenci mają urazy wielonarządowe – złamania kończyn, tułowia, miednicy, klatki piersiowej, kręgosłupa, obrażenia płuc, serca, dużych naczyń, narządów jamy brzusznej. Często ponoszą śmierć na miejscu wypadku lub w oddziale intensywnej terapii. Niektórzy po leczeniu rekonstrukcyjnym, operacyjnym leżą długie miesiące w szpitalu lub zakładach paliatywnej opieki zdrowotnej.

Motocykliści nie są chronieni karoserią samochodu i poduszkami powietrznymi. Jak więc mogą się ustrzec groźnych następstw wypadku?

Najlepszym i w zasadzie jedynym sposobem jest uważna jazda. Bo jeżeli dojdzie już do wypadku, szczególnie przy dużej prędkości to motocykliści właściwie nic nie chroni. Jak udowodniły badania kask przestaje być skuteczny już przy uderzenie z prędkości 70 km/h. M.in. dlatego niektóre stany w USA nie wymagają takiej ochrony od motocyklistów, a wprowadziły obowiązek jazdy w kaskach dla rowerzystów, bo wtedy to ma sens.

Przemysław Prais

Bezpłatne badania profilaktyczne w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie



Zapraszamy do bezpłatnego skorzystania z możliwości wykonania badań dla wczesnego wykrycia raka jelita grubego, które odbywają się w Pracowni Endoskopowej.

Program badań przesiewowych w latach 2016–2018 jest finansowany przez Ministerstwo Zdrowia w ramach „Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych". W tym czasie w Szpitalu Wojewódzkim może zostać przebadanych 1,6 tys. pacjentów.

Program polega na wykonywaniu kolonoskopii przesiewowych w populacji osób średniego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego. Identyfikacja kandydatów do badań odbywa się przez lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej lub poprzez samodzielne zgłoszenie się do ośrodka.

W przypadkach uzasadnionych medycznie pacjenci otrzymają znieczulenie. Badaniu można poddać się przez cały tydzień w dogodnym terminie. Badania w dni powszednie zaczynają się o godz. 13.30, a soboty i niedziele o godz. 9.

Do badań kwalifikują się:

- osoby w wieku 50 – 65 lat, niezależnie od wywiadu rodzinnego,
- osoby w wieku 40 – 49 lat, które mają krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano raka jelita grubego,
- osoby w wieku 25 – 49 lat z rodziny z zespołem Lyncha. W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny z zespołem Lyncha z poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego. Członkowie takiej rodziny powinny mieć powtarzane kolonoskopie, co 2-3 lata, chyba, że badanie genetyczne wskaże, że u danej osoby nie ma mutacji genetycznych i że dana osoba może być zwolniona z wykonywania kontrolnych (nadzorczych) kolonoskopii.

Do badań nie kwalifikujemy osób, które miały badanie (kolonoskopię) w ciągu ostatnich 10 lat (poza pacjentami z zespołem Lyncha).

Do badań nie kwalifikujemy osób, które mają objawy kliniczne sugerujące istnienie raka jelita grubego.

Ankieta może być przesyłana pocztą, e-mail: kolonoskopia@wss.olsztyn.pl, lub osobiście przekazana do Pracowni Endoskopowej (budynek główny Szpitala V piętro – przy Oddziale Gastroenterologicznym) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, ul. Żołnierska 18.

W razie pytań i wątpliwości prosimy dzwonić tel. 89 538 62 04 od poniedziałku do piątku w godz. 7:30-14:30.

Skierowaniem na badanie jest ankieta wypełniona przez osoby gotowe poddać się kolonoskopii. Ankieta jest dostępna na stronie internetowej Szpitala Wojewódzkiego od adresem: http://wss.olsztyn.pl/bezplatne-badania-profilaktyczne/profilaktyka-raka-jelita.html lub w Pracowni Endoskopowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Przemysław Prais

Pielęgniarz z powołania

Bardzo się cieszę, kiedy pacjent odwiedza nas o własnych siłach. To największa radość i nagroda za naszą pracę – mówi Przemysław Ekstowicz, zastępca pielęgniarki oddziałowej w Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii, pielęgniarz z najdłuższym stażem w Szpitalu. Okazją do rozmowy jest przypadający 12 maja Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek i Położnych.

Co skłoniła pana do wyboru zawodu pielęgniarskiego, który należy do najbardziej sfeminizowanych w naszym kraju?

Jako małe dziecko dużo chorowałem, a w związku z tym często przebywałem w szpitalach. Natrafiłem wtedy na dobre, przyjazne pielęgniarki. Mogę powiedzieć, że to one skłoniły mnie do wyboru tej właśnie profesji.

A kiedy ostatecznie zdecydował pan, że zostanie pielęgniarzem?

Było to tuż po liceum, choć nie od razu rozpocząłem kształcenie w wymarzonym zawodzie. Pierwsze podejście w 1999 r. do Studium Medycznego w Giżycku okazało się nieudane, bo było zbyt mało chętnych i już po 10 dniach nasz rocznik rozwiązano i przeniesiono na fizjoterapię. Okazało się jednak, że to nie dla mnie i przerwałem naukę. Potem rozpocząłem studia na geografii, która jednak także mi się nie spodobała i zacząłem pracować w zawodzie niezwiązanych z medycyną. Niespodziewanie po dwóch latach zadzwoniono z giżyckiego studium do sołtysa miejscowości, w której mieszałem, bo nie zanotowano mojego numeru telefonu, z informacją, że ponownie otwiera się kierunek pielęgniarski. Tym razem liczba kandydatów była wystarczająca i w 2004 r. ukończyłem szkołę w Giżycku. Zaraz potem przeszedłem w Szpitalu Wojewódzkim roczny staż pielęgniarski w kilku oddziałach. W 2005 r. rozpocząłem pracę w oddziale intensywnej terapii, który zaproponowała mi pani Hanna Taraszkiewicz, obecna zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa, a wtedy przełożona pielęgniarek.

Można więc powiedzieć, że bez przerwy pracuje pan w tym jednym oddziale.

To prawda. Rozpoczynałem na stanowisku pielęgniarki odcinkowej, a od niespełna roku jestem zastępcą pielęgniarki oddziałowej, zajmując się przede wszystkim sprawami technicznymi. Mamy bardzo dużo nowoczesnego sprzętu, który w razie awarii przekazuję do naprawy. Zajmuję się też kwestiami odleżyn i przewlekłych ran, ukończyłem specjalistyczne kursy w tym kierunku. Wdrażam pielęgniarki w nowe procedury związane z wyposażeniem, pomagam też koleżankom w sprawach odleżyn i przewlekłych ran. W razie potrzeby również dyżuruję. Zapewniam też ogólną pomoc dla nowych pielęgniarek.

Na czym polega pana opieka nad sprzętem?

Do moich obowiązków należy zademonstrowanie jego obsługi nowym pracownikom, a w razie awarii jestem łącznikiem między oddziałem a Działem Aparatury Medycznej, czy serwisantami.

Czy pacjenci reagują inaczej widząc mężczyznę w roli pielęgniarki?

Kiedy miałem staż w oddziale położniczym panie były trochę zdziwione. W moim obecnym miejscu czasem zdziwione są rodziny pacjentów, kiedy zwracają się do mnie „panie doktorze", a ja informuję ich, że jestem pielęgniarzem. Z podobnymi sytuacjami spotykają się też moi koledzy.

Czy praca na OAiIT to duże obciążenie?

To duży wysiłek zarówno psychiczny, jak i fizyczny. Patrząc z perspektywy na zespół pielęgniarski muszę przyznać, że łatwiej rezygnują z pracy u nas mężczyźni, którzy dość szybko przechodzą na oddziały, gdzie jest lżej. Dlatego pracują u nas głównie młodzi pielęgniarze. W całym szpitalu ja mam najdłuższy staż. Choć muszę dodać, że podczas nauki w Studium Medycznym nie zrezygnował żaden z nas, a spośród 35 dziewczyn naukę ukończyło tylko 20.

Jak układa się panu współpraca z koleżankami?

Wszystko układa się bardzo dobrze. Oprócz mnie pracuje jeszcze pięciu pielęgniarzy, więc nie jestem „rodzynkiem". Kilka lat temu, kiedy mężczyzn było więcej zdarzało się nawet, że na dyżurze było czterech pielęgniarzy i jedna pielęgniarka, która w takich sytuacjach żartowała, że mając taką asystę nic już nie musi robić. Był taki okres, że byłem jedynym pielęgniarzem, ale to już przeszłość.

Czy patrząc z perspektywy kilkunastu lat pracy ocenia pan, że jako pielęgniarz sprawdza się w zawodzie?

W największym stopniu zależy to od charakteru. Np. Jacek Graczyk, który pracuje ze mną od kilku lat jest opiekuńczą osobą. Ja też taki jestem.

Co pomogłoby panu w pracy?

Generalnie potrzebujemy więcej sprzętu, sprzętu i jeszcze raz sprzętu, by jeszcze skuteczniej pomagać naszym pacjentom. Teraz właśnie staramy się o specjalistyczny stół do wczesnej mobilizacji chorego, który w zależności od potrzeb może służyć jako stół pionizacyjny, z którego pacjent będzie mógł wstać lub zamienić go w fotel także przydatny przy usprawnianiu. Nasi pacjenci długo leżą, a na łóżku nie można zrobić prawdziwego fotela. Potrzebujemy też sprzętu do przenoszenia pacjentów. Służą do tego tzw. latające dywany, czyli maty powietrzne, które po nadmuchaniu wytwarzają poduszkę unosząc leżącego pacjenta. W ten sposób do przeniesienia ważącego czasem nawet 160 kg chorego, by przewieźć go następnie np. na badanie tomograficzne wystarczą dwie osoby. Bez maty trzeba do tego nawet sześciu ludzi. Ten sprzęt pożyczamy w razie konieczności ze Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego, jednak dobrze byłoby go mieć także u nas.

Na czym jeszcze polega specyfika OIOM-u?

Pracując tu musimy bez przerwy się uczyć nowości, szczególnie jeśli chodzi o obsługę sprzętu. Pielęgniarka musi mieć „otwartą głowę" na nowe technologie, które w pierwszej kolejności trafiają na nasz oddział. Mamy wiele rodzajów pomp strzykawkowych, których obsługę trzeba znać, podobnie jest z respiratorem, czy maszynami do hemofiltracji. Do tego dochodzi defibrylator, monitory do pomiarów hemodynamicznych, ciśnienia śródczaszkowego i śródbrzusznego, czy buty pneumatyczne dla pacjentów, a także urządzenia do żywienia jelitowego i pozajelitowego.

W naszej pracy posiłkujemy się jednak nie tylko nowoczesnym sprzętem. Razem z ordynatorem, dr. Dariuszem Onichimowskim w ub. roku po raz pierwszy w naszym szpitalu zastosowaliśmy technikę biochirurgii kładąc na ranę larwy, żeby pochłonęły martwicę. Pacjent był bowiem w takich stanie, że chirurdzy nie mogli jej usunąć z powodu zaburzenia krzepliwości krwi. Larwy spełniły swoje zadania, ale niestety pacjent zmarł z powodu innych schorzeń, na które cierpiał.

Pana żona jest również pielęgniarką w naszym Szpitalu.

Poznaliśmy się na stażu, później pracowaliśmy na oddziale intensywnej terapii. Żona od dwóch lat pracuje jako pielęgniarka anestezjologiczna, a obecnie jest na urlopie macierzyńskim po urodzeni pół roku temu naszego synka. Córka ma 11 lat. Nie jesteśmy jedynym „pielęgniarskim małżeństwem". W naszym oddziale jest też koleżanka, której mąż jest instrumentariuszem na bloku operacyjnym.

Czego pan sobie życzy w Dniu Pielęgniarek i Położnych?

Życzyłbym sobie, żeby nas było więcej. Nie ma bowiem wielu chętnych do pracy w naszym oddziale i borykamy się z brakiem personelu. Bardzo się cieszę, kiedy pacjent odwiedza nas o własnych siłach. To dla nas największa radość i nagroda za naszą pracę. Niedawno, kiedy zawoziliśmy pacjenta na kardiochirurgię, nasza była pacjentka samodzielnie siedziała i rozmawiała. Ten widok bardzo nas ucieszył.

Przemysław Prais

Pięć pielęgniarek oddziałowych objęło funkcje

Przy okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Położnych dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Irena Kierzkowska wręczyła nominacje pielęgniarkom oddziałowym, które wygrały konkursy na te stanowiska.

Rozstrzygniecie postępowania konkursowego miało miejsce 28 kwietnia, zaś uroczystość, w której uczestniczyły także Hanna Taraszkiewicz, z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa, przełożona pielęgniarek Maria Kowalska i inne pielęgniarki oddziałowe odbyła się 10 maja. Nominacje odebrały: Agnieszka Przybyłek (Oddział Okulistyczny), Grażyna Roman (Oddział Hematologiczny i Oddział Kliniczny Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych), Gabriela Rudzińska (Oddział Kliniczny Neurochirurgiczny), Marlena Szeląg (Oddział Kliniczny Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa) oraz Ewa Bieniek (Oddział Gastroenterologiczny).

Dyrektor Irena Kierzkowska pogratulowała pielęgniarkom oddziałowych oraz życzyła sukcesów w pracy. Złożyła też najlepsze życzenia wszystkim pielęgniarkom i położnym zatrudnionym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie z okazji przypadającego 12 maja Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Położnych.

Ewa Bieniek i Marlena Szeląg po raz pierwszy objęły swoje funkcje. Poniżej prezentujemy rozmowy, które przybliżają ich sylwetki.

Rozmowa z Ewą Bieniek, pielęgniarką oddziałową Oddziału Gastroenterologicznego

Proszę na wstępie opowiedzieć o swojej dotychczasowej drodze zawodowej.

Od początku jestem związana z jednym miejscem, czyli Szpitalem Wojewódzkim, gdzie zaczęłam pracować we wrześniu 1983 r. zaraz po ukończeniu liceum medycznego w Olsztynie. Na początku trafiłam do oddziału intensywnej terapii, w którym rotacyjnie na zmianę z anestezjologią (taki był wówczas system pracy) pracowałem przez 5 lat. Uważam, że każda pielęgniarka powinna zaczynać pracę na intensywnej terapii, bo w ten sposób uczy się radzenia sobie ze stresem i oswaja z nowymi technologiami medycznymi. Po urodzeniu dwójki dzieci 1992 r. zaczęłam pracę w obecnym Oddziale Gastroenterologicznym. Od tego czasu trwa moje przygoda z gastrologią. Pracowałam m.in. przez rok w pracowni endoskopowej, a potem już w systemie zmianowym w oddziale, do momentu objęcia funkcji pełniącej obowiązki pielęgniarki oddziałowej w listopadzie 2015 r., po odejściu na emeryturę mojej wieloletniej poprzedniczki pani Bożeny Rusewicz.

Co sprawiło, że zdecydowała się pani na objęcie tego stanowiska?

Wpływ na to miało wiele czynników. Jednym z nich były moje kwalifikacje – ukończyłam studia magisterskie na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim, poprzedzone licencjatem. Na pewno nie jest łatwo być pielęgniarką oddziałową, bo wiąże się to z dużą odpowiedzialnością.

Pielęgniarki i położne w Szpitalu Wojewódzkim

- Na dzień 30 kwietnia 2017 r. w Szpitalu pracuje 416 pielęgniarek (w tym 15 pielęgniarzy) oraz 91 położnych.
- Z tej liczby 154 pielęgniarki i położne legitymują się specjalizacją, a 137 – ukończonymi studiami drugiego stopnia.

Pielęgniarka – zawód pożądany

W rankingu Barometr zawodów 2017, że pielęgniarka i położna są na trzecim miejscu najbardziej pożądanych zawodów na rynku pracy. W sondażu przeprowadzonym w 2013 r., 76 proc. badanych zadeklarowało, że ufa pielęgniarkom, położnym.

W Polsce pielęgniarek w wieku emerytalnym (pow.61 roku życia) jest niespełna 20 proc., natomiast młodych, które mogą ich zastąpić jest tylko 5,53 proc. (w wieku 21-30 lat). To pokazuje, że konieczne jest kształcenie nowych kadr.

Każdego roku polskie uczelnie kończy ponad 5 tysięcy absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa. To w ich rękach jest przyszłość tych zawodów, a przede wszystkim jakość opieki. Środowisko nagradza wyróżniających się studentów, by docenić ich zaangażowanie i profesjonalną postawę.

Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek podkreśla, że nie można dłużej ignorować problemów polskich pielęgniarek. „To nie jest jakieś abstrakcyjne zjawisko – brak wykwalifikowanej kadry przy łóżku pacjenta oznacza konkretne ludzkie dramaty" – dodaje.

21 kwietnia Minister Zdrowia powołał zespół ds. opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, którego zadaniem jest wypracowanie strategii działań, niezbędnych dla poprawy sytuacji. Na czele zespołu stanęła wiceminister Józefa Szczurek-Żelazko, a w jego skład weszli m.in. przedstawiciele środowiska pielęgniarek i położnych, prawnicy oraz przedstawiciele rządu.

Źródło: Puls Medycyny

Nominację odbiera Ewa Bieniek

Na czym polegają pani obowiązki jako pielęgniarki oddziałowej?

Przede wszystkim muszę zaplanować pracę pielęgniarkom, zapewniając pełną dwuosobową obsadę na dziennym i nocnym dyżurze. Poza tym rano biorę udział w odprawie ordynatorskiej, podczas której przedstawiam pracę pielęgniarek, później uczestniczę w obchodzie lekarskim, a także nadzoruję pracę pielęgniarek sprawdzając jak zaopiekowani są pacjenci. Sukcesywnie zamawiam też potrzebne leki, sprzęt medyczny bazując m.in. na informacjach od koleżanek kończących dyżur. Czuwam też nad przebiegiem różnych kontroli, którym poddawany jest oddział. Bywa, że muszę się też zajmować drobnymi, choć istotnymi z punktu widzenia pacjentów sprawami, jak np. uszkodzona deska klozetowa w toalecie, czy przepalona żarówka. Z reguły proszę o pomoc pracowników Działu Gospodarczego, ale czasem staram się radzić sobie sama. Generalnie muszę więc ogarniać całość tego, co dzieje się w oddziale, działając jak swego rodzaju centrum dowodzenia.

Czy pani zdaniem jest jeszcze coś do usprawnienia w działalności oddziału?

Przede wszystkim cieszę się, że mamy swoją własną, nową siedzibę. Pracując przez wiele lat przenosiłam się wraz z oddziałem po różnych piętrach Szpitala. Chciałabym aby mój zespół doświadczonych już pielęgniarek dalej się kształcił uczestnicząc w kursach, czy specjalizując się. Do naszych obowiązków należy zapewnienia obsady dyżurowej w pracowni endoskopowej. Zajmujące się tym pielęgniarki przeszły już wewnętrzne szkolenia, ale byłoby dobrze, gdyby przeszły też kurs endoskopowy i legitymowały się dokumentem potwierdzających ich kwalifikacje. Dbam też, aby oddział był jak najdłużej zadbany i niezniszczony. Wypracowana przez lata atmosfera w zespole jest bardzo dobra i staram się, aby tak pozostało.

Rozmowa z Marleną Szeląg, pielęgniarką oddziałową Oddziału Klinicznego Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa

Proszę na wstępie opowiedzieć jak przebiegała pani kariera zawodowa.

Od początku jestem związana z jednym szpitalem i tym samym oddziałem. W czerwcu 1992 r. ukończyłam liceum medyczne, a od 1 lipca rozpoczęłam pracę w oddziale ortopedycznym Szpitala Wojewódzkiego. W tym roku obchodzę więc jubileusz 25-lecia pracy. Zaczynałam od tzw. młodej pielęgniarki odcinkowej. Po 9 latach zostałam pielęgniarką zabiegową, a po kolejnych dwóch zastępcą pielęgniarki oddziałowej i tę funkcję pełniłam do października 2015 r., kiedy objęłam stanowisko pełniącej obowiązki pielęgniarki oddziałowej. W kwietniu tego roku wygrałam konkurs i otrzymałam nominację na to stanowisko.

Co sprawiło, że zdecydowała się pani na objęcie tej funkcji?

Przez 15 lat pełniłam funkcję zastępcy pielęgniarki oddziałowej, więc byłam wdrożona w obowiązki, które należy wykonywać, a w czasie urlopu oddziałowej wykonywałam jej powinności. W tę rolę wchodziłam więc stopniowo. Ukończyłam studia magisterskie w Akademii Medyczną w Gdańsku oraz zarządzanie w Olsztyńskiej Szkole Wyższej. Mam specjalizację z pielęgniarstwa operacyjnego. Uczestniczyłam też w licznych konferencjach.

Na czym polegają pani obowiązki jako pielęgniarki oddziałowej?

To przede wszystkim planowanie pracy personelu, a także zamawianie leków i sprzętu niezbędnego do funkcjonowania oddziału oraz organizowanie i nadzorowanie pracy pielęgniarskiej i wysokospecjalistycznych usług pielęgniarskich. Niektórzy sądzą, że jest to praca wykonywana głównie za biurkiem, ale jak widać z tego co powiedziałam, tak nie jest. Każdego dnia są przyjęcia planowe, a także ostre, zabiegi operacyjne. Pacjentów trzeba więc odpowiednio rozmieścić na salach i tak zorganizować działania, by wszystko przebiegało sprawnie – by jedni chorzy mogli pojechać na salę operacyjną, a inni byli przygotowywani przez nas do zabiegu, a także by personel pielęgniarski zajmował się odpowiednio opieką po zabiegu.

Czy pani zdaniem jest jeszcze coś do usprawnienia w działalności oddziału?

Chciałabym w pierwszym rzędzie utrzymać wysoką jakość usług, jaką zapewnialiśmy do tej pory. Zwłaszcza jeśli chodzi o wysokospecjalistyczną opiekę pielęgniarską po zabiegach. Są to bowiem pacjenci zarówno po operacji kręgosłupa począwszy od odcinka szyjnego, przez piersiowy po lędźwiowy, jak i po wszczepieniu endoprotezy stawu biodrowego, czy stawu kolanowego. Osobną grupą operowanych są pacjenci z urazami miednicy, którzy mogą przejść takie zabiegi tylko w naszym ośrodku, jedynym takim w województwie warmińsko-mazurskim. Dlatego pielęgniarki przechodzą szkolenia wewnątrzoddziałowe, a także uczestniczą w konferencjach. Zachowana jest też dobra współpraca z zespołem lekarskim, co jest niezbędnym elementem sprawnej pracy zespołowej.

Nominację odbiera Marlena Szeląg

Przemysław Prais

Wspomnienie o długoletniej pielęgniarce Oddziału Kardiologicznego

Zmarła Bogumiła Tomkus, która rozpoczęła pracę w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie zaraz po jego utworzeniu w 1970 r. Przez całą, długoletnią karierę zawodową była związana z Oddziałem Kardiologicznym. W 2015 r. przy okazji jubileuszu jego 45-lecia otrzymała pamiątkową statuetkę wręczaną zasłużonym pracownikom ośrodka kardiologicznego, którzy rozpoczynali w nim pracę i go współtworzyli.

Poniżej wspomnienie współpracowniczek o zasłużonej dla Szpitala pielęgniarce.

„Kto pozostaje w pamięci innych, nie umiera nigdy…"

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość, że 15.06.2017 r. odeszła na wieczną wartę św. pamięci Bogumiła Tomkus z domu Wróblewska, emerytowana pielęgniarka, która pracowała w WSS w Olsztynie od początku jego istnienia.
Pozostanie w naszej pamięci jako wspaniała i dobra koleżanka, troskliwa i empatyczna pielęgniarka.
Jej nagła i nieoczekiwana śmierć zostawiła wielką pustkę.
W naszych sercach będzie zawsze żywe wspomnienie o Tobie.

Koleżanki z Oddziału Kardiologicznego WSS w Olsztynie

Udział pielęgniarki i położnej w monitorowaniu i leczeniu bólu

Ból jest doznaniem subiektywnym, zawsze nieprzyjemnym. Do leczenia bólu długo nie przywiązywano należytej wagi, co spowodowało, że był on uważany przez pacjentów i lekarzy za konieczną składową okresu pooperacyjnego.

Codziennie na świecie chorzy poddawani są zabiegom chirurgicznym z różnych przyczyn.

Ból pooperacyjny

Ból pooperacyjny wywołany jest przez śródoperacyjne uszkodzenie tkanek/narządów. Jego natężenie i zasięg są z reguły proporcjonalne do rozległości zabiegu operacyjnego. Ból pooperacyjny pojawia się wtedy, gdy przestaje działać śródoperacyjna analgezja (zjawisko zniesienia czucia bólu), a jego źródłem są uszkodzone tkanki powierzchowne (skóra, tkanka podskórna, błony śluzowe) i głębiej położone struktury (mięśnie, powięzi, więzadła, okostna).

Wielkość i zasięg bólu pooperacyjnego jest uzależniona od wielu czynników, takich jak: stan zdrowia pacjenta, rodzaj operacji czy znieczulenia oraz postawa personelu medycznego. Na stopień jego odczuwania wpływają również: poziom endogennych opioidów, poziom neurotyzmu i lęku pacjenta oraz stopień uświadomienia chorego o czekających go dolegliwościach bólowych. Nie bez znaczenia są też poprzednie doświadczenia bólowe chorego.

Ból pooperacyjny jest dotkliwym zjawiskiem, o największym natężeniu w pierwszej i drugiej dobie pooperacyjnej, a znacznie mniejszym w trzeciej i czwartej dobie po zabiegu.

Leczenie przeciwbólowe powinno być skuteczne. Sposób leczenia bólu, rodzaj i dawki środków przeciwbólowych oraz częstość ich podawania powinny być adekwatne do stopnia nasilenia bólu i dokumentowane w historii choroby. Leki przeciwbólowe powinny być podawane regularnie z wyprzedzeniem tak, aby pacjent nie odczuwał bólu.

Przy wykorzystaniu aktualnego stanu wiedzy, dostępnych leków oraz metod leczenia bólu możliwe jest skuteczne zwalczanie bólu pooperacyjnego, ale niezbędny jest w tym udział samego pacjenta oraz lekarzy, pielęgniarek i położnych. Pielęgniarka, położna na zlecenie lekarza podaje leki przeciwbólowe.

W codziennej praktyce klinicznej nie dysponujemy narzędziami lub badaniami umożliwiającymi obiektywną ocenę stopnia nasilenia bólu. Opracowano natomiast wiele skal i kwestionariuszy służących określeniu nasilenia bólu, opierających się na ocenie chorego – są one tym samym, narzędziami oceny subiektywnej. Skale i kwestionariusze stanowią narządza pomocnicze, służą ocenie nasilenia bólu, ale także pozwalają ocenić skuteczność leczenia, wpływ bólu na funkcjonowanie fizyczne i psychospołeczne pacjenta.

Głównym celem skali monitorowania bólu jest ustalenie stopnia nasilenia bólu w różnych punktach czasowych oraz skuteczności stosowanego leczenia przeciwbólowego. Do oceny stopnia nasilenia bólu służy min. skala numeryczna NRS –*Numerical Rating Scale*. Jest łatwa do zastosowania i zrozumiała dla pacjentów. Skala zwiera 11 stopni nasilenia bólu – od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobrażalny ból.

Kluczową rolę w zwalczaniu bólu pooperacyjnego odgrywa pielęgniarka, położna. To jej przypada szczególna rola w monitorowaniu i terapii bólu, gdyż spędza ona najwięcej czasu w bezpośrednim kontakcie z chorym i ma możliwość wnikliwej jego obserwacji. Wszystkie działania podejmowane przez pielęgniarki, położne wymagają współpracy z lekarzem – zarówno lekarzem operującym, jak i anestezjologiem.

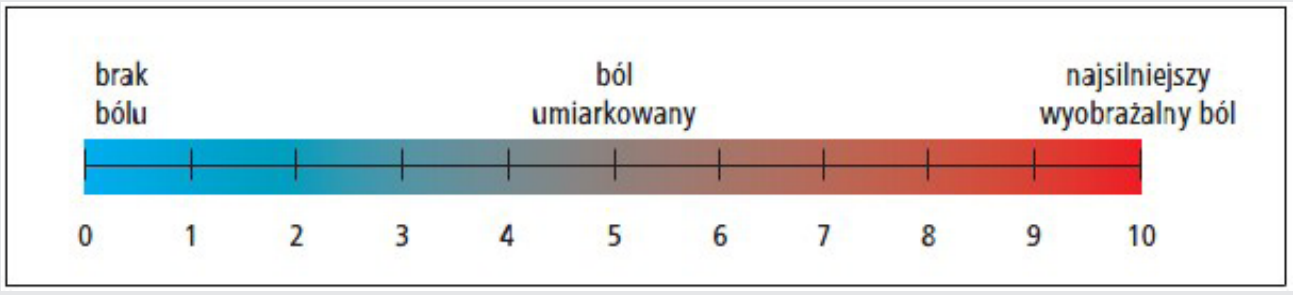
Istotnym elementem postępowania przeciwbólowego w okresie okołooperacyjnym jest właściwa edukacja pacjenta, polegająca przede wszystkim na przekazaniu mu informacji o istocie bólu pooperacyjnego i metodach jego leczenia. Współpraca personelu z pacjentem świadomym w zakresie leczenia bólu daje pozytywne efekty. Pacjent wie, że ból będzie systematycznie kontrolowany i, że w każdej chwili może zwrócić się o pomoc.

Zadania pielęgniarki

Do zadań pielęgniarki należy regularna obserwacja i ocena nasilenia dolegliwości bólowych oraz udokumentowanie dokonanej oceny w kartach obserwacji.

Pielęgniarka opiekująca się chorym po operacji, narażonym na doznania bólowe, powinna rozpoznawać niewerbalne objawy bólu (przyspieszenie i spłycenie oddechu, przyspieszenie tętna, nadmierna potliwość, niewielki wzrost ciśnienia tętniczego, grymasy na twarzy, płacz, lamentowanie, wzdychanie, niekiedy przeklinanie).

Ważnym elementem zapewnienia odpowiedniej opieki pooperacyjnej jest obserwacja pacjenta w kierunku ewentualnych powikłań(depresja oddechowa, nudności, wymioty, świąd skóry, niedrożność porażenna jelit) związanych



Ryc. 1. Skala numeryczna NRS – *Numerical Rating Scale*

z podawaniem analgetyków. Pielęgniarka opiekująca się pacjentem, u którego prowadzone jest leczenie przeciwbólowe powinna obok oceny stopnia nasilenia bólu, prowadzić obserwację hemodynamiki (ciśnienie tętnicze, tętno), wentylacji(częstość oddechów, saturacja) i symptomów perystaltyki jelit.

W przypadku zastosowania analgezji zewnątrzoponowej wskazana jest obserwacja miejsca wprowadzenia cewnika do kanału kręgowego, a co za tym idzie prawidłowe zabezpieczenie go opatrunkiem mocującym, chroniącym go przed przypadkowym przemieszczeniem lub wysunięciem.

Równolegle z oceną podstawowych parametrów życiowych dokonywanych przez pielęgniarkę konieczna jest obserwacja rany pooperacyjnej w kierunku ewentualnego krwawienia, rozejścia się brzegów rany. Istotne znaczenie ma również kontrola drożności wprowadzonych drenów oraz kontrola ilości i jakości wypływającej wydzieliny.

Monitorowanie i leczenie bólu regulowane jest przez dwa rozporządzenia Ministra Zdrowia. W naszym Szpitalu monitorowanie i leczenie bólu u pacjentów w okresie pooperacyjnym reguluje procedura: Leczenie i monitorowanie bólu w okresie okołooperacyjnym z dnia 07.03.2012 r.

W 1995 roku Amerykańskie Towarzystwo Bólu uznało ból, za piąty parametr życiowo – ważny. Przewodniczący Amerykańskiego Towarzystwa Badania Bólu dr James Campbell stwierdził, że „Gdyby, bowiem ból oceniać z takim samym zapałem jak w przypadku innych parametrów życiowych, byłoby o wiele większe prawdopodobieństwo, iż będzie on prawidłowo leczony. Musimy szkolić lekarzy i pielęgniarki, by traktowali ból, jako parametr życiowy. Jakość opieki polega na tym, by ból mierzyć i leczyć."

Przedmiotem procedury jest postępowanie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego z pacjentem wymagającym zabiegu operacyjnego w oddziałach zabiegowych w celu zminimalizowania dolegliwości bólowych związanych z przeprowadzonym zabiegiem. Zakres procedury obejmuje opis czynności/ zadań wykonywanych przez lekarzy, pielęgniarki i położne w ramach przygotowania pacjenta do zabiegu i opieki okołozabiegowej. (1510)

Ból okołoporodowy

1 września 2016 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego.

Ból porodowy jest jednym z najbardziej intensywnych doznań, jakie odczuwają kobiety. Nasilenie bólu porodowego może być duże. Intensywność bólu okołoporodowego zależy od wielu czynników: położniczych, fizjologicznych reakcji związanych z przebiegiem porodu, psychologicznych, środowiskowych i kulturowych. Następstwami bólu okołoporodowego są lęk i strach powodujące wzrost aktywności układu współczulnego i uwalnianie z nadnerczy amin ketacholowych, co może wpłynąć na wydłużenie porodu i upośledzenie przepływu maciczno- łożyskowego. Dobór metody łagodzenia bólu uzgadniany jest z rodzącą.

Istnieje wiele metod łagodzenia bólu porodowego. Do niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego możemy zaliczyć:

1. utrzymanie aktywności fizycznej rodzącej i przyjmowanie pozycji zmniejszających odczucia bólowe, w szczególności: spacer, kołysanie się, przyjmowanie pozycji kucznej lub pozycji wertykalnych z wykorzystaniem sprzętów pomocniczych, w szczególności takich jak: gumowa piłka, worek sako, drabinki, sznury porodowe, krzesła porodowe;
2. techniki oddechowe i ćwiczenia relaksacyjne;
3. masaż relaksacyjny;
4. ciepłe lub zimne okłady w okolicach odczuwania bólu;
5. metody fizjoterapeutyczne;
6. przezskórna stymulacja nerwów (Transcuteneous Electrical Nerve Stimulation – TENS);
7. immersja wodna;
8. akupunktura;
9. akupresura.

Farmakologiczne metody łagodzenia bólu, mające udokumentowaną skuteczność kliniczną w łagodzeniu bólu porodowego to:

1. analgezja wziewna;
2. dożylne lub domięśniowe stosowanie opioidów;
3. analgezja regionalna.

Zastosowanie farmakologicznych metod łagodzenia bólu wymaga wdrożenia indywidualnego schematu postępowania, odpowiedniego

do zastosowanej metody i stanu klinicznego rodzącej. Przed zastosowaniem tych metod rodząca musi uzyskać od lekarza informację na temat wpływu danej metody na przebieg porodu i dobrostan płodu, a także wystąpienia możliwych powikłań i skutków ubocznych.

Farmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego powinny być wdrażane w przypadku braku oczekiwanej skuteczności zastosowanych metod niefarmakologicznych lub wystąpienia wskazań medycznych do ich zastosowania. Rozpoczęcie farmakologicznego łagodzenia bólu porodowego każdorazowo jest poprzedzone badaniem położniczym i przeprowadzoną przez lekarza położnika udokumentowaną oceną natężenia bólu lub identyfikacją wskazań medycznych oraz uzyskaniem zgody rodzącej na zastosowanie proponowanej metody.

Analgezja porodu wymaga współpracy rodzącej, anestezjologa, położnika, położnej oraz położnej anestezjologicznej albo pielęgniarki anestezjologicznej. Jej celem jest złagodzenie dolegliwości bólowych, zachowanie fizjologicznych mechanizmów porodu i ograniczenie niekorzystnego wpływu na płód.

Prawidłowo prowadzona analgezja porodu, niezależnie od zastosowanej metody, musi być bezpieczna zarówno dla matki, jak i noworodka.

Opracowały:
Maria Kowalska
Hanna Taraszkiewicz

Opracowano na podstawie:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2014 nr 0, poz. 1441)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015. poz. 2069)
3. Rozporządzenie Ministra z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz.U. 2015. poz. 1997)
4. Standardy akredytacyjne 2009 r.
5. Procedura: Leczenie i monitorowanie bólu w okresie okołooperacyjnym z dnia 07.03.2012 r.
6. Juszczak K.; Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu pooperacyjnego. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 4/2009.
7. Kocot-Kępska M., Szułdrzyński K. Skale oceny bólu. Medycyna Praktyczna dla lekarzy. 2014
8. Malec-Milewska M., Woroń J.; Kompendium leczenia bólu. Medical Education. Warszawa 2013
9. Szkutnik-Fiedler D., Szałek E., Grześkowiak E. Zasady leczenia bólu pooperacyjnego. Medycyna Praktyczna dla lekarzy. 2010

Bezpłatne badania profilaktyczne w kierunku raka piersi oraz szyjki macicy

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny zaprasza na badania mammograficzne oraz cytologiczne.

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet. Stanowi około 23 proc. wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u Polek. Występuje częściej po menopauzie. Ryzyko wzrasta po 50 roku życia. Obserwacja częstości zachorowań w poszczególnych grupach wiekowych wykazała, że znaczący wzrost występował w przedziale wiekowym od 50 do 69 roku życia.

Najważniejszym czynnikiem w istotny sposób wpływającym na wyniki leczenia jest wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium rozwoju. Metodę w znacznym stopniu umożliwiającą rozpoznanie zmian patologicznych w utkaniu piersi stanowi mammografia. Jej czułość jest najwyższa, szacuje się, że dla kobiet po menopauzie wynosi ona 90-95 proc.. Randomizowane badania kliniczne wykazały, że w grupie kobiet w wieku 50-69 lat, które miały wykonywane badania mammograficzne co rok lub co 2 lata, nastąpiło zmniejszenie umieralności o 25-30 proc.

Na badanie mogą zgłaszać się pacjentki naszego regionu pomiędzy 50 a 69 rokiem życia, które w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miały przeprowadzonego tego typu badania finansowanego przez NFZ lub podczas zeszłorocznego badania otrzymały zalecenie lekarza do ponowienia badania po upływie roku. Pacjentki mogą się rejestrować w Dziale Diagnostyki Obrazowej (II piętro), od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-15.00, tel. 089 5386 592.

Z kolei rak szyjki macicy jest szóstym, co do częstości, nowotworem u kobiet w Polsce – stanowi 4,4 proc. nowotworów u kobiet. Rocznie ok. 1 730 kobiet umiera z tego powodu. Badania przesiewowe w kierunku wykrywania raka szyjki macicy polegają na wykonywaniu badań cytologicznych wymazów z ujścia zewnętrznego kanału i z tarczy szyjki macicy. Skryning cytologiczny, ze względu na niski koszt i wysoką skuteczność, jest najpopularniejszą metodą badań przesiewowych. W wyniku przeprowadzenia badania cytologicznego można wykryć zmiany przedrakowe i raka we wczesnym okresie zaawansowania choroby. W przypadku stwierdzenia zmian o charakterze dysplastycznym należy w celu weryfikacji wstępnego rozpoznania wykonać badanie kolposkopowe z celowanym pobraniem wycinków do badania histopatologicznego.

Celem realizacji programu jest zmniejszenie wskaźnika umieralności kobiet na raka szyjki macicy do poziomu osiągniętego w przodujących w tym zakresie krajach Unii Europejskiej w szczególności poprzez wykrywanie stanów przedrakowych oraz podniesienie poziomu wiedzy kobiet na temat profilaktyki raka szyjki macicy i wprowadzenie na terenie całego kraju jednolitego modelu postępowania diagnostycznego.

Badanie mogą wykonać kobiety w wieku 25-59 lat, które nie miały badania cytologicznego w ciągu ostatnich 3 lat. Do udziału w programie nie jest wymagane skierowanie. Badania cytologiczne są wykonywane podczas wizyty u ginekologa. Aby zarejestrować się tylko na badanie cytologiczne należy dzwonić na numer 89 53 86 222 w czwartki w godz. 13.00-13.30.

Więcej informacji na stronie internetowej: wss.olsztyn.pl w zakładce „Bezpłatne badania profilaktyczne".

Przemysław Prais

Zmiany, zmiany, zmiany...
Także w administracji

Tak duży organizm, jakim jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, zmienia się ustawicznie: a to rozbudowa, a to modernizacja, czy też rozwijanie nowych zakresów albo przejmowanie oddanych wcześniej na zewnątrz aktywności. Dlatego i administracja, żeby nadążyć za tymi zmianami, też ewoluuje.

W ostatnim czasie zaszły zmiany w strukturach administracyjnych naszego Szpitala. Wchłonęliśmy zespół pracujący w Pracowniach Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego pod kierownictwem dr Grzegorza Wasilewskiego. Również podobna rzecz dotyczy dowodzonej przez dr Alicję Całkę załogi Stacji Dializ, która też wraca na łono Szpitala.

Uległ reorganizacji Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji, przekształcając się w Dział Organizacyjny i Funduszy Zewnętrznych oraz Sekcję Sprzedaży. Część zadań z zakresu promocji należy do Sekcji Sprzedaży, a część przejął Rzecznik Prasowy, który wcześniej też był w tym zreorganizowanym dziale, a obecnie pracuje na stanowisku samodzielnym.

Poprzedni zakres czynności dla powyższego działu był nader szeroki: od spraw organizacyjno-prawnych począwszy, w tym obsługi Rady Społecznej, poprzez sprawy związane z pozyskiwaniem środków finansowych ze źródeł zewnętrznych, organizowanie sprzedaży do odbiorców poza kontraktem z NFZ, moderowanie strony internetowej, redagowanie niniejszego kwartalnika, kontakty z mediami, aż po organizowanie imprez okolicznościowych. Obecnie Dział Organizacyjny i Funduszy Zewnętrznych liczy cztery osoby: Kierownik Działu – dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokocka oraz Alicja Biernacka, Katarzyna Szychulska-Topa i przebywająca na urlopie macierzyńskim Kornelia Kotwicka-Łucewicz. Sekcja Sprzedaży to kierownik Michał Żurek oraz Barbara Szymczuk. Rzecznikiem Prasowym jest nadal Przemysław Prais, tyle tylko, że już bliżej dyrekcji.

Istotną zmianą jest wydzielenie ze struktur księgowych i włączenie komórki płacowej w struktury Działu Służby Pracowniczej, gdyż obydwie komórki pracują w oparciu o dokumenty kadrowo-płacowe. Kierownikiem Sekcji Płac został od 1 marca 2017 r. Krzysztof Wawrocki, który po krótkotrwałej przerwie powrócił w szeregi pracowników Szpitala. Odeszła, przegrywając długą walkę z chorobą, Danuta Detner. Szeregi Sekcji Płac zasiliła Teresa Stasiewicz, w miejsce Marty Kluczyńskiej, która obecnie odnajduje się w księgowości. W kasie zamiast Teresy Stasiewicz można zobaczyć pracującą tam Marzennę Żwirko. Wcześniej pracujący w księgowości Mateusz Mistera został specjalistą ds. kontrolingu, stanowiąc zaczątek odbudowy Działu Kontrolingu w naszym Szpitalu.

Zmiany nie ominęły Działu Statystyki i Dokumentacji Medycznej: kierownik tej komórki Beata Jastrzębowska przejęła pod swoje skrzydła grupę sekretarek medycznych, oddając Rejestrację i pracujące tam osoby pod kierownictwo Bożeny Struczewskiej-Czajkowskiej, która

sprawuje funkcję Kierownika ds. Administracyjnych Przychodni Przyszpitalnej.

Sekcja Zarządzania Rentownością Oddziałów w osobach Wiesławy Bednarek oraz Grażyny Zatyki została wchłonięta przez Dział Kontraktowania i Rozliczeń, natomiast Maria Kossak zasiliła szeregi Działu Księgowości.

Pewnie to nie koniec zmian, bo Szpital się rozwija i ciągle będzie wymagał dostosowywania istniejących struktur do zmieniających się realiów.

Halina Depcik
Zastępca Dyrektora
ds. Administracyjno-Finansowych

Różnorodne pakiety badań profilaktycznych dla kobiet i mężczyzn

W trosce o Państwa zdrowie i wygodę, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie przygotował specjalne pakiety laboratoryjne i inne badania diagnostyczne w tym EKG, badanie holterowskie w zależności od płci, dolegliwości, wieku, trybu życia i stanu zdrowia.

W zestawie dla pań do wyboru są m.in. pakiet profilaktyki osteoporozy, reumatologiczny, a także dla przyszłych mam oraz kobiet w ciąży. Panowie mogą skorzystać m.in. z pakietu dla mężczyzn po 40. roku życia, czy różnego rodzaju pakietów kardiologicznych obejmujących m.in. wykrywanie choroby niedokrwiennej serca oraz niewydolności serca.

Dodatkowo wspierając profilaktykę zdrowotną, pragniemy zachęcić Państwa do regularnego monitorowania swojego stanu zdrowia.

Dlatego Każda osoba, która zdecyduje się na skorzystanie z naszej oferty otrzyma 15% rabatu (oferta dotyczy wyłącznie pakietów). Korzyści ze skorzystania z pakietów:

- Bez skierowania od lekarza
- Pakiety zawierają konkretny zakres badań w zależności od wskazania
- Wyniki najczęściej tego samego lub następnego dnia
- Wczesne wykrycie ewentualnych schorzeń
- Precyzyjne i wiarygodne wyniki badań
- Bieżące informacje o własnym (lub bliskich) stanie zdrowia
- Oszczędność w wydatkach na badania.

Osoby chcące skorzystać z pakietów powinny skontaktować się z Medycznym Laboratorium Diagnostycznym na parterze głównego budynku Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ul. Żołnierskiej 18, nr tel. 89 53 86 230.

Szczegółowe informacje o pakietach profilaktycznych na stronie internetowej wss.olsztyn.pl w zakładce Cennik świadczeń medycznych.

Wysoka jakość za rozsądną cenę

Naszym celem nie jest kupowanie najtaniej. Ważnym jest, aby zachować poziom jakości adekwatny do procedur, jakie wykonuje Szpital – mówi Stanisława Masłowska, kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia.

Co jest głównym zadaniem Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia?

Jak wiadomo w jednostkach sektora finansów publicznych mamy do czynienia ze środkami publicznymi, które muszą być wydatkowane w sposób:

1. celowy i oszczędny, z zachowaniem zasad:
   1.1. uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów,
   1.2. optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów;
2. w sposób umożliwiający terminową realizację zadań;
3. w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

Zatem sztandarowym zadaniem Działu jest przeprowadzenie postępowania z zachowaniem powyższych zasad. Aby tak było, pracownicy muszą wykonać szereg działań zanim zostanie ogłoszone postępowanie. Najważniejszy jest opis przedmiotu zamówienia, za którego treść odpowiada wnioskodawca. I tu jest najwięcej pracy, ponieważ wnioskodawca najczęściej opisuje to, czego oczekuje, zapominając o obowiązujących nas zasadach.

Do momentu nowelizacji ustawy, która miała miejsce w lipcu 2016 r. słyszeliśmy, nie tylko w Szpitalu, ale również w mediach o nieudanych zakupach za przyczyną ustawy Prawo zamówień publicznych, która to rzekomo nakazywała kupować najtaniej. Otóż, nic bardziej mylnego, ponieważ nigdy nie było obowiązku stosowania kryterium 100-proc. ceny. Najczęściej zamawiającym kierowała obawa przed kontrolą, która mogłaby podważyć zasadność kryteriów jakościowych szczególnie w przypadkach, gdyby dokonano wyboru oferty droższej. Jedyny warunek, jaki należało spełnić dotyczył określenia mierzalnych kryteriów – niedopuszczane były oceny subiektywne. Dlatego też najbezpieczniej było stosować 100 proc. ceny.

Wspomniana nowelizacja wprowadziła obowiązek stosowania kryteriów poza cenowych, a cena nie może stanowić więcej niż 60 proc. Ustawodawca trochę zliberalizował kryteria jakości dając – w uzasadnionych przypadkach – możliwość oceny subiektywnej. Kryterium 100 proc. ceny można stosować jedynie przy produktach powszechnie dostępnych o ustalonych standardach.

I tu pojawia się drugie kluczowe zadanie dla pracowników prowadzących postępowanie, a mianowicie współpraca z wnioskodawcami w zakresie ustalania kryteriów oceny ofert. Naszym zadaniem jest zdobycie od użytkowników takiej wiedzy, która pozwoli na ukształtowanie kryteriów oceny. Coś, co użytkownikowi wydaje się banalne, może stać się doskonałym narzędziem do oceny – ale potrzebna jest wola dwóch stron. Naszym celem nie jest kupowanie najtaniej. Ważnym jest, aby zachować poziom jakości adekwatny do procedur, jakie wykonuje Szpital. Największą możliwość uzyskania dobrej ceny bez utraty jakości jest dopuszczenie konkurencji, co należy do kolejnych zadań Działu. Jednak dokonanie konkurencyjnego opisu przedmiotu zamówienia musi odbyć się w ścisłej współpracy z wnioskodawcą.

Ile w ciągu roku odbywa się postępowań i których jest najwięcej?

Większość pracowników WSS posiada wiedzę na temat progów i kwot postępowań, jakie obowiązują przy wydatkowaniu środków publicznych, ale chętnie to przypomnę. Otóż do wartości 30 tys. euro, tj. ok. 124 tys. zł netto nie stosujemy ustawy Prawo zamówień publicznych. To nie zwalnia nas z obowiązku racjonalnego wydawania środków publicznych, dlatego też stosujemy Regulamin udzielania zamówień do 30 tys. euro. Tych postępowań jest najwięcej: w 2016 r. – 293, 2015 r. – 293, gdzie wydajemy ok. 4 mln. Dzięki publikacji na szpitalnej stronie internetowej i możliwości negocjacji po otrzymaniu ofert cenowych, (na co pozwala tryb zapytania ofertowego), uzyskujemy rabaty w granicach 10-15 proc.

Powyżej 30 tys. euro obowiązuje nas już ustawa Pzp i do wartości 209 tys. euro (872 554,00 zł) przeprowadzamy postępowania tzw. podprogowe gdzie od momentu ogłoszenia do momentu podpisania umowy potrzebny jest czas min. 30 dni. Tych postępowań przeprowadzamy ok. 50 rocznie (2015 r. – 53; 2016 r. – 46). Najczęściej postępowania te dotyczą sukcesywnych dostaw oraz robót budowlanych.

Kolejnym pułapem jest próg powyżej 209 tys. euro. Tych postępowań przeprowadzamy ok. 30 rocznie. Są najtrudniejsze i trwają najdłużej. Minimalny okres potrzebny do przeprowadzenia procedury unijnej to ponad 2 miesiące. Najwięcej czasu pochłania nam

okres od ogłoszenia postępowania do otwarcia ofert – ustawodawca wymaga tu minimum czterdziestodniowego terminu. Aby uniknąć zarzutu dzielenia zamówienia, jedno postępowanie ma niejednokrotnie kilkadziesiąt części, np. sprzęt jednorazowego użytku posiada 256 części, produkty lecznicze ok. 200 części. W postępowaniach, w których mamy ocenę jakościową i próbki do zbadania czas od otwarcia do wyboru się wydłuża. Czynniki te wpływają na czas prowadzenia postępowania.

Proszę teraz o przedstawienie pracowników DZPiZ i zadań, które mają do wykonania.

Dział liczy 10 osób. Trzy pracują w magazynie: Mariusz Angowski i Krzysztof Sendrowski pełnia funkcje magazynierów, a Renata Ferenc jest referentem do spraw zaopatrzenia. Magazynierzy głównie przyjmują i wydają towar zamówiony przez oddziały i inne komórki organizacyjne szpitala. Prowadzą również magazyn rzeczy zużytkowanych, gdzie można oddać sprzęt używany, ale sprawny, który najczęściej trafia do ponownego użytku w innych komórkach.

Referent do spraw zaopatrzenia oprócz zakupów bieżących typu zamki, klucze, kable do urządzeń medycznych, koszyczki, tace itp., zajmuje się wydawaniem odzieży ochronnej dla pracowników oraz składaniem wniosków o wszczęcie procedury na zakup artykułów biurowych, chemii gospodarczej, worków na śmieci, odzieży ochronnej, słowem na to, co znajduje się w magazynach niemedycznych.

Kolejne dwie osoby – Izabela Łapińska i Dorota Dejnak – zajmują się magazynem komisowym. Podkreślić należy, że wartość znajdującego się tu sprzętu opiewa na kilka milionów złotych. Dotyczy to m.in. implantów, soczewek, endoprotez, stentów wieńcowych.

Zamówieniami publicznymi od kwietnia tego roku, oprócz mnie, zajmują się: Beata Dela, Marlena Wiska, Łukasz Łucewicz oraz Beata Wachowicz odpowiedzialna za postępowania do 30 tys. euro. Wcześniej było sześć osób, ale po odejściu Grzegorza Harhaja próbujemy radzić sobie w zmniejszonym składzie. Staram się przypisywać te same postępowania tym samym osobom w kolejnych latach. Dzięki temu pracownik może porównać rok do roku, wyciągnąć wnioski, co pozwala na uniknięcie błędów, które niestety się zdarzają.

Ta praktyka doskonale się sprawdza. Nie znaczy to jednak, że jedna osoba nie wie, czym zajmuje się druga. Jeżeli mamy problem, to dyskutujemy wszyscy szukając właściwego rozwiązania. Często podobna sytuacja ma inny finał, ponieważ okoliczności są różne.

Od pracowników prowadzących postępowania przetargowe wymagam najwięcej. Są oni zobligowani do ciągłego podnoszenia kwalifikacji, uczestnictwa w szkoleniach. Wymagam od nich kreatywności i zaangażowania. Nie możemy sobie pozwolić na bylejakość. Każdy nasz błąd natychmiast zostaje wychwycony przez Wykonawcę, co może zakończyć się odwołaniem. Wszyscy zdążyliśmy się przekonać, że nie ma dwóch takich samych postępowań.

Czy można prosić o omówienie zasad zamówień grupowych i roli DZPiZ w ich organizacji?

Pomysł zakupów grupowych zrodził się w 2012 r. Na polecenie marszałka województwa, wszystkie jednostki medyczne, których organem założycielskim jest Urząd Marszałkowski otrzymały polecenie dokonania wspólnych zakupów na wybrany asortyment.

W skład grupy zakupowej wejść miało 14 jednostek:

- 3 szpitale specjalistyczne w tym jeden dziecięcy (600, 450 i 250 łóżek)
- 1 szpital leczenia chorób płuc (100 łóżek)
- 3 szpitale psychiatryczne (250, 205 i 200 łóżek)
- 2 szpitale rehabilitacyjne w tym 1 dla dzieci
- Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego
- 3 ośrodki terapeutyczne (leczenia uzależnień, rehabilitacyjno-terapeutyczny, opiekuńczy)
- Przychodnia Medycyny Pracy.

Liderem w tym procesie został nasz Szpital.

Pierwszym wspólnym postępowaniem było postępowanie na artykuły biurowe. Uwieńczyliśmy je sukcesem, uzyskując ponad 30 proc. oszczędności w stosunku do szacunkowej wartości zamówienia. Podkreślę, że wartość szacowano na podstawie ostatnich cen z umów.

Pomimo kolejnych sukcesów np. w przypadku zakupów gazów medycznych, rękawic, produktów leczniczych jednostki „marszałkowskie" powoli zaczęły się wycofywać z grupowych zamówień, co nas jednak nie zraża, bo widzimy w nich sens i staramy się nie rezygnować z tego projektu nawiązując współpracę z innymi podmiotami. Praca nad wspólnym przetargami nie jest łatwa. Należy bowiem ujednolicić różne przyzwyczajenia i wymagania. Wartością dodaną wspólnych postępowań są nowe kontakty i wymiana doświadczeń.

A jak przebiega współpraca z komórkami Szpitala w trakcie przygotowywania i przeprowadzania postępowań?

Różnie z nią bywa. Moim marzeniem jest, aby każdy pracownik składający zamówienie czy wniosek o zamówienie, rozumiał znaczenie odpowiedzialności za finanse publiczne. Wydatkujemy pieniądze publiczne, stąd musimy zastanowić się nad racjonalnością wydania każdej złotówki. Dążę do tego, aby wpoić kadrze kierowniczej, jak ważną role pełni każdy uczestnik postępowania przetargowego. Szczególną odpowiedzialnością są obarczeni wnioskodawcy dokonujący opis przedmiotu zamówienia, który powinien przede wszystkim być konkurencyjny. Należy pamiętać, że konkurencyjność to spełnienie naszych oczekiwań, jako zamawiających, a nie dopuszczenie wszystkiego, co jest na rynku. W obecnym stanie prawnym cena powinna stanowić maksymalnie 60 proc., a pozostałe 40 proc. można przeznaczyć na kryteria jakościowe. Mamy więc doskonałe narzędzie w ręku, ale należy jeszcze się nad tym pochylić.

Cieszy mnie fakt, że praca, którą wykonuje Dział nie idzie na marne. Spotykamy się z coraz większym zrozumieniem zwłaszcza w przypadku, gdy „zmusimy" wnioskodawcę do zastosowania naszych sugestii, czego efektem jest otrzymanie oczekiwanego produktu, dodatkowo w niższej niż dotychczas cenie.

Przemysław Prais

Pierwszy zabieg urologiczny

w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

Operację usunięcia guza nerki wykonał 4 kwietnia dr n.med. Zbigniew Purpurowicz, specjalista urolog, któremu asystowali lekarze: Katarzyna Pietraszewska i Kacper Fiedorowicz. Pacjent, 34-letni mieszkaniec Węgorzewa, dobrze przeszdł zabieg.

Jak mówi dr Purpurowicz operacja polegała na laparoskopowym usunięciu guza prawej nerki z oszczędzeniem miąższu nerki. – To zabieg małoinwazyjny, organooszczędny. U chorego przypadkowo wykryto guz w badaniu USG, potwierdzonym następnie badaniem tomograficznym.

Zabieg wykonano w ramach Systemu Obsługi Kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO), czyli tzw. szybkiej terapii onkologicznej

Pan Łukasz dzień po zabiegu czuł się dobrze. Chwalił też sobie opiekę w Oddziale Transplantologii i Chirurgii Ogólnej. – Gdybym miał ją oceniać w skali 1-5 dałbym „6" – powiedział z uśmiechem. Ponieważ jego stan był dobry, szybko został wypisany do domu.

Dr Zbigniew Purpurowicz wyjaśnia, że inauguracyjny zabieg urologiczny wykonany w Szpitalu Wojewódzkim to skutek starań o stworzenie drugiego w Olsztynie ośrodka wykonującego takie zabiegi. – W Olsztynie w latach 50. ubiegłego stulecia w Szpitalu Miejskim powstał oddział urologii, który pełnił rolę oddziału wojewódzkiego. Mimo wzrastającej liczby chorych urologicznych był jedynym oddziałem w stolicy regionu niosącym pomoc pacjentom z chorobami układu moczowego u kobiet i moczowo-płciowego u mężczyzn. Potrzeba utworzenia drugiego oddziału urologii dojrzewała od dawna – mówi. – W ostatnim okresie narasta lawinowo liczba chorych wymagających pomocy urologicznej: to osoby z rakiem prostaty, pęcherza, nerki oraz chorzy z kamicą układu moczowego. Impulsem do działań stała się inicjatywa organizacji pacjenckich oczekujących od organizatorów służby zdrowia zwiększenia dostępności do leczenia urologicznego. Jako konsultant wojewódzki w dziedzinie urologii odpowiadający za poziom medyczny udzielanych świadczeń, byłem zobowiązany do podjęcia działań w tym kierunku. Dzięki zrozumieniu problemów urologicznych przez panią Irenę Kierzkowską, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego moje starania zaczęły przynosić efekty.

Potrzeba utworzenia oddziału urologii w Szpitalu Wojewódzkim została zaakceptowana przez władze samorządowe województwa i wojewodę oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Jego powstanie zostało ujęte w mapowaniu potrzeb zdrowotnych regionu.

– Oczekiwania pacjentów zmobilizowały do podjęcia już teraz zabiegów operacyjnych w Szpitalu Wojewódzkim. Efektem tego było wykonanie wyżej wymienionego zabiegu – mówi dr Purpurowicz. – Nowoczesna urologia to urologia małoinwazyjna, czyli operacje wykonywane laparoskopowo lub robotycznie oraz endoskopia. Moim marzeniem jest stworzenie takiego oddziału w Szpitalu Wojewódzkim. Jego potencjał, który tworzą m.in. oddział nefrologii, dział diagnostyki obrazowej, oddział chirurgii naczyniowej i oddział transplantologii pozwolą nowocześnie leczyć wspólnie najtrudniejsze przypadki.

Do czasu zmian w finansowaniu ochrony zdrowia, które mają zacząć obowiązywać wraz z wejściem w życie tzw. sieci szpitali od października 2017 r. w Szpitalu Wojewódzkim będą wykonywane zabiegi w ramach szybkiej terapii onkologicznej. Takie operacje będą wykonywać także kilku innych urologów.

– Jeżeli nic nie stanie na przeszkodzie oddział urologiczny w Szpitalu Wojewódzkim zacznie działać od stycznia 2018 r. – mówi dr Zbigniew Purpurowicz.

Przemysław Prais

Pamięć i jej zagadki

cz. 24

Jedną z najciekawszych zagadek pamięci jest sposób tworzenia długotrwałych wspomnień. Jak to się dzieje, że ślad pamięciowy może być przechowywany przez lata? Najnowsze badania z użyciem technik optogenetycznych rzucają nieco światła na wspomnianą zagadkę.

Biologia pamięci z pozoru jest krótka. U podstaw czegoś, co na różne sposoby określamy procesami pamięciowymi tkwią ich realne odpowiedniki – engramy. Engramy to różne biochemiczne i fizjologiczne procesy umożliwiające przechowywanie, odtwarzanie i odświeżanie danych w układzie nerwowym. Kariera tego terminu ma już prawie sto lat – od czasu, gdy w 1921 r. zoolog Richard Semon użył go po raz pierwszy. Pomimo tego przeglądy badań z 2017 r. wskazują, że aktualna nasza wiedza na temat engramów nie jest niestety pełna. Jednym z problemów jest znaczne rozproszenie badań na różnych poziomach – od pojedynczych komórek najczęściej w modelach zwierzęcych do analiz uszkodzonego ludzkiego mózgu (np. wskutek udaru). W efekcie nie bardzo wiadomo, jak ściśle połączyć wiedzę molekularną z konkretnymi zachowaniami i jak dokonać translacji z badań na zwierzętach do zachowań typowo ludzkich. Dodatkowym utrudnieniem jest fakt, że nie ma czegoś takiego, jak „pamięciowy" obszar mózgu. Różne rejony mózgowia nie działają w próżni i są ze sobą powiązane funkcjonalnie. Przykładowo, struktury hipokampów – przedmiot setek badań nad pamięcią – posiadają projekcje m.in. do ciał migdałowatych, kory przedczołowej i przedniego zakrętu obręczy kory angażując się w powstawaniu odpowiednio strachu, lęku i zachowań ukierunkowanych na nagrodę. Do hipokampów z kolei wiodą połączenia np. z kory śródwęchowej, która odpowiada za pamięć przestrzennych i czasowych właściwości zdarzeń (na ten temat zob. ostatni odcinek naszej serii).

Opisywane w poprzednich odcinkach techniki optogenetyczne (w skrócie: włączenie do komórek nerwowych materiału reagującego na światło i sterowanie aktywnością neuronów) pozwalają odkrywać nowe rejony w zakresie anatomii i fizjologii engramów pamięciowych. Wartość tych metod polega głównie na tym, że można precyzyjnie obserwować populacje neuronalne aktywne zarówno podczas tworzenia zapisu danych oraz w czasie ich wydobywania.

ENGRAMY PAMIĘCI EPIZODYCZNEJ

W typowych modelach obszarem tworzenia pamięci epizodycznej są hipokampy. Z poprzedniego odcinka wiemy, że poza hipokampami kluczowa jest także kora śródwęchowa, w której prawdopodobnie powstaje pierwszy zapis doświadczanych zdarzeń i następnie zostaje przekazany do hipokampów. Z różnych badań wiadomo, że informacje o zdarzeniach są przechowywane w hipokampach przez krótki okres czasu. Potem – jak przewidywały modele teoretyczne – te krótkotrwałe informacje zostają utrwalone w innych obszarach kory mózgowej. W przypadku uszkodzeń hipokampa nie dochodzi do utrwalenia informacji, czego dowodem są studia zachowań ludzi z takimi właśnie uszkodzeniami. Są oni w stanie przechowywać nowo wyuczone informacje od kilkunastu do kilkudziesięciu sekund, po czym informacje bezpowrotnie zanikają (więcej na ten temat zob. odcinek 12 naszej serii, Puls Szpitala nr 42/1).

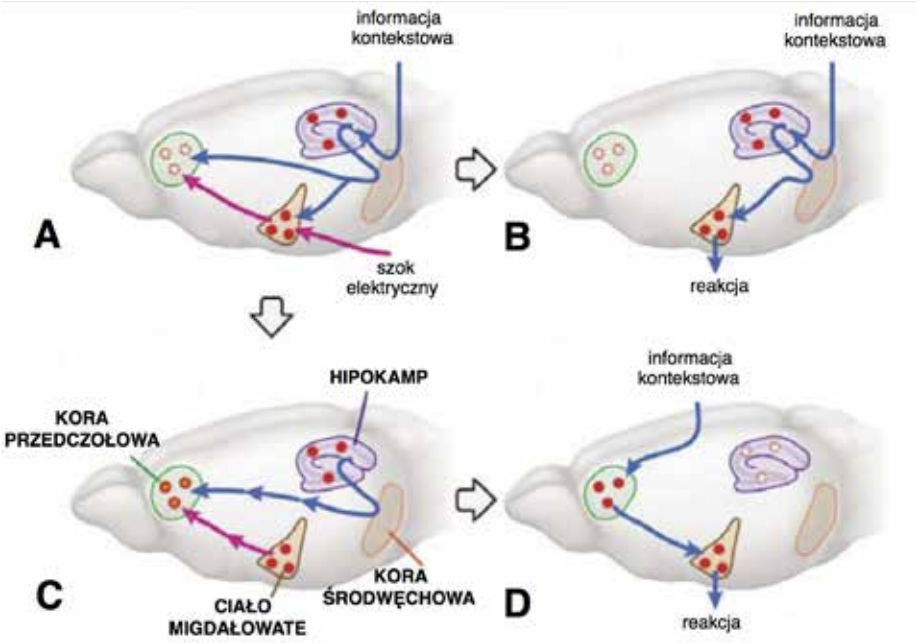
O tym jak taki proces konsolidacji pamięciowej rzeczywiście może przebiegać przekonują ostatnie badania optogenetyczne. Zespół Kitamury z RIKEN-MIT Center for Neural Circuit Genetics wykazał, że – częściowo wbrew dotychczasowym modelom – utrwalanie engramu w korze realizuje się w tym samym czasie jak odpowiednie engramy w hipokampach. Czyli coś, co miało być później zgodnie z przewidywaniami, odbywa się w tym samym czasie.

MODUŁY ODLEGŁEJ PAMIĘCI

W badaniu zespołu Kitamury początkowo podawano myszom łagodne szoki elektryczne w określonych warunkach. W takich okolicznościach myszy typowo zastygają w bezruchu. Następnie badacze oznakowywali aktywne komórki w trzech obszarach: w hipokampie, korze przedczołowej i w podstawno-bocznych obszarach ciał migdałowatych (obszary te pełnią różne funkcje w pamięci kontekstu i pamięci emocjonalnej). Dzięki modyfikacji optogenetycznej komórek można było je precyzyjnie aktywować w różnym czasie i obserwować zachowanie zwierząt. Gdy aktywacja powodowała charakterystyczne zastyganie z bezruchu, wtedy było wiadomo, że mysz przypomina sobie o zdarzeniu z szokiem elektrycznym. Poza tym umieszczanie myszy

W trzech zdaniach

1. Jedną z zagadek pamięci jest utrwalanie śladów pamięciowych – engramów.
2. Dotychczasowe modele zakładały, że tworzenie długotrwałych wspomnień epizodycznych wymaga aktywności hipokampów i następnie obszarów kory mózgowej.
3. Nowe badania optogenetyczne wskazują, że długotrwały ślad pamięciowy w korze przedczołowej powstaje bardzo szybko, ale wymaga odroczonego czasu na stabilizację.



Nowy model konsolidacji pamięci epizodycznej

A – faza zapisu (dzień 1). Informacja kontekstowa (miejsce, czas) zostaje zakodowana w korze śródwęchowej, hipokampie i korze przedczołowej. Informacja o szoku elektrycznym zostaje zapisana w obwodzie ciało migdałowate – kora przedczołowa.

B – faza krótkotrwałego przypominania (kolejny dzień). Zapisana w hipokampie informacja kontekstowa aktywuje ciało migdałowate i powoduje reakcję lękową.

C – faza dojrzewania engramu (do 11 dnia). Zapis z hipokampa i kory śródwęchowej stopniowo słabnie, natomiast wzmacnia się engram w korze przedczołowej.

D – faza odroczonego przypominania (powyżej 12. dnia). Informacja kontekstowa zapisana i utrwalona w korze przedczołowej wyzwala reakcję lękową przez pośrednictwo ciała migdałowatego. W tym czasie w hipokampie zostają wyłącznie śladowe informacje o zdarzeniu.

Źródło: Kitamura T. i in. (2017), Engrams and circuits crucial for systems consolidation of memory. *Science*, 356, 73-78. Adaptacja własna.

w miejscu, gdzie otrzymywały szoki elektryczne, także pozwało na śledzenie aktywności komórek pamięci.

Okazało się, że już po jednym dniu od podawania szoków elektrycznych aktywne były nie tylko komórki hipokampa, ale także komórki kory przedczołowej. Co ciekawe, te ostatnie komórki nie były w pełni aktywne – chociaż powodowały zastyganie myszy w bezruchu podczas stymulacji światłem (gdy były wirtualnie aktywizowane), to nie były aktywne, gdy wkładano zwierzęta do miejsca podawania szoków elektrycznych. Według zespołu Kitamury takie odkrycie pozwala sądzić, że engramy w korze przedczołowej powstają bardzo szybko wraz z engramami w hipokampach, ale nie są jeszcze wystarczająco uformowane, aby powodować reakcje kontekstowe (zastyganie w bezruchu w określonym miejscu skojarzonym z szokiem elektrycznym).

Dojrzewanie śladu pamięciowego w komórkach przedczołowych trwało prawie dwa tygodnie. Dopiero wtedy optogenetyczna aktywacja światłem tych komórek powodowała charakterystyczne zastyganie w bezruchu. W tym samym czasie ślad pamięciowy w hipokampie ulegał stopniowemu osłabieniu. Umieszczanie zwierząt w miejscu, w którym poprzednio podawano szoki elektryczne nie wyzwalało reakcji strachu. Czyli zwierzęta powoli zapominały o epizodzie. Niemniej jednak, gdy badacze aktywizowali światłem komórki hipokampa, wtedy występowała reakcja zastygania w bezruchu. A więc jakieś ślady z epizodu warunkowania nadal pozostały w hipokampie, ale były już na tyle słabe, że nie powodowały naturalnej reakcji przypomnienia o epizodzie.

Warto też dodać, że w ciągu całego badania monitorowane komórki w ciałach migdałowatych ujawniały niezmienioną aktywność. Według zespołu Kitamury te komórki prawdopodobnie pośredniczą w przekształceniu się śladu pamięciowego z krótkotrwałego (w hipokampach) w długotrwały (w korze przedczołowej), gdyż w obu wypadkach wymagana jest stosowna reakcja emocjonalna (zastyganie w bezruchu).

PERSPEKTYWY

Na tym zakończymy temat optogenetyki pamięci, który przewijał się przez ostatnie 4 numery Pulsu Szpitala. Techniki optogenetyczne umożliwiają włączenie do komórek nerwowych materiału reagującego na światło i sterowanie aktywnością neuronów lub grup neuronów. Dzięki temu udało się wykazać interesujące obszary dalszych badań nad pamięcią:

1. Stymulacja zmodyfikowanych neuronów przy pomocy światła może wykasować określone ślady pamięciowe (zapominanie) lub wytworzyć zupełnie nowe wspomnienia (fałszywa pamięć).

2. Metody optogenetyczne umożliwiają wprowadzanie zmian w pamięci emocjonalnej, np. osłabienie objawów depresyjnych lub nasilenie stanów lękowych.

3. Modyfikacja optogenetyczna neuronów pozwoliła uzyskać nowe informacje na temat działania pamięci epizodycznej, związanej z zapamiętywaniem i odtwarzaniem zdarzeń. Zapis informacji przestrzennej (gdzie to było) i czasowej (kiedy to było) o danym zdarzeniu realizuje się w specjalnych komórkach oceanicznych i wyspowych kory śródwęchowej. Otwiera to nowe perspektywy w diagnozie i farmakoterapii chorób neurodegeneracyjnych, gdyż właśnie kora śródwęchowa jest najszybciej uszkadzana np. w chorobie Alzheimera.

4. Dzięki zastosowaniu technik optogenetycznych udało się ustalić połączenia neuronalne odpowiedzialne za utrwalanie śladu pamięciowego w korze przedczołowej z jednoczesnym osłabianiem zapisu w hipokampach.

W następnych odcinkach przyjrzymy się bardziej systematycznie różnym zaburzeniom pamięci, w tym takim, które występują w różnych chorobach neurodegeneracyjnych.

dr Piotr Markiewicz

Chcesz wiedzieć więcej?

Kitamura T. i in. (2017), Engrams and circuits crucial for systems consolidation of memory. *Science*, 356, 73-78.

Denny C.A. i in. (2017), From engrams to pathologies of the brain. *Frontiers in Neural Circuits*, 11, article 23.

Warsztaty dla opiekunów rodzinnych

Specjaliści z Oddziału Rehabilitacyjnego przedstawili zasady opieki nad osobami niepełnosprawnymi i obłożnie chorymi w warunkach domowych. Uczestnicy zgodnie stwierdzili, że dowiedzieli się wielu nowych informacji.

W piątek 19 maja spotkanie szkoleniowe „Dzień Opiekuna" otworzyła Irena Kierzkowska, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, która powitała gości i życzyła im udanych zajęć.

Rozpoczął je ilustrowany pokazywanymi na ekranie rysunkami wykład dr Agnieszki Osowskiej, ordynatora Oddziału Rehabilitacyjnego o podstawach kinestetyki, czyli nauki odczuwania ruchu w interakcji chory-opiekun. Uczestnicy, głównie osoby zajmujące się w swoich domach ciężko chorymi pacjentami, dowiedzieli się m.in. jak takie osoby odczuwają próby zmiany ich pozycji oraz jak należy współdziałać, by osiągnąć zamierzony cel bez wkładania nadmiernego wysiłku. Dr Osowska porównała to do tańca, w którym jeden z uczestników musi prowadzić drugiego. Następnie wyświetliła trzy krótkie filmy, na których zaprezentowano sposoby zmiany pozycji chorego z zastosowanie technik kinestetycznych, polegających m.in. na spiralnym przesuwaniu pacjenta.

Potem przyszła pora na zajęcia praktyczne, podczas których uczestnicy z pomocą Agnieszki Adamowicz, fizjoterapeutki ćwiczyli poszczególne czynności, wykonywane przy podopiecznych. Prowadząca zajęcia kładła na szpitalne łóżka przywiezione na salę wykładową opiekunkę i prezentowała wraz z nią jak np. obrócić chorego na drugi bok, czy jak przesadzić go na wózek inwalidzki. Uczestnicy zadawali pytania na temat sposobów przemieszczania pacjentów, a Agnieszka Adamowicz wraz z dr Osowską przedstawiały praktycznie jak powinny wyglądać poszczególne działania.

Spotkanie zakończył wykład neurologopedy Marzeny Woźniak, która za pomocą multimedialnej prezentacji opowiedziała jakie są objawy oraz metody leczenia zaburzeń połykania u osób po udarach oraz innymi schorzeniami utrudniającymi przyjmowanie pożywienia. Najważniejszą zasadą jest karmienie takich pacjentów w pozycji siedzącej – podawanie pokarmu osobie leżącej może się bowiem skończyć jego dostaniem do dróg oddechowych, co może skutkować zachłystowym zapaleniem płuc. Można się było również dowiedzieć m.in. o sposobach pobudzania apetytu, podawania płynów, a także jak ważne jest dbanie o toaletę jamy ustnej osoby, która sama nie jest w stanie tego zrobić. Także tutaj prelegentka odpowiadała na pytania zebranych oraz pokazywała w praktyce, jak radzić sobie w takich sytuacjach.

Uczestnicy warsztatów zgodnie przyznawali, że w ich trakcie usłyszeli wiele ciekawych informacji, które ułatwią im opiekę nad chorymi. – Zajmuję się moją teściową, która wymaga ciągłej opieki – powiedziała jedna z nich. – To osoba po wylewie, której na szczęście udało się z niego wyjść, ale niedawno na skutek upadku doznała złamań. Największym kłopotem są dla mnie problemy z jej karmieniem. Dzięki dzisiejszemu spotkaniu dowiedziałam się jak do tego podejść, by mogła połykać.

Także inna pani zajmująca się od kilku lat chorym na Alzheimera, cierpiącym także na zwyrodnienie stawów nie ukrywała zadowolenia po zajęciach. – Najwięcej problemów mam z obracaniem mojego podopiecznego na drugi bok, ułożeniu go w pozycji siedzącej, czy przesadzeniem na wózek – mówiła po warsztatach. – Teraz wiem już znacznie więcej na temat, a zdobyte umiejętności postaram się zastosować w praktyce.

Usatysfakcjonowana przebiegiem spotkania była również dr Agnieszka Osowska. – Przyszły na nie osoby, które rzeczywiście potrzebowały informacji na temat opieki nad niepełnosprawnymi. Świadczyło o tym zarówno ich zaangażowanie w warsztatach, jak i pytanie zadawane podczas całego spotkania.

Spotkanie odbyło się w ramach XIX Warmińsko-Mazurskich Dni Rodziny, organizowanych w dniach 9 maja – 12 czerwca przez Urząd Marszałkowski, które w tym roku przebiegać będą pod hasłem „Miłość w rodzinie nigdy nie zginie".

Przemysław Prais

Doceniona praca
diagnostów laboratoryjnych

Z okazji Ogólnopolskiego Dnia Diagnosty Laboratoryjnego kosze ze słodyczami, kawą i herbatą przekazała dyrektor Irena Kierzkowska kierownikom czterech komórek Szpitala wykonujących badania. – To skromny dowód uznania za świetną pracę – mówiła.

W piątek 26 maja, w przeddzień święta diagnostów pani dyrektor spotkała się w swoim gabinecie z mgr Beatą Drozdowską, kierującą Medycznym Laboratorium Diagnostycznym, dr Leną Drozdowska-Rams szefującą Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej, dr Anną Rozicką, zastępcą kierownika Działu Patomorfologii oraz mgr Beatą Muraszko, zastępcą kierownika Zakładu Bakteriologii. Każda z pań otrzymała kosz podarunkowy z prośbą o przekazanie swoim podwładnym. – Wasze święto to okazja do przekazania najlepszych życzeń w podziękowaniu za niezwykle ważną dla Szpitala pracę – powiedziała dyrektor Kierzkowska, która także na internetowych stronach WSS w Olsztynie zamieściła wyrazy wdzięczności: „Zawód diagnosty laboratoryjnego to wciąż jeden z zawodów medycznych darzonym największym zaufaniem społecznym, wymagający przeprowadzania coraz bardziej skomplikowanych badań analitycznych oraz stałego podnoszenia kwalifikacji i podnoszenia jakości. To dzięki precyzyjnym wynikom i analizom lekarz może postawić trafną diagnozę, a co za tym idzie wybrać właściwy sposób leczenia pacjentów" – napisała.

Nagrodzone, które również w imieniu swoich podwładnych odebrały podarki nie ukrywały radości. – Nasze panie były zachwycone, że nas doceniono, robiły sobie nawet zdjęcia z koszem – opowiadała Beata Drozdowska. – Podzieliliśmy się słodyczami z wszystkim 22 osobami zatrudnionymi w laboratorium, z których 9 to diagności.

– Moje koleżanki bardzo ucieszyły się z prezentu, od razy spróbowałyśmy herbatki – dodała Beata Muraszko, której komórka zatrudnia w sumie 10 osób, w tym 6 diagnostów.

Dr Anna Rozicka dodała zaś, że cała piątka diagnostów (są jeszcze dwie osoby w trakcie studiów z analityki medycznej) była bardzo miło zaskoczona. – Prezent bardzo nas ucieszył, zrobiliśmy sobie małą przerwę kawową – stwierdziła z uśmiechem.

Dr Lena Drozdowska-Rams podkreśliła z kolei, że piątkowe spotkanie było bardzo ważne dla pracowników Szpitala, takich jak 9 diagnostów z kierowanej przez nią pracowni, którzy na co dzień nie są widywani przez pacjentów. – Cieszymy się, że nasze wysiłki zostały docenione przez panią dyrektor.

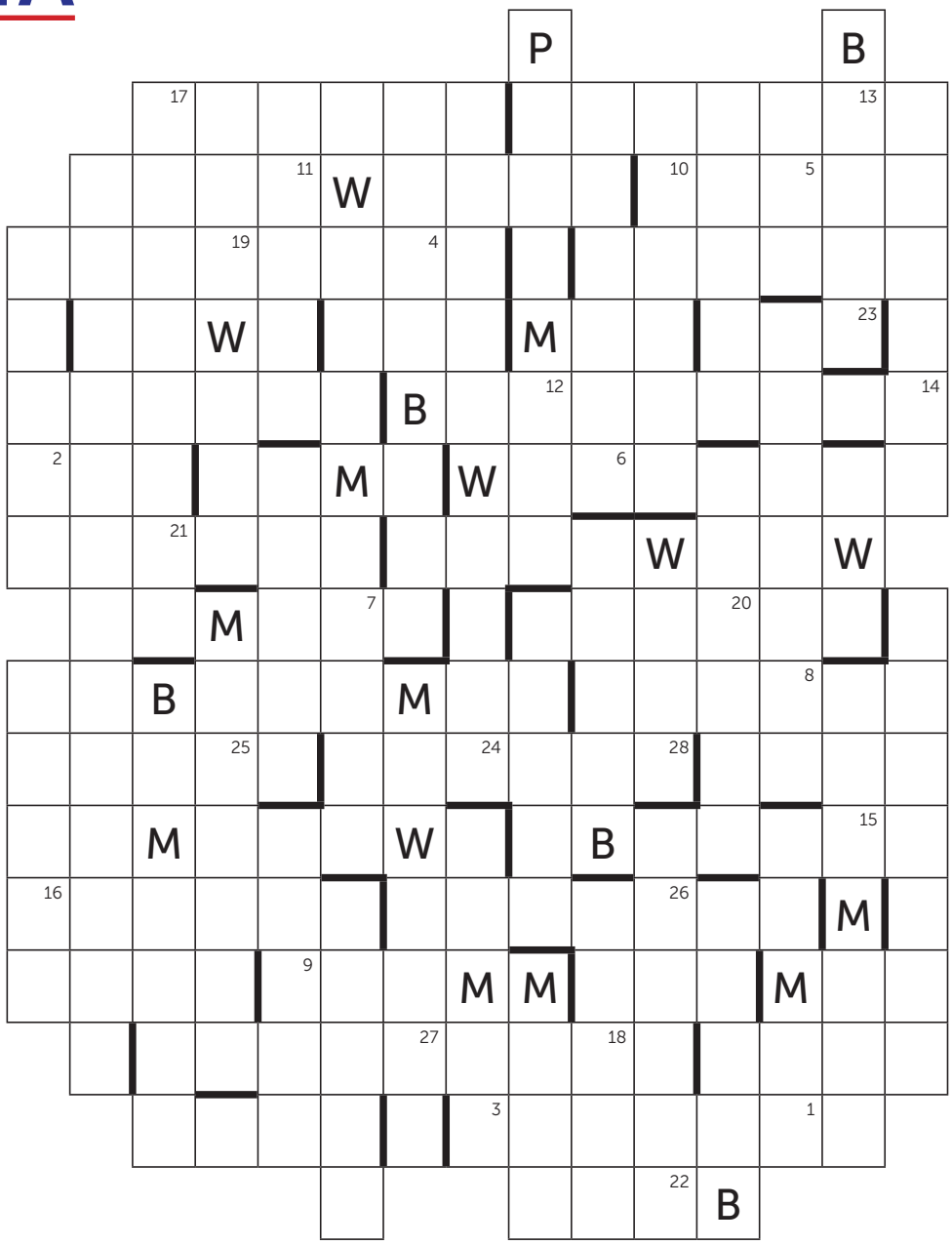
Przemysław Prais

Medyczne Laboratorium Diagnostyczne – czynne jest całodobowo. Nowoczesne wyposażenie gwarantuje wykonywanie pełnego zakresu badań laboratoryjnych, łącznie z wysokospecjalistycznymi (badania genetyczne, wirusologiczne, itd.). Laboratorium posiada certyfikat i zaświadczenia kontroli jakości badań wydany przez centralny Ośrodek Badań i Diagnostyki Laboratoryjnej oraz certyfikaty potwierdzające udział w międzynarodowych kontrolach jakości badań.
Dział Patomorfologii – zajmuje się rozpoznawaniem, klasyfikacją oraz czynnikami terapeutycznymi i prognostycznymi chorób na podstawie zmian morfologicznych w tkankach i narządach. Jako jedyny w województwie warmińsko-mazurskim posiada Akredytację Polskiego Towarzystwa Patologów. Potwierdza ona wysoką jakość pracy, pokazuje, że dział spełnia wszelkie techniczne i merytoryczne standardy i wytyczne programu POLQA, czyli programu Zapewnienia Jakości w Patomorfologii.
Zakład Bakteriologii – wykonuje diagnostykę zakażeń bakteriologicznych i grzybiczych oraz bierze udział w kontroli zakażeń szpitalnych. To nowoczesne laboratorium mikrobiologiczne, jedno z najlepiej wyposażonych zakładów w województwie warmińsko-mazurskim. Posiada wysokiej jakości aparaturę, służącą do wykonywania badań bakteriologicznych: automatyczny analizator bakteriologiczny, automatyczny system do wczesnego wykrywania obecności bakterii i grzybów w krwi i płynach ustrojowych
Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej – pracuje przez całą dobę. Wykonuje badania m.in.: próba zgodności serologicznej między biorcą a dawcą, diagnostyka konfliktu matczyno-płodowego (diagnostyka ChHN – badanie z próbki krwi matki i noworodka w kierunku konfliktu AB0), badania wykonywane przed przetoczeniem krwi bez próby zgodności u noworodków i niemowląt do 4-go miesiąca życia, badanie kwalifikacyjne do podania immunoglobuliny anty-D, wydanie karty grupy krwi (na podstawie dwóch wyników badań grupy krwi pochodzących z dwóch próbek pobranych w różnym czasie).

54 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 78 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, M i W. Na ponumerowanych polach ukryto 28 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim myśl Winstona Churchilla.

Jerzy Badowski



- szkorbut lub krzywica
- dał nam przykład, jak zwyciężać
- druga rzeka Płw. Iberyjskiego
- najliczniejsi z chrześcijan
- patron olsztyńskiej katedry
- noblista z literatury (2016)
- Cesar, szwajcarski król hotelarzy
- synowie Uranosa i Gai
- torby pod oczami
- Neil, rockandrollowiec, śpiewał „Oh, Carol"
- słynne uzdrowisko w Gryzonii
- zapoczątkował reformację
- jurny na podwórku
- izraelski kałasznikow
- rdzenny mieszkaniec Nowej Gwinei
- rezystor
- chirurgiczne nacięcie płata mózgu
- tworzenie się warstewki tlenku na powierzchni glinu
- kraj z Wientian
- bracia od okrutnych bajek
- pomómik, kupalnik
- mędrzec ze Wschodu
- twórca Jaka
- pierwsza kondygnacja
- zmartwienie, kuratela
- krewny po matce
- imię Dymszówny
- siekierka Winnetou
- tumak lub kamionka
- lotnik balonowy
- płynie przez Graz
- obiekty krążące wokół Ziemi
- zdjęty ze sznura
- Wielki Chiński
- pseudo Huberta Wagnera
- element z 2 warstw metalu
- zasada pirymidynowa
- Heinrich, twórca maszyny parowej ze stałym ciśnieniem pary
- pramatka
- siłacze
- wyspy albo aligatory
- syn Egigwy
- płynie przez Bihać
- objaw, symbol
- przymiotnik dla końcowego odcinka okrężnicy
- Żołnierska
- dolny bieg kenijskiej rzeki Athi
- szubka
- rzymska nimfa, opiekunka ciężarnych
- srebrny odpowiednik dukata
- wioska rybacka między Gdynią a Puckiem
- pierwszy barwnik syntetyczny
- przedrostek związany z wilgocią
- Instytut Pielęgnacji Jamy Ustnej
- w Asuanie lub Włocławku
- reakcja wymiany wodoru na grupę acylową
- tracheostomijna
- twórca
- autor „Dżumy"
- piłka zawadziła siatkę
- z rodziny ropuszkowatych
- kontener, zasobnik
- od Lizbony po Szanghaj
- nakrycie głowy, część stroju liturgicznego
- kwitną liliowo na halach
- Saudyjczyk lub Libijczyk
- Józef nauczyciel Chopina
- staropolska miara objętości ciał sypkich
- przerywanie ciąży
- dawna Shaba
- błazen, śmieszek
- Michaił, szachowy mistrz świata (1960-61)
- nauka o pasożytnictwie

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28		

Rozwiązanie krzyżówki nr 53 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 54): **„Nie śmierci się boimy, ale myśli o niej"**. Nagrodę otrzymuje Aneta Tarasiuk z Zakładu Medycyny Nuklearnej. Gratulujemy! Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.