

REKORD ŚWIATA, ABSOLUTNY REKORD ŚWIATA

Właśnie skończyło się kalendarzowe lato i w tym bardzo pięknym ciągle jeszcze letnim słońcu powoli mija rok od momentu, kiedy we wszystkich ośrodkach noworodkowych ruszył nasz Program. Z ogromnymi obawami uruchamialiśmy wszystko już w maju zeszłego roku i okazało się, że wyniki przeszły nasze najśmielsze oczekiwania. Cały pierwszy stopień, czyli 446 ośrodków przyczynił się swoją niesamowicie oddaną i wspaniałą pracą do uzyskania wyniku, który w ciągu jednej chwili uplasował nas na czele państw całego świata- słuchajcie, ale to brzmi, jeśli chodzi o populacje wszystkich zbadanych dzieci. Praktycznie niemal każdy noworodek przeszedł nasze badania i dopiero na początku przyszłego roku, kiedy zbierzemy wszystkie informacje z GUS-u będziemy mogli podać już oficjalną liczbę przebadanych dzieci. Dzisiaj przyjmujemy, że w ciągu roku kalendarzowego przebadanych zostało około 97,8 % wszystkich narodzonych dzieci w kraju.

I w tym numerze uszką chcielibyśmy się podzielić z Wami wszystkimi zebranymi uwagami przemyśleniami i planami na przyszłość.

Jeszcze raz OGRÓMNE dzięki i zagrzyjcie do środka tam także lista nagrodzonych sprzętem medycznym oddziałów noworodkowych. Na ten wynik złożyła się przede wszystkim ogromna, wspaniała i w dzisiejszych czasach nie do ocenienia pomoc całego personelu medycznego i lekarzy, którzy chcieli przyjąć na siebie dodatkowe zajęcia. I stopień, czyli oddziały noworodkowe wypełniały i wypełniają nadal te zajęcia bardzo dobrze - widzimy to po naszych kontaktach oraz ilości tak zwanych awarii. Pani dr Marzanna Radziszewska koordynator medyczny naszego programu podzieli się uwagami na ten temat. Ja tylko dodam, że Pani dr Radziszewska niezwykle skrupulatnie i chłodno podchodzi do wszystkich raportów. Bardzo surowo ocenia także i te ośrodki, w których ilość popełnionych błędów jest większa niż przeciętna. Musicie sobie Państwo wziąć to do serca i chociaż ogólny wynik mówi o dobrej pracy to jednak postaramy się wyeliminować wszystkie te sytuacje, w których odstajemy od reguły.

Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków spowodował jedno - nigdy dotąd na taką skalę nie prowadzono takich badań. My bardzo byliśmy ostrożni, jeśli chodzi o sposób jego realizacji i zakładaliśmy, że sukcesem już będzie przebadanie 60-70 % noworodków. Ta szczelność programu doprowadziła do wielkiego „tłoku” we wszystkich oddziałach audiologicznych. Mówimy tutaj o II poziomie naszego programu gdzie trafia dziecko z podejrzeniem uszkodzenia słuchu. Oprócz pojedynczych przypadków gdzie ośrodki niechętnie z nami współpracują (bywa, że wręcz nie korzystają z naszych urządzeń), czyli w żadne sposób nie uczestniczą w programie. Większość z 55 ośrodków II poziomu została po prostu zapchana pacjentami. W tych badaniach są zaległości, ale już nie czynnik ludzki tutaj zawinił. Wydaje nam się, że powinno powstać drugie tyle ośrodków do badań audiologicznych. Czy mogą one powstać??? Czy są na to pieniądze i odpowiednie ekipy w dodatkowych 50 miejscach??? Czy nadal właśnie lekarze związani z II poziomem zechcą bezpłatnie prowadzić nasz program w miarę swoich możliwości??? Na te pytania także w dalszej części uszka. I na koniec to wszystko ma wpływ na III stopień, gdzie dziecko jest protezowane i rehabilitowane. Zaczynając tak szybko leczenie, które ma być wynikiem tego programu zakładamy, że każdy tydzień, miesiąc liczy się niezwykle w skuteczności działania. Program spowodował, że do dnia dzisiejszego zaprotezowano 45 niemowląt. Ile niemowlaków w skutek braku możliwości zrobienia badania na II poziomie nie rozpoczęło w odpowiednim czasie leczenia???

200 tysięcy, czyli dwójka i pięć zer. Coś fantastycznego!!! Po prostu nie do wiary, że tak wspaniale realizowany jest cały program dzięki fantastycznej i bardzo zaangażowanej pracy przede wszystkim – personelu medycznego i lekarzy w szpitalach I stopnia.

To właśnie tam badane są wszystkie noworodki i widzimy, że badania te przebiegają niezwykle sprawnie o czym także mogliśmy się przekonać naocznie. Właśnie skończyliśmy realizować krótki film mówiący o całym programie, który będzie pokazywany na VII Międzynarodowej Konferencji Implantów Ślimakowych i Medycyny Audiologicznej.

Pomyśleliśmy, że zamiast wykładu pokażemy 15-minutowy film, który wyjaśni wszystkim całe nasze dokonania.

Na własne oczy wraz z ekipą filmową zobaczyliśmy w losowo wybranych szpitalach położniczych, jak badania te są prowadzone. Byliśmy w Ostrołęce, w Warszawie, w Łodzi, w Toruniu, w Kwidzynie oraz w Poznaniu. Szpitale duże, kliniczne i te mniejsze, lokalne.

Serce się raduje i po prostu – tętni ogromnym optymizmem.

I o tym w dzisiejszym Uszku, a także bardzo ważne podsumowanie dr Marzanny Radziszewskiej.

Sie ma Juell Oronal
d pnyjauiele

Drodzy Państwo, Drodzy Przyjaciele.

Wiadomo już, że przez kolejny rok a nawet jeszcze następny i następny Fundacja będzie w pełni finansowała wszystko to, co jest związane z tym programem. Chcemy otwierać kolejne ośrodki chcemy wpływać na to, aby zdobywać najnowocześniejszy sprzęt dla audiologów. Chcemy przeznaczać środki na serwis sprzętu, który już posiadamy. Taka jest rzeczywistość i nie ma co tracić czasu na pretensje i żale skierowane do Ministerstwa Zdrowia. Pragniemy jednego, aby w żaden sposób nie zaprzepaścić tego, co już osiągnęliśmy. Usprawniamy to, spowodujemy, aby mieć jeszcze większy powód do dumy.

WIELKA PROŚBA!!! Pomóżcie nam to dalej realizować, nie ponad siły, nie ponad swoje możliwości. Poświęćcie temu, co już poświęciliście- swój czas i swoje umiejętności. Ale jeśli komuś ten program nie odpowiada to błagamy nie przeszkadzajcie i nie nadużywajcie naszej cierpliwości. Po prostu wystarczy jasno powiedzieć, że nie chcecie tego robić, a wtedy natychmiast będziemy szukali innego miejsca. Zapraszam teraz do sprawozdania przygotowanego przez Panią dr Marzannę Radziszewską.

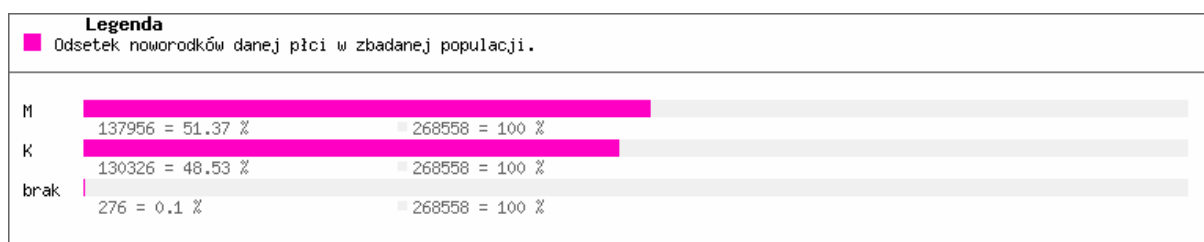
Drogie koleżanki i koledzy,

Zbliża się rok od chwili, kiedy Program Powszechnych Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków organizowany przez Fundację Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy został wdrożony we wszystkich ośrodkach neonatologicznych w Polsce. Podsumowaliśmy kolejny etap naszej wspólnej pracy. Przeanalizowaliśmy starannie dane zgromadzone w bazie od początku działania Programu do 2003-08-05.

A. Oddziały neonatologiczne

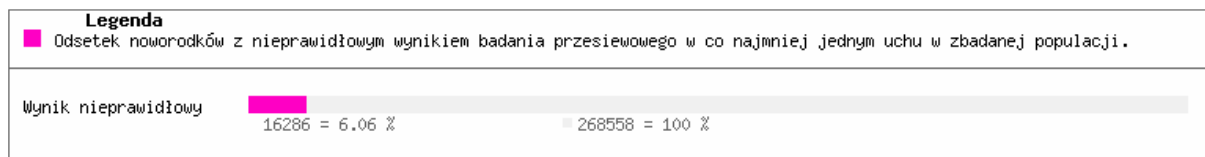
W tym czasie wykonano badanie przesiewowe u 268 558 noworodków (Ryc.1). Wg danych GUS nt. żywych urodzeń badania przesiewowe w kierunku uszkodzenia słuchu przechodzi 98,8% noworodków w Polsce. Nie ma więc wątpliwości, że Program spełnia kryteria powszechności, co jest ogromnym sukcesem zarówno jego organizatorów, jak i realizatorów.

Ryc.1 Noworodki, które przeszły badanie przesiewowe słuchu w okresie od 21.05.2002 do 05.08.2003 w rozbiciu na płeć.



W analizowanym okresie 16 286 dzieci - 6,1% (Ryc.2) opuściło oddziały noworodkowe z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego w co najmniej jednym uchu.

Ryc.2 Liczba noworodków, które opuściły oddział noworodkowy z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego w co najmniej jednym uchu.



Aż 165 (37%) oddziałów noworodkowych osiągnęło liczbę wyników nieprawidłowych nie przekraczającą 3%. Oczekiwany wynik 2% i poniżej – 91 (21%) oddziałów. Tab. I zawiera wykaz tych ośrodków.

Tab. I Wykaz oddziałów neonatologicznych, w których ilość noworodków z dodatnim wynikiem badania przesiewowego w co najmniej jednym uchu nie przekroczyła 2%.

l.p.	Kod ośrodka	Liczba zbadanych	Odsetek dzieci z wynikiem (+)	l.p.	Kod ośrodka	Liczba zbadanych	Odsetek dzieci z wynikiem (+)	l.p.	Kod ośrodka	Liczba zbadanych	Odsetek dzieci z wynikiem (+)
1.	af40	589	2,0	31.	ae16	776	1,6	61.	an22	425	0,9
2.	ab06	645	2,0	32.	aa06	65	1,5	62.	ab14	330	0,9
3.	an20	496	2,0	33.	af27	456	1,5	63.	an10	439	0,9
4.	ap08	297	2,0	34.	ai08	130	1,5	64.	ag15	999	0,9
5.	ah06	596	2,0	35.	af11	669	1,5	65.	ah07	669	0,9
6.	ah13	350	2,0	36.	af37	336	1,5	66.	al03	566	0,9
7.	ae22	517	1,9	37.	ac15	409	1,5	67.	an27	466	0,9
8.	ag03	833	1,9	38.	an16	492	1,4	68.	am14	375	0,8
9.	al52	52	1,9	39.	an19	425	1,4	69.	aa08	400	0,8
10.	al15	316	1,9	40.	ag17	362	1,4	70.	aa38	587	0,7
11.	af09	1224	1,9	41.	ag16	584	1,4	71.	al45	455	0,7
12.	ah12	213	1,9	42.	ac16	442	1,4	72.	aa16	355	0,6
13.	ac09	436	1,8	43.	ac27	297	1,4	73.	ac26	201	0,5
14.	ae13	273	1,8	44.	aa31	304	1,3	74.	ao12	597	0,5
15.	af51	219	1,8	45.	al49	615	1,3	75.	aa18	216	0,5
16.	ac21	168	1,8	46.	ag25	465	1,3	76.	ap09	245	0,4
17.	ai18	171	1,8	47.	an15	471	1,3	77.	af49	532	0,4
18.	ap26	400	1,8	48.	ak03	401	1,3	78.	ae15	554	0,4
19.	ac23	288	1,7	49.	al30	321	1,3	79.	ap04	293	0,3
20.	af29	917	1,7	50.	al32	484	1,2	80.	ag23	493	0,2
21.	ag06	412	1,7	51.	ac20	579	1,2	81.	ac24	514	0,2
22.	an02	1058	1,7	52.	an12	518	1,2	82.	aa39	52	0,0
23.	ab23	299	1,7	53.	af52	355	1,1	83.	ac10	191	0,0
24.	ao09	360	1,7	54.	al01	442	1,1	84.	ac18	52	0,0

25.	ae18	807	1,6	55.	ab12	534	1,1	85.	ad14	214	0,0
26.	ak10	311	1,6	56.	ah09	279	1,1	86.	ae20t'	1	0,0
27.	ak12	757	1,6	57.	aj10	837	1,1	87.	af28	361	0,0
28.	aa21	505	1,6	58.	ap21	392	1,0	88.	aj23	16	0,0
29.	aa26	768	1,6	59.	af34	1015	1,0	89.	ak14t'	1	0,0
30.	aa37	513	1,6	60.	aj16	624	1,0	90.	an11t'	1	0,0
								91.	an35	27	0,0

Niestety ciągle jeszcze na ogólną statystykę istotnie wpływają ośrodki ze słabymi wynikami. W 53 (12%) oddziałach noworodkowych ilość wyników nieprawidłowych przekracza 10%. Kolejna tabela (Tab. II) przedstawia ich zestawienie.

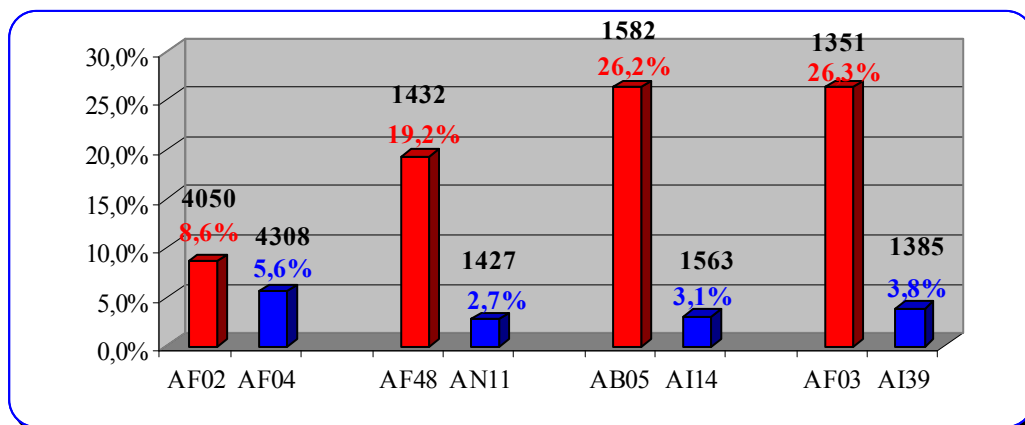
Tab. II Wykaz oddziałów neonatologicznych, w których ilość noworodków z dodatnim wynikiem badania przesiewowego w co najmniej jednym uchu przekroczyła 10%.

l.p.	Kod ośrodka	Liczba zbadanych	Odsetek dzieci z wynikiem (+)	l.p.	Kod ośrodka	Liczba zbadanych	Odsetek dzieci z wynikiem (+)
1.	ak16	664	52,86	27.	ak21	345	14,78
2.	ah05	135	44,44	28.	aj06	384	14,58
3.	al07	873	44,33	29.	al47	873	14,32
4.	ap18	15	40	30.	aa01	322	14,29
5.	ai19	85	36,47	31.	ac08	278	14,03
6.	ab02	1372	32	32.	ab09	119	13,45
7.	af03	1351	26,28	33.	af05	119	13,45
8.	ae06	114	25,44	34.	ag07	383	13,05
9.	ah02	81	24,69	35.	ak17	557	12,93
10.	af15	61	24,59	36.	ai02	1241	12,81
11.	ak01	889	23,85	37.	af39	55	12,73
12.	ae04	13	23,08	38.	ao05	338	12,72
13.	al06	364	20,6	39.	al22	551	12,7
14.	ak18	1285	19,84	40.	ac06	340	12,35
15.	af48	1432	19,2	41.	ak09	223	12,11
16.	ao16	240	19,17	42.	al50	135	11,85
17.	ah03	248	18,15	43.	ab24	415	11,57
18.	aa23	28	17,86	44.	ap01	694	11,53
19.	am07	586	17,41	45.	aj17	88	11,36
20.	af16	228	17,11	46.	al24	813	11,19
21.	ao24	523	16,44	47.	am13	263	11,03
22.	ai11	423	15,6	48.	aa28	1061	10,93
23.	al19	786	15,39	49.	ap05	554	10,83
24.	ai01	1660	15,18	50.	aa32	260	10,77
25.	af55	20	15	51.	aj03	1765	10,76
26.	ag01	140	15	52.	ag05	1659	10,37
				53.	an03	940	10,21

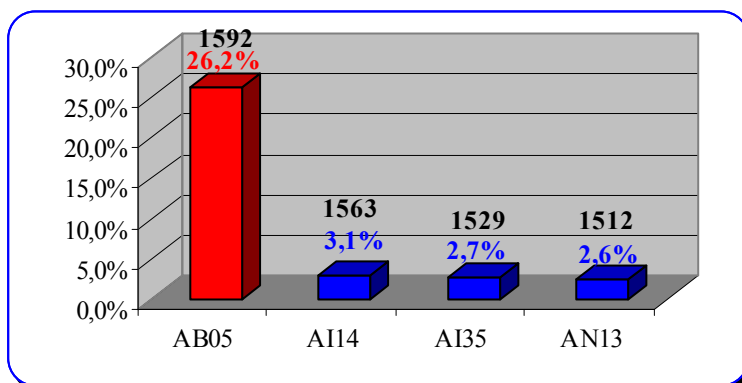
Z danych w Tabeli II wynika, że ilość oddziałów z liczbą urodzeń większą niż 1000 stanowi aż 17% (9), podczas, gdy wśród ośrodków mniejszą liczbą wyników nieprawidłowych (Tab. I) –3% (3), co mogłoby sugerować, że ilość badanych dzieci ma dość istotny wpływ na jakość wyników. Na kolejnym wykresie (Ryc.3) zestawiono jednak przykłady ośrodków z podobną liczbą urodzeń znacznie różniące się między sobą ilością nieprawidłowych wyników, co mogłoby sugerować, że jednak decydujące znaczenie dla jakości pracy ma czynnik ludzki –poziom umiejętności, chęci, itp.

Ryc.3 Porównanie odsetka wyników nieprawidłowych w szpitalach o podobnej liczbie urodzeń. Liczbę urodzeń dla każdego ośrodka zaznaczono kolorem czarnym. Kolorem niebieskim i pomarańczowym oznaczono odsetek wyników nieprawidłowych w każdym ośrodku.

A. Zestawienie par szpitali o podobnej liczbie urodzeń

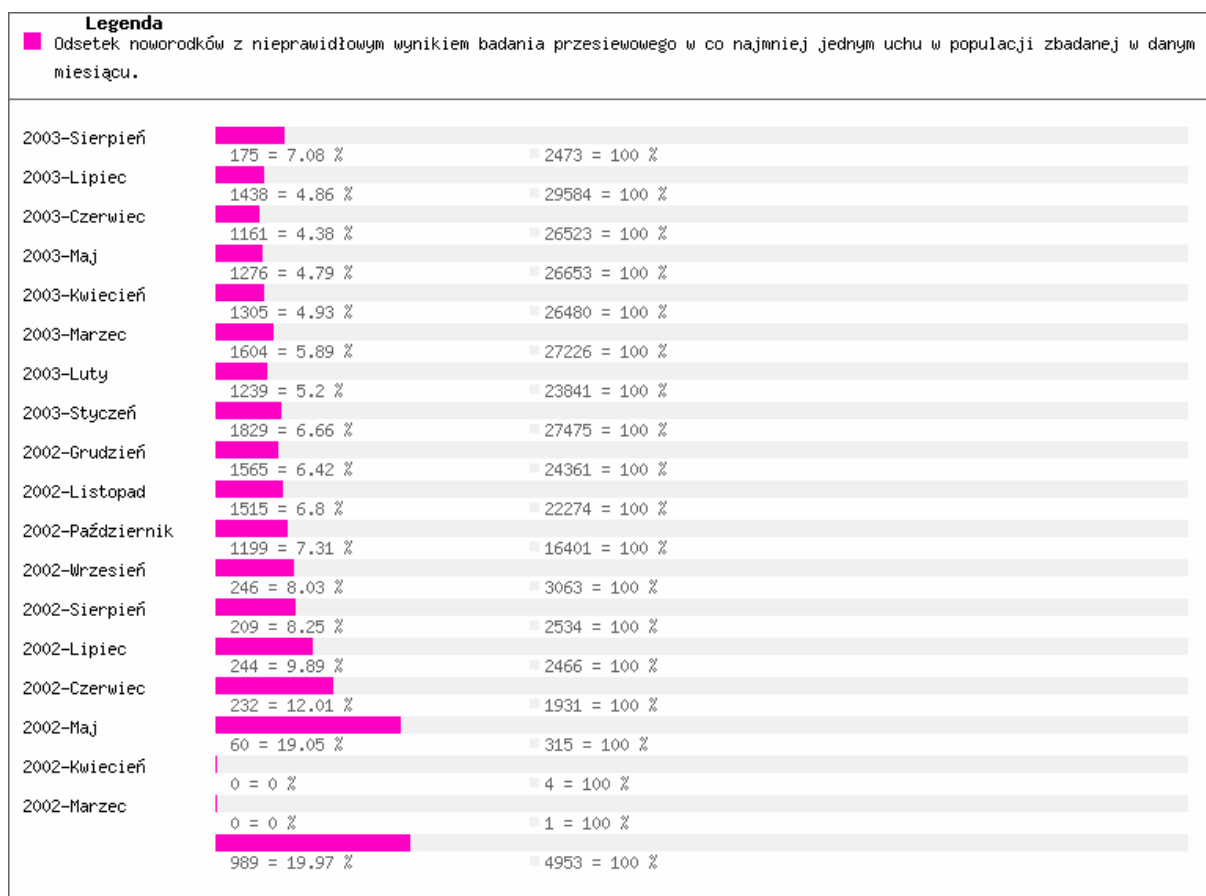


B. Zestawienie czterech szpitali o podobnej liczbie urodzeń



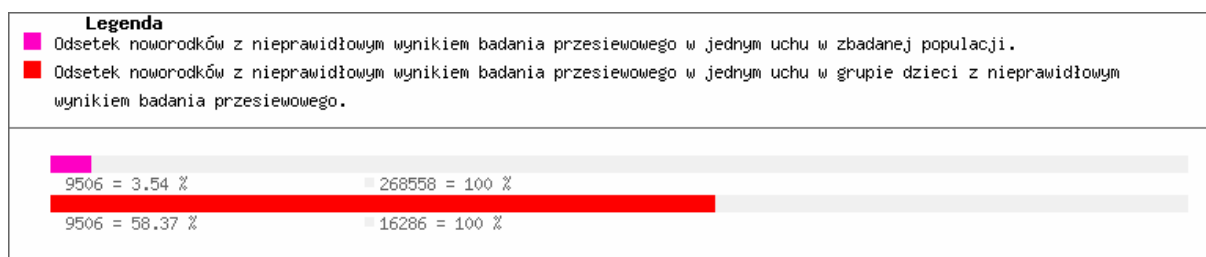
Z zestawienia odsetka dodatnich wyników badań przesiewowych w poszczególnych miesiącach od początku trwania Programu (Ryc.4) wynika, że spada on systematycznie, ale bardzo wolno – 0,2-0,4% co miesiąc. Przy aktualnym poziomie umiejętności personelu podlega też istotnym wpływom takich czynników jak ograniczenie liczby pracowników w sezonie urlopowym (wzrost o prawie 0,5% w lipcu w stosunku do czerwca). Oczekiwany wynik 1-2% dla całej badanej populacji wydaje się mało realny w najbliższym okresie bez podjęcia specjalnych kroków w tym kierunku (w lipcu- 4,86%). Słupek odzwierciedlający dane za sierpień nie jest brany pod uwagę w analizie, gdyż obejmuje zaledwie 5 dni tego miesiąca- zawiera więc dzieci, które nie przeszły jeszcze weryfikacji badania przesiewowego w przypadku pierwszego, nieprawidłowego wyniku.

Ryc.4 Odsetek noworodków z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego w co najmniej jednym uchu w poszczególnych miesiącach od początku trwania Programu



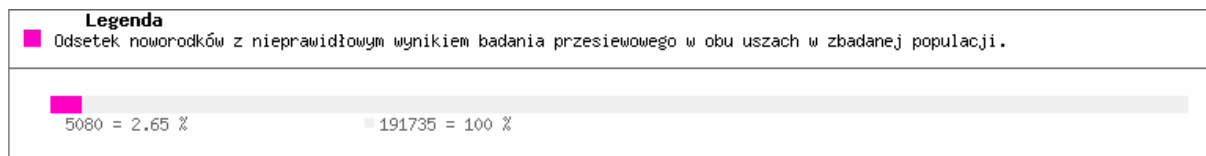
Ponad 58% noworodków z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego stanowią dzieci z nieprawidłowym wynikiem w jednym uchu, co przedstawia kolejny wykres (Ryc.5).

Ryc. 5 Udział procentowy nieprawidłowych wyników badania w jednym uchu w grupie wszystkich wyników nieprawidłowych.



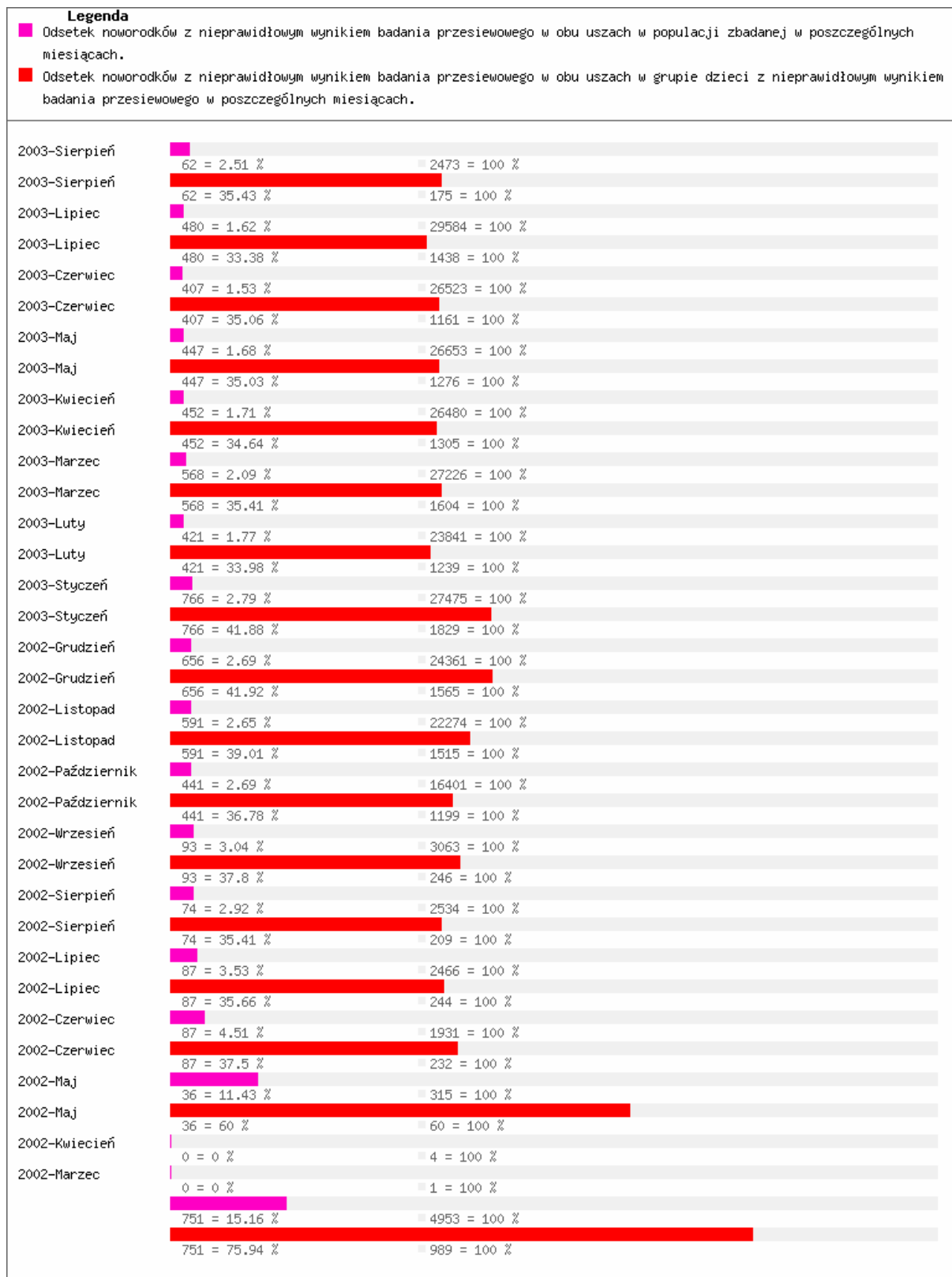
Gdyby tę grupę wyłączyć z dalszych badań liczba dzieci wymagających badania w ośrodkach II poziomu referencyjnego z powodu nieprawidłowego wyniku badania spadłaby z 6,1% do 2,7% populacji (Ryc.6).

Ryc. 6 Odsetek dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego w obu uszach w zbadanej populacji



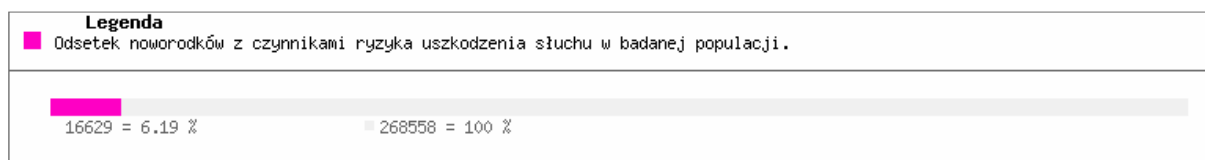
Ponieważ liczba noworodków z wynikiem nieprawidłowym obniża się głównie przez redukcję ilości noworodków z nieprawidłowym wynikiem w obu uszach (ryc.7) oznacza to, że na tym etapie Programu osiągnęlibyśmy już oczekiwany wynik poniżej 2% dla całej populacji (Czerwiec – 1,5%, Lipiec 1,6% wyników nieprawidłowych w obu uszach).

Ryc.7 Odsetek noworodków z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego w obu uszach w poszczególnych miesiącach od początku trwania Programu



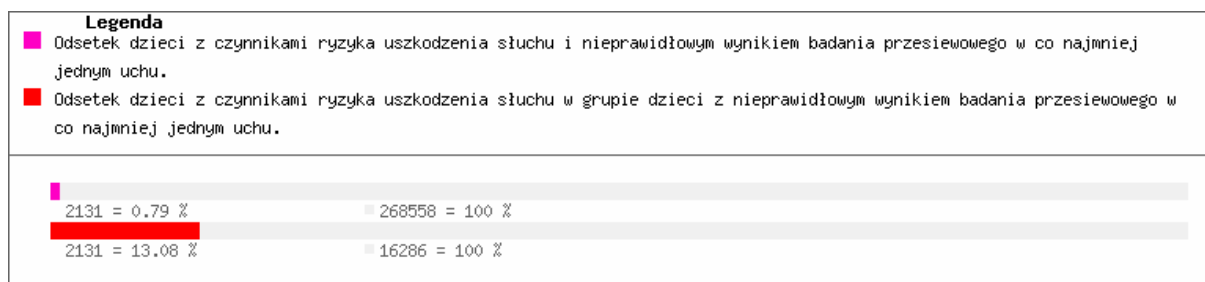
Istotną grupę (6,2% populacji) dzieci odsyłanych do ośrodków audiologicznych stanowią dzieci z czynnikami ryzyka uszkodzenia słuchu (Ryc.8).

Ryc.8. Noworodki z czynnikami ryzyka w badanej populacji.



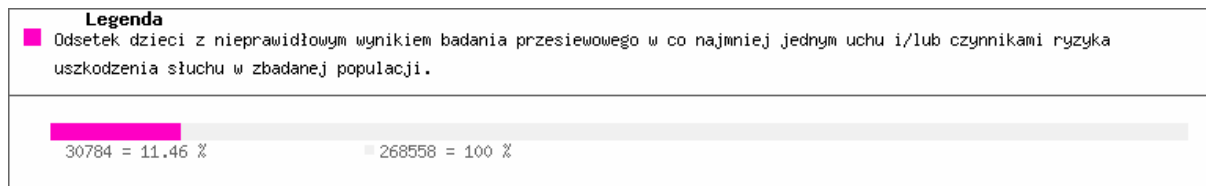
Aż 86,9% tych noworodków przechodzi prawidłowo badanie przesiewowe (Ryc.9), co oznacza, że aż 5,4% noworodków (14 498 dzieci w dotychczas zbadanej populacji) jest kierowanych do ośrodków II poziomu tylko z powodu czynników ryzyka uszkodzenia słuchu.

Ryc. 9 Odsetek dzieci z czynnikami ryzyka uszkodzenia słuchu i nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego w odniesieniu do całej populacji i do grupy dzieci z nieprawidłowym wynikiem przesiewu.



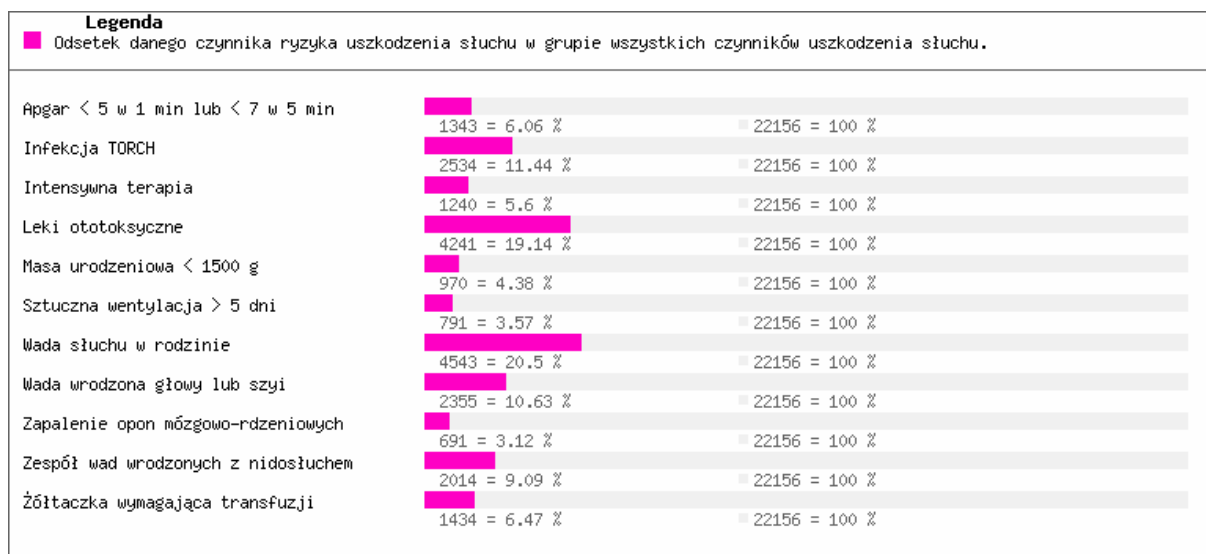
W sumie aż 11,5% noworodków skierowano do ośrodków II poziomu referencyjnego (Ryc. 10) – czy to z powodu nieprawidłowego wyniku badania, czy z powodu stwierdzenia obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu.

Ryc.10 Liczba noworodków wymagających diagnostyki w oddziałach II poziomu referencyjnego z powodu nieprawidłowego wyniku badania przesiewowego i/lub czynników ryzyka uszkodzenia słuchu



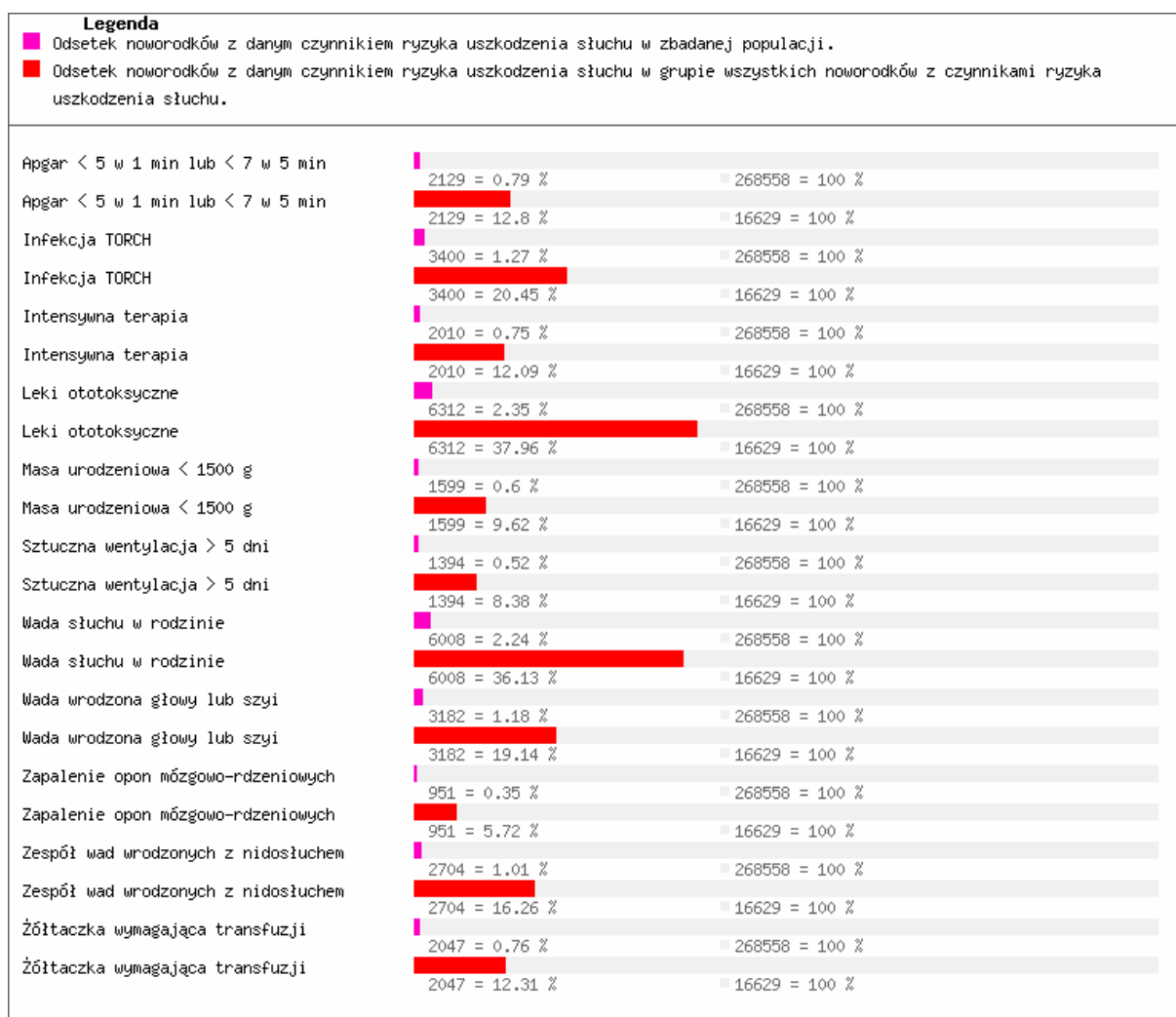
O ile samo występowanie czynników ryzyka jest zjawiskiem nieuniknionym, to można mieć pewne wątpliwości co do właściwej kwalifikacji dzieci do grupy ryzyka uszkodzenia słuchu. Obecność czynników ryzyka stwierdzono u 16 629 dzieci, przy czym u części z nich pojawił się więcej niż jeden czynnik (w sumie 22 156). Zaskakujące jest, że na pierwszy plan wysuwa się „Wada słuchu w rodzinie” (Ryc.11) – 20,5% wszystkich czynników ryzyka.

Ryc.11 Procentowy udział poszczególnych czynników ryzyka uszkodzenia słuchu w grupie wszystkich czynników ryzyka stwierdzonych w badanej grupie.



Z Ryc.12 wynika, że aż u 36,1% dzieci zakwalifikowanych do grupy ryzyka odnotowano podejrzenie wady słuchu w rodzinie (2,3% badanej populacji). Częstość wrodzonych uszkodzeń słuchu szacuje się na 0,2-0,4%. Nawet, jeśli wziąć pod uwagę, że grupa ryzyka to członkowie rodziny osób z wrodzoną wadą słuchu (a więc liczniejsza grupa), to nadal ilość dzieci zakwalifikowana do tej grupy wydaje się zbyt duża.

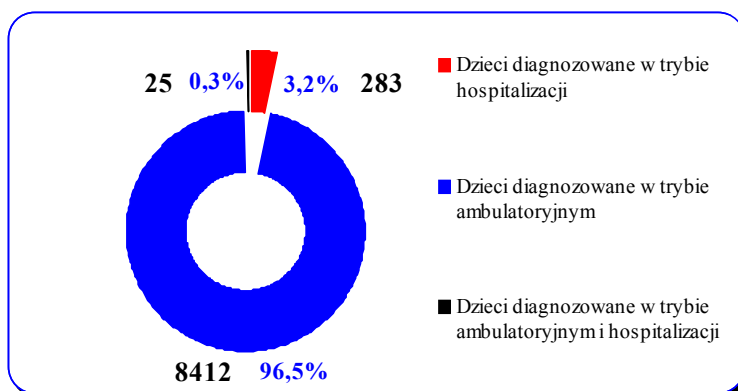
Ryc. 12 Występowanie poszczególnych czynników ryzyka w grupie dzieci, u których stwierdzono co najmniej jeden czynnik ryzyka uszkodzenia słuchu.



B. Placówki audiologiczne i laryngologiczne – diagnostyka

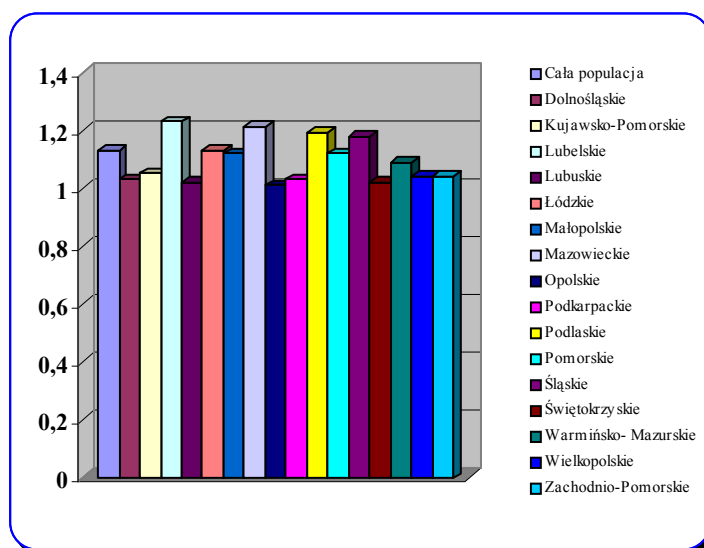
Z ośrodków neonatologicznych niemowlęta kierowane są do ośrodków II poziomu referencyjnego, gdzie przechodzą badania diagnostyczne. Z Ryc.13 wynika, że niemowlęta są diagnozowane głównie w trybie ambulatoryjnym.

Ryc.13 Charakterystyka usług udzielanych przez ośrodki II poziomu referencyjnego. Kolorem czarnym oznaczono ilość dzieci badanych w danym trybie, niebieskim- odsetek.



Z Ryc.14 wynika, że średnio na uzyskanie diagnozy potrzeba 1,13 wizyty, co oznacza, że w większości przypadków już w czasie pierwszej wizyty można wykluczyć uszkodzenie słuchu u dzieci z fałszywie dodatnim wynikiem badania przesiewowego, a diagnostyka przypadków uszkodzenia słuchu nie przekracza 2-3 wizyt.

Ryc. 14 Średnia ilość wizyt poświęconych na diagnostykę w całej populacji i w poszczególnych województwach.

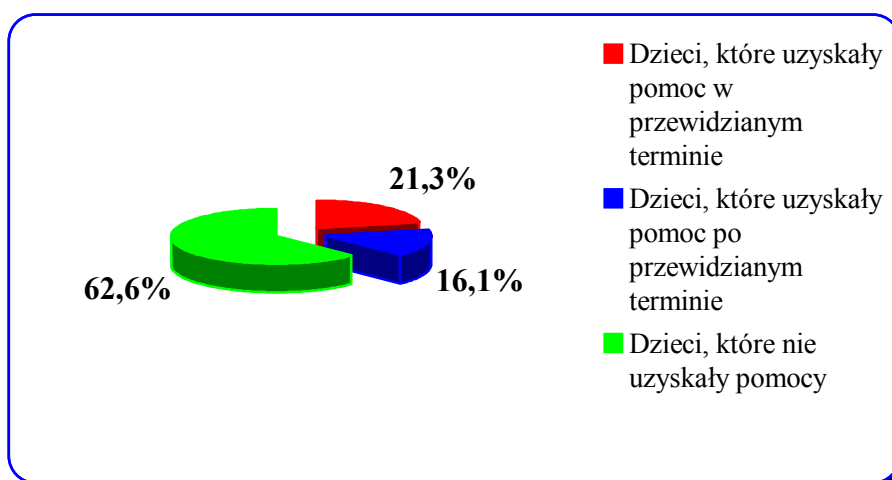


Daje to bardzo duży komfort rodzicom, którzy są na ogół zaniepokojeni i chcieliby jak najszybciej uzyskać informacje nt. słuchu dziecka. Powinno to być również pomocne w organizacji pracy ośrodka II poziomu referencyjnego – wyodrębnienie specjalnej ścieżki dla dzieci z Programu, zamiast rutynowego postępowania stosowanego w przypadku innych pacjentów powinno istotnie zmniejszyć obciążenie ośrodka wynikające z realizacji Programu.

Jak ustalono w zasadach Programu dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego w obu uszach i/lub z czynnikami ryzyka uszkodzenia słuchu powinny uzyskać pomoc w ośrodkach II poziomu referencyjnego przed upływem 3 miesiąca życia. Dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania w jednym uchu (bez czynników ryzyka) powinny być skonsultowane przed upływem 6 miesiąca życia.

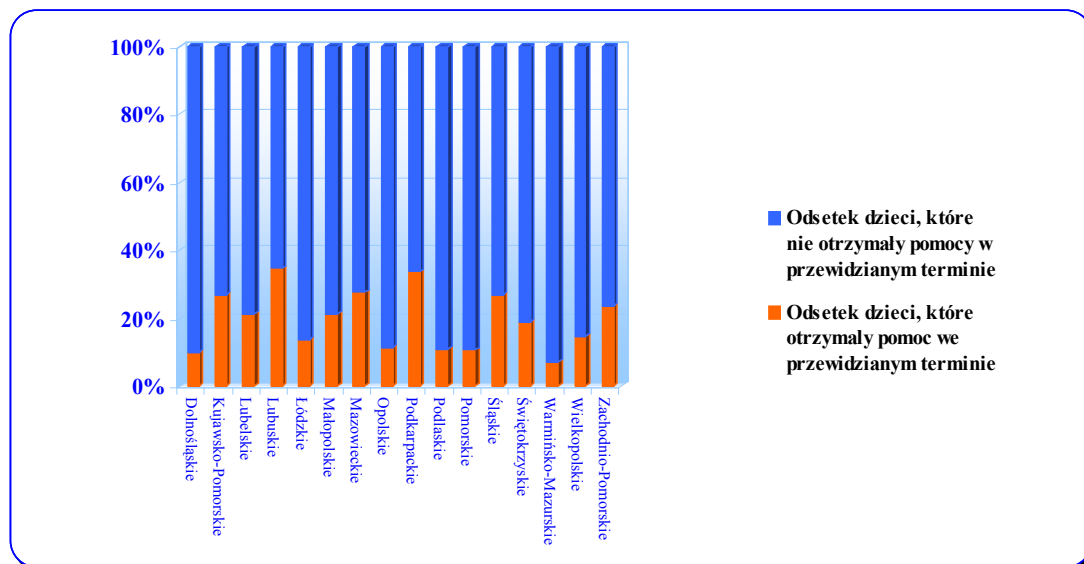
W analizowanym materiale grupa ta liczyła 23 179 dzieci. Do 2003-08-05 konsultacji udzielono 8670 dzieciom (37,4%), ale tylko 4946 (21,3%) uzyskało pomoc w terminie przewidzianym założeniami Programu (Ryc.15).

Ryc.15 Odsetek dzieci, które trafiły do ośrodków II poziomu referencyjnego w przewidzianym terminie lub po jego upływie oraz dzieci, które nie trafiły na konsultacje w okresie do 2003-08-05.



Kolejny wykres (Ryc.16) przedstawia odsetek dzieci skonsultowanych w przewidzianym terminie w poszczególnych województwach. Najniższy odsetek odnotowano w województwach Warmińsko-Mazurskim (7,15%) i Dolnośląskim (9,84%), najwyższy w Lubuskim (34,7%) i Podkarpackim (33,8%).

Ryc.16 Odsetek dzieci skonsultowanych w terminie przewidzianym założeniami Programu w poszczególnych województwach.



Przyczyn takiej sytuacji może być prawdopodobnie kilka i zapewne nie rozkładają się one równomiernie w całym kraju. Potencjalne powody:

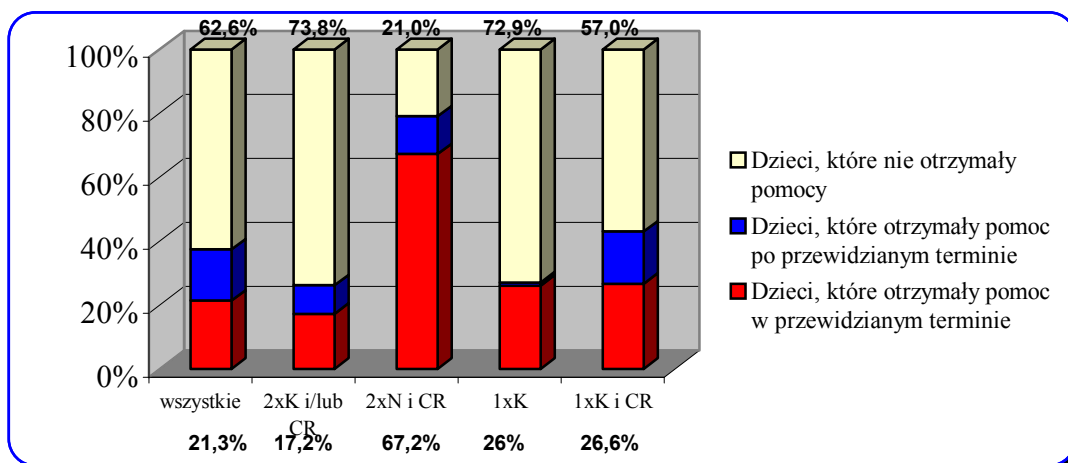
1. Liczba dzieci wymagających konsultacji w ośrodkach II poziomu referencyjnego jest zbyt duża w stosunku do możliwości ośrodków włączonych do Programu.
2. Dzieci nie są umawiane na wizytę przez personel oddziału noworodkowego, co powoduje zbagatelizowanie problemu przez matkę (zapomnienie, niechęć do poszukiwania ośrodka, w którym może zbadać dziecko lub trudności w znalezieniu ośrodka, dodzwonieniu się, itp.).
3. Matka bagatelizuje problem obserwując prawidłowe w jej odczuciu reakcje słuchowe dziecka.
4. Ośrodki II poziomu ograniczają ilość przyjęć tłumacząc się:
 - limitami wynikającymi z kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia
 - brakiem możliwości takiej reorganizacji pracy, która umożliwiłaby przyjmowanie większej ilości dzieci (dotyczy to zwłaszcza ośrodków, które do tej pory przyjmowały głównie dorosłych i zajmowały się przede wszystkim chirurgią laryngologiczną)
 lub

- z góry założyły, że z powierzonych zadań będą wywiązywały się symbolicznie (ośrodki, które włączyły się do Programu z powodu chęci pozyskania urządzeń do diagnostyki słuchu).
5. Dzieci są badane, ale dane nie są wprowadzane lub są wprowadzane do bazy częściowo z powodu:
- Braku personelu
 - Braku umiejętności obsługi terminala
 - Braku możliwości znalezienia dziecka w bazie danych
 - Niechęci do realizowania wszystkich zaleceń Programu (duża ilość dodatkowych obowiązków bez gratyfikacji finansowej)
 - Chęci „zatrzymania” dzieci w swoim ośrodku w celu sprzedania aparatów słuchowych.
6. Dane nie docierają do bazy, choć są wprowadzane i wysyłane.

Analiza poszczególnych grup dzieci kierowanych do ośrodków II poziomu referencyjnego (Ryc.17) wskazuje, że w obecnej sytuacji nie ma miejsca (bez względu na opisane wyżej przyczyny) selekcja przyjmowanych dzieci w zależności od ważności przypadków. Największy odsetek dzieci nie skonsultowanych (w terminie, czy po nim) stanowią niemowlęta z grupy z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego w obu uszach – jest to grupa najważniejsza z punktu widzenia konsekwencji zaniedbania badania w przewidzianym terminie.

Ryc. 17 Rozkład dzieci, które otrzymały pomoc w przewidzianym terminie, po terminie i dzieci które nie otrzymały pomocy w ośrodku II poziomu referencyjnego w poszczególnych grupach

Oznaczenia: K- kontrola (nieprawidłowy wynik badania ucha), N- norma, CR – czynniki ryzyka uszkodzenia słuchu. Kolorem czerwonym -u dołu wykresu - przedstawiono odsetek jaki stanowią dzieci, które uzyskały pomoc w przewidzianym terminie. Kolorem czarnym – u góry wykresu – odsetek dzieci, którym nie udzielono pomocy.

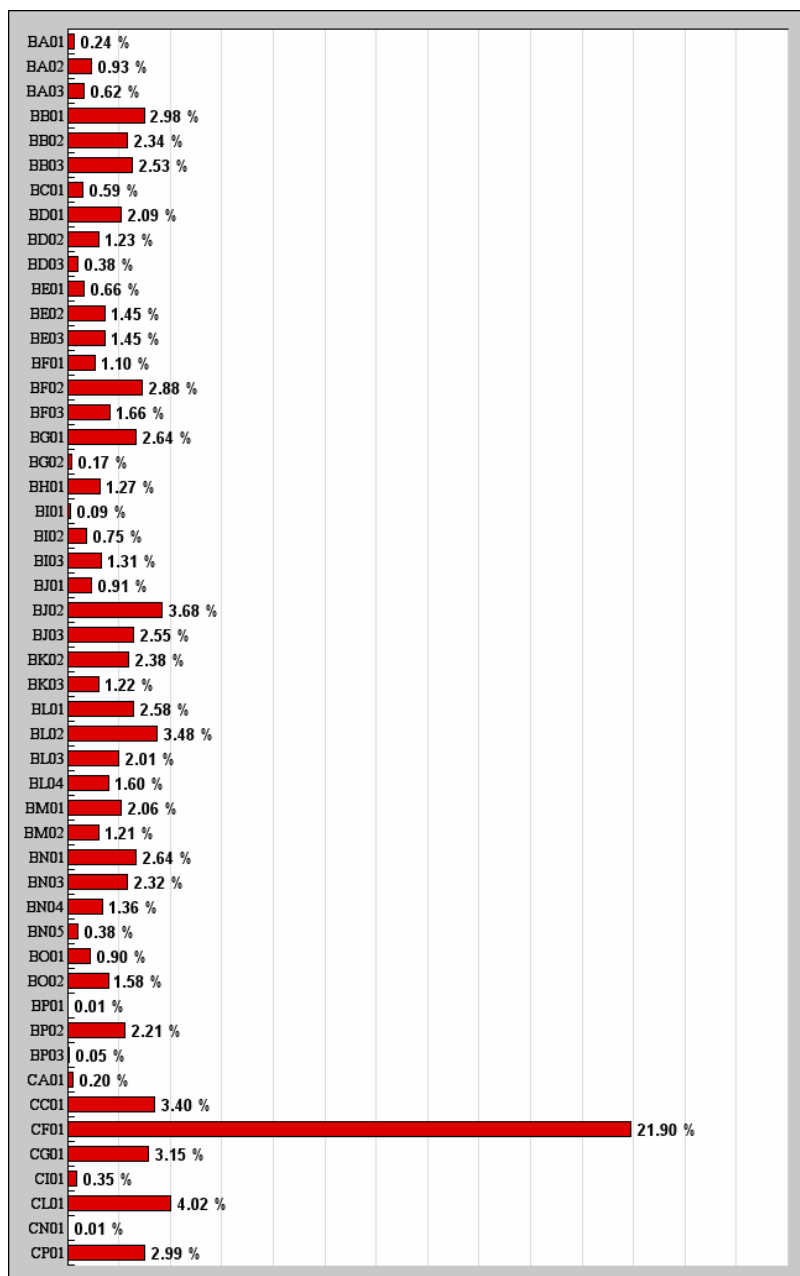


Najwięcej konsultacji zanotowano w grupie dzieci z czynnikami ryzyka uszkodzenia słuchu i prawidłowym wynikiem badania przesiewowego w obu uszach (67,2% dzieci skonsultowanych w przewidzianym terminie i 11,8% po terminie). Jest to naturalne, jeśli wziąć pod uwagę następujące fakty:

- Grupa dzieci z czynnikami ryzyka (w całym analizowanym materiale) jest porównywalna liczebnie z grupą dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego (w co najmniej jednym uchu).
- Odsetek wyników nieprawidłowych systematycznie maleje, a odsetek dzieci z czynnikami ryzyka jest w miarę stabilny.

Niepokojący jest jednak fakt, że nie odnotowano żadnej wizyty aż u 73,8% dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego w obu uszach. Może to być przypadkowy układ danych, ale równie dobrze może to sugerować fakt, że niektóre ośrodki celowo nie wykazują tych dzieci, by „zatrzymać” je pod swoją opieką. W bazie danych znajdują się dane wprowadzone przez 50 ośrodków II poziomu referencyjnego. Na kolejnym wykresie (Ryc.18) przedstawiono ilość dzieci objętych opieką poszczególnych ośrodków jako odsetek wszystkich dzieci, u których odnotowano wizytę na II poziomie referencyjnym. Szczegółowe dane zestawiono w tabeli III.

Ryc. 18 Odsetek dzieci objętych opieką poszczególnych ośrodków II poziomu referencyjnego.

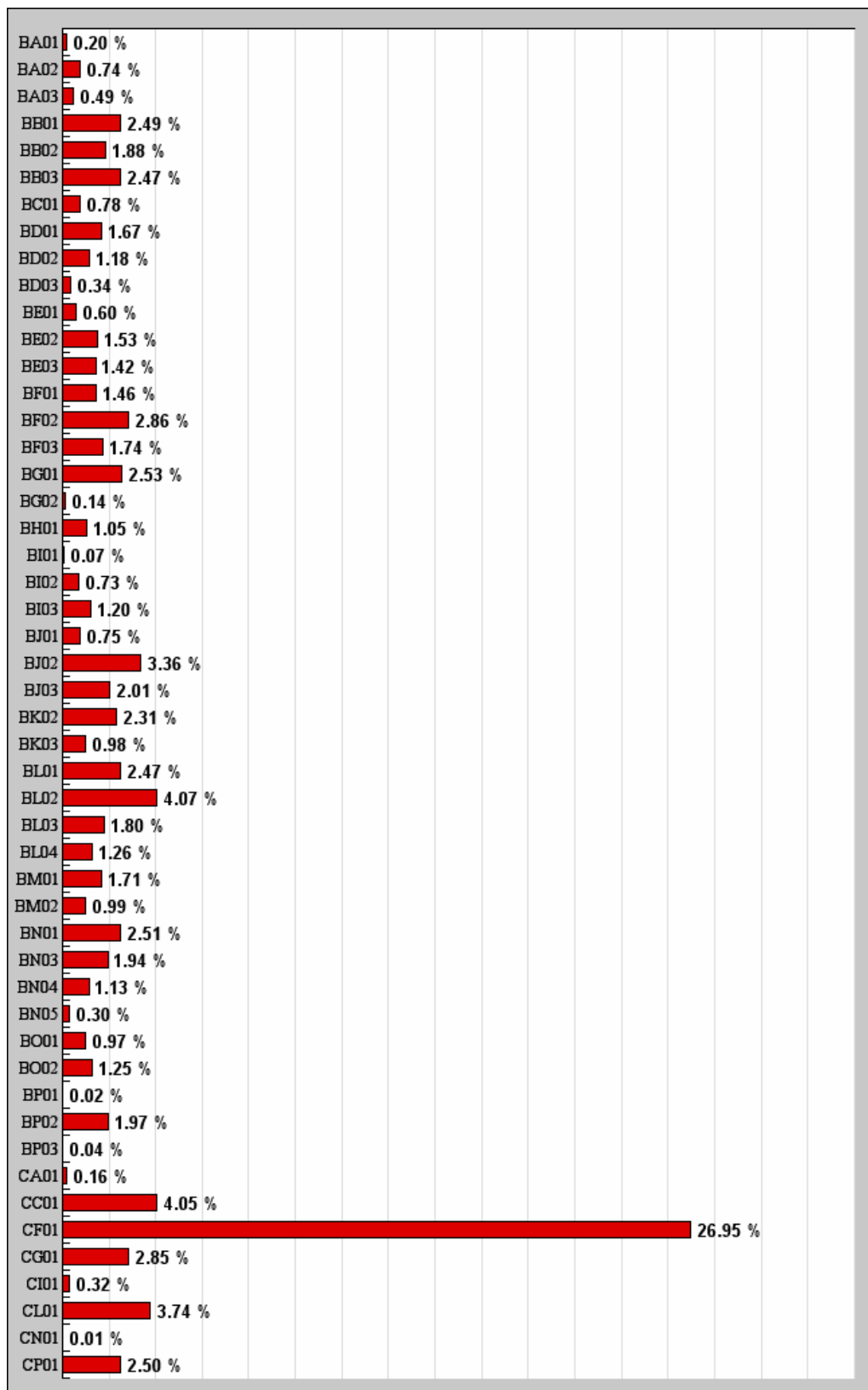


Tab. III Ilość dzieci objętych opieką poszczególnych ośrodków II poziomu referencyjnego

Kod ośrodka	Ilość dzieci objętych opieką ośrodka	Odsetek wszystkich dzieci objętych opieką II poz. ref.	Kod ośrodka	Ilość dzieci objętych opieką ośrodka	Odsetek wszystkich dzieci objętych opieką II poz. ref.
BA01	21	0,24%	BK02	206	2,38%
BA02	81	0,93%	BK03	106	1,22%
BA03	54	0,62%	BL01	224	2,58%
BB01	258	2,98%	BL02	302	3,48%
BB02	203	2,34%	BL03	174	2,01%
BB03	219	2,53%	BL04	139	1,60%
BC01	51	0,59%	BM01	179	2,06%
BD01	181	2,09%	BM02	105	1,21%
BD02	107	1,23%	BN01	229	2,64%
BD03	33	0,38%	BN03	201	2,32%
BE01	57	0,66%	BN04	118	1,36%
BE02	126	1,45%	BN05	33	0,38%
BE03	126	1,45%	BO01	78	0,90%
BF01	95	1,10%	BO02	137	1,58%
BF02	250	2,88%	BP01	1	0,01%
BF03	144	1,66%	BP02	192	2,21%
BG01	229	2,64%	BP03	4	0,05%
BG02	15	0,17%	CA01	17	0,20%
BH01	110	1,27%	CC01	295	3,40%
BI01	8	0,09%	CF01	1899	21,90%
BI02	65	0,75%	CG01	273	3,15%
BI03	114	1,31%	CI01	30	0,35%
BJ01	79	0,91%	CL01	349	4,02%
BJ02	319	3,68%	CN01	1	0,01%
BJ03	221	2,55%	CP01	259	2,99%

Kolejny wykres (Ryc.19) przedstawia dane dotyczące liczby wizyt zarejestrowanych w poszczególnych ośrodkach. Tabela IV przedstawia szczegółowe dane na ten temat.

Ryc. 19 Odsetek świadczeń udzielonych w poszczególnych ośrodkach w grupie wszystkich świadczeń udzielonych przez ośrodki II poziomu referencyjnego.



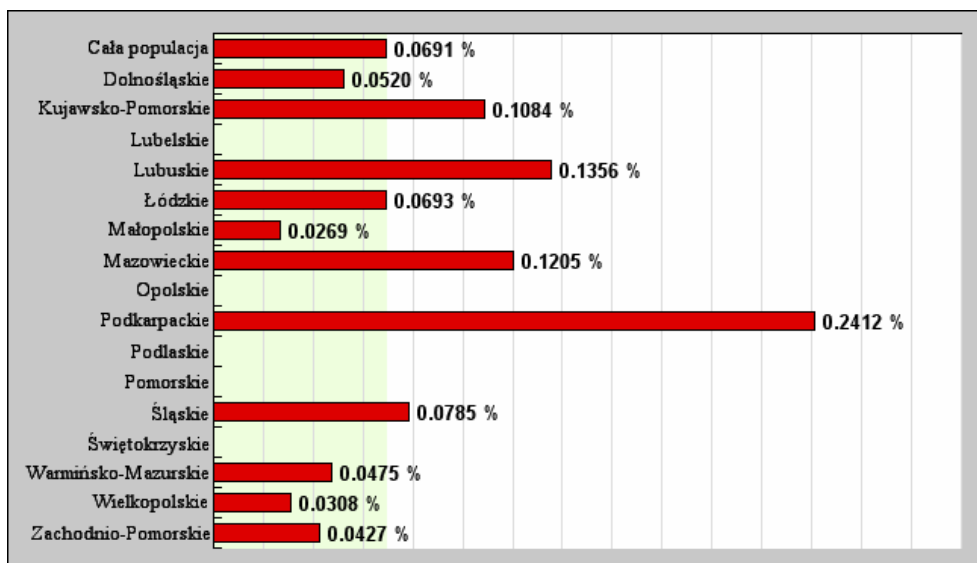
Tab.IV Odsetek świadczeń udzielonych w poszczególnych ośrodkach II poziomu referencyjnego

Kod ośrodka	Ilość świadczeń udzielonych w ośrodku	Odsetek wszystkich świadczeń II poz. ref.	Kod ośrodka	Ilość świadczeń udzielonych w ośrodku	Odsetek wszystkich świadczeń II poz. ref.
BA01	22	0,20%	BK02	255	2,31%
BA02	82	0,74%	BK03	108	0,98%
BA03	54	0,49%	BL01	272	2,47%
BB01	274	2,49%	BL02	448	4,07%
BB02	207	1,88%	BL03	198	1,80%
BB03	272	2,47%	BL04	139	1,26%
BC01	86	0,78%	BM01	188	1,71%
BD01	184	1,67%	BM02	109	0,99%
BD02	130	1,18%	BN01	277	2,51%
BD03	38	0,34%	BN03	214	1,94%
BE01	66	0,60%	BN04	125	1,13%
BE02	169	1,53%	BN05	33	0,30%
BE03	157	1,42%	BO01	107	0,97%
BF01	161	1,46%	BO02	138	1,25%
BF02	315	2,86%	BP01	2	0,02%
BF03	192	1,74%	BP02	217	1,97%
BG01	279	2,53%	BP03	4	0,04%
BG02	15	0,14%	CA01	18	0,16%
BH01	116	1,05%	CC01	446	4,05%
BI01	8	0,07%	CF01	2969	26,95%
BI02	80	0,73%	CG01	314	2,85%
BI03	132	1,20%	CI01	35	0,32%
BJ01	83	0,75%	CL01	412	3,74%
BJ02	370	3,36%	CN01	1	0,01%
BJ03	222	2,01%	CP01	275	2,50%

Z powodu zbyt małej w stosunku do całej populacji objętej przesiewem ilości dzieci objętych diagnostyką (lub zbyt małej ilości informacji wprowadzonych na II poziomie) liczba dzieci z niedosłuchem jest znacznie niższa od oczekiwanej (Ryc.20).

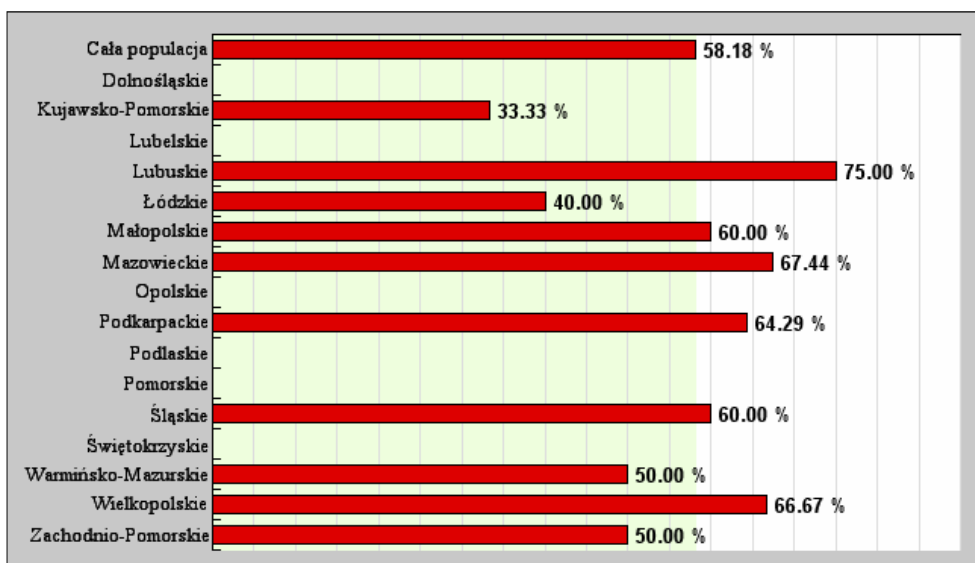
Dzieci z wszystkimi rodzajami niedosłuchu stanowią 0,7‰ populacji (spodziewany wskaźnik – 3-4‰). Wskaźnik ten jest najwyższy w województwie podkarpackim (2,4‰), lubuskim (1,4‰) i mazowieckim (1,2‰).

Ryc. 20 Odsetek dzieci z niedosłuchem w badanej populacji i w rozbiciu na województwa.



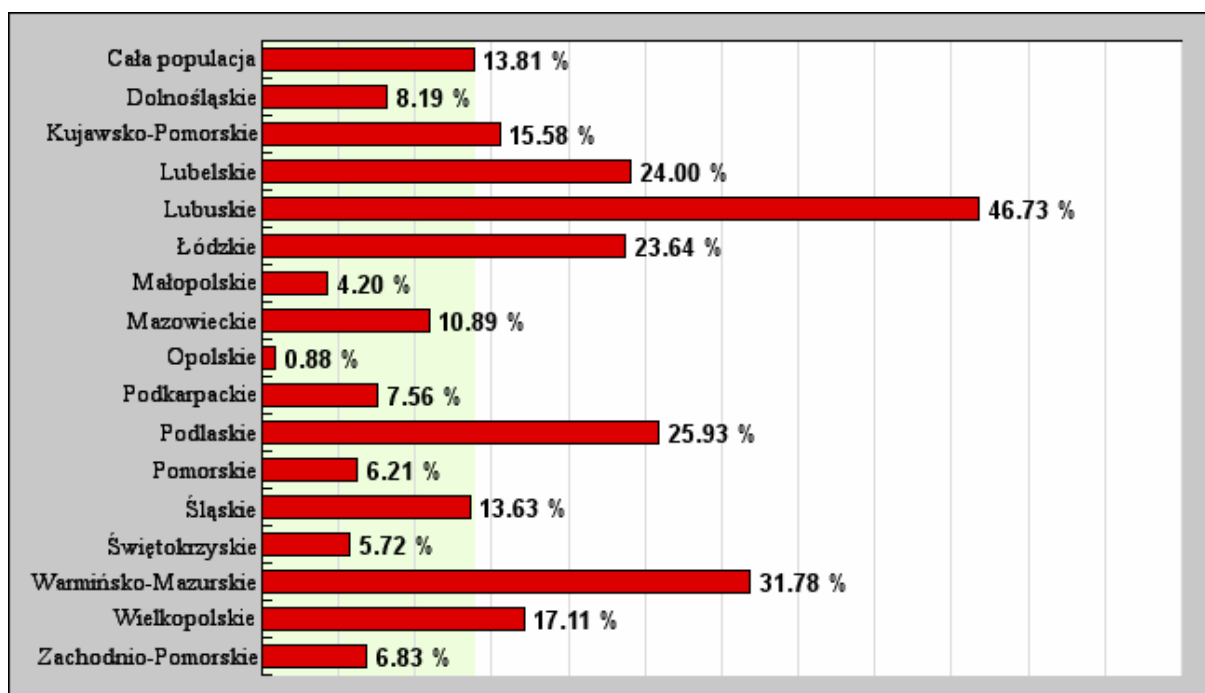
Wśród dzieci z potwierdzonym niedosłuchem u 41,8% (Ryc.21) nie stwierdzono obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu, co jest zbliżone do danych światowych i potwierdza zasadność prowadzenia badań przesiewowych w całej populacji noworodków (powszechnych).

Ryc.21 Odsetek dzieci z czynnikami ryzyka uszkodzenia słuchu w grupie dzieci z potwierdzonym niedosłuchem.



U części dzieci, które pojawiły się w ośrodkach II poziomu referencyjnego odnotowano czynniki ryzyka uszkodzenia słuchu, które ujawniły się po opuszczeniu oddziału noworodkowego (Ryc.22)

Ryc. 22 Czynniki ryzyka uszkodzenia słuchu, które pojawiły się u dzieci objętych opieką II poziomu referencyjnego po opuszczeniu oddziału noworodkowego.

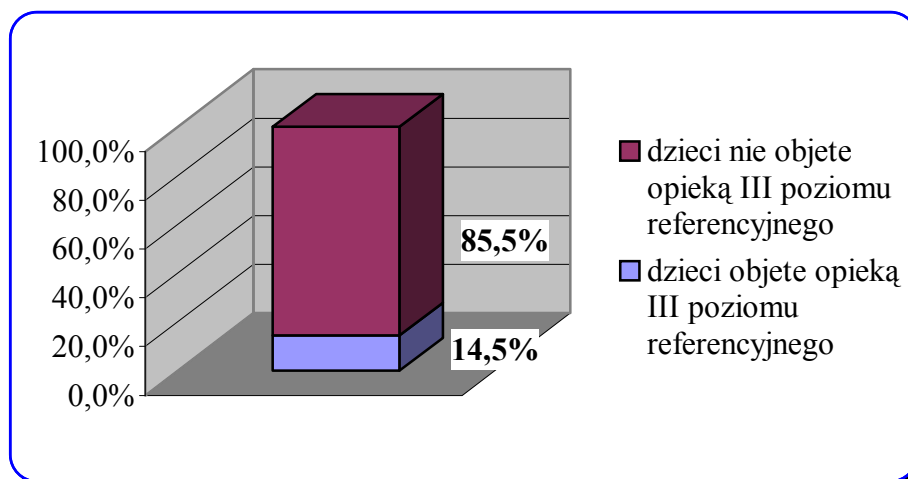


Analiza powyższego wykresu wskazuje, że, prawdopodobnie, w części ośrodków dane są zafałszowane poprzez ponowne wpisywanie czynników, które pojawiły się w okresie noworodkowym (o czym może np. świadczyć bardzo odstający od reszty danych odsetek takich czynników w woj. lubuskim). Jeśli jednak odrzucić te dane z analizy, to nadal u 14,9% badanych dzieci stwierdza się obecność nowych czynników ryzyka. Część tych dzieci jest kierowanych przez pediatrów (z powodu ujawnienia się nowego czynnika ryzyka uszkodzenia słuchu), ale u niektórych stwierdzany jest on przypadkowo, przy okazji badania, na które dziecko zostało skierowane z oddziału noworodkowego. Pokazuje to zupełnie nową wartość Programu, który stwarza możliwość wczesnego wykrycia nabytych uszkodzeń słuchu u części niemowląt.

C. Placówki audiologiczne i laryngologiczne – wczesna interwencja

Dzieci z potwierdzonym uszkodzeniem słuchu powinny, zgodnie z założeniami Programu, trafić do ośrodków III poziomu referencyjnego zanim ukończą 6 miesięcy życia. Ryc.23 przedstawia odsetek dzieci z niedosłuchem zmysłowo-nerwowym i mieszanym (z dużym prawdopodobieństwem wymagającym protezowania aparatami słuchowymi), które uzyskały taką pomoc.

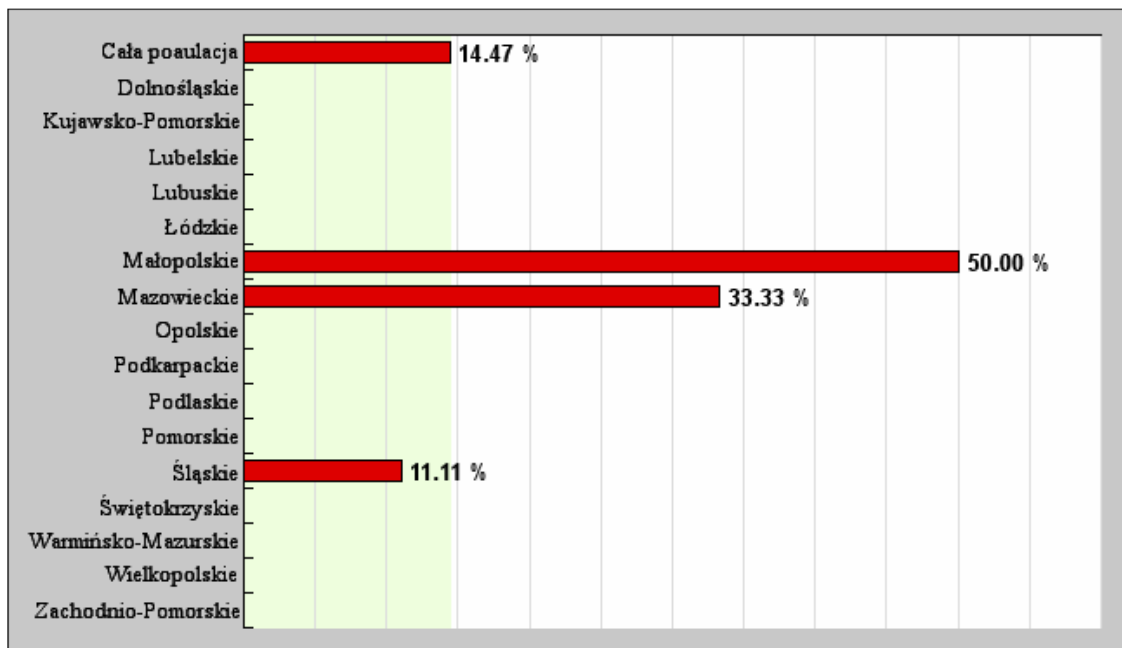
Ryc.23 Dzieci z niedosłuchem zmysłowo-nerwowym i mieszanym, które uzyskały pomoc w ośrodku III poziomu referencyjnego w terminie przewidzianym założeniami Programu.



Kolejny wykres (Ryc.24) przedstawia rozkład tych dzieci w poszczególnych województwach. Takie przypadki odnotowano jedynie w województwach małopolskim i mazowieckim oraz w województwie śląskim. Dane nie obejmują dzieci, które zostały objęte opieką po terminie przewidzianym założeniami Programu.

Przyczyn takiego stanu można upatrywać w problemach opisywanych przy analizie danych II poziomu referencyjnego. Części dzieci udzielono pomocy po przewidzianym terminie (nie przygotowano takiego zestawienia w tym materiale). Niewykluczone, że dominującą rolę w tym przypadku odgrywa „zatrzymywanie” dzieci na II poziomie referencyjnym. Dodatkową przyczyną jest fakt, że niektóre ośrodki wysyłają (lub wysyłały) dzieci do placówek, które nie biorą udziału w Programie.

Ryc.24 Odsetek dzieci z niedosłuchem zmysłowo-nerwowym, które uzyskały pomoc w ośrodkach III Poziomu referencyjnego w terminie przewidzianym założeniami Programu w całej populacji i w poszczególnych województwach



Inne dane dotyczące pracy ośrodków

A. I poziom referencyjny

Obserwuje się znaczną poprawę w jakości wprowadzanych danych, na co istotny wpływ ma czynnik opanowania obsługi bazy danych (terminala), lepszej organizacji pracy, ale też zmiany w aplikacji, które uniemożliwiają wprowadzanie w połowie wypełnionych rekordów. Nadal jednak nierzadkie przypadki nie wpisywania istotnych informacji (np. leki ototoksyczne) – przed takimi sytuacjami nie może zabezpieczyć żadne oprogramowanie.

Pojawiają się niepokojące sygnały o próbach modyfikacji zasad Programu na własną rękę. Nie wynikają one na ogół z braku dobrej woli ośrodków neonatologicznych, a głównie ze źle układającej się w niektórych regionach Polski współpracy z ośrodkami II poziomu. Z powodu absurdalnych terminów wizyt wyznaczanych przez ośrodki audiologiczne, niektórzy neonatolodzy próbują sami selekcionować wysyłane do nich dzieci.

Innym problemem jest obsługa sprzętu do badań przesiewowych. Poniżej zestawiono dotychczasowe interwencje serwisu.

Na czerwono oznaczono sytuacje, kiedy uszkodzenie wynikało wyłącznie z winy użytkownika lub interwencja była zbędna. Przypadki szczególnego niedbalstwa wyodrębniono w osobnej kolumnie. Jak widać z zestawienia, w 97% przypadków interwencji można by uniknąć, gdyby personel wykonujący badania przestrzegał należycie zasad obsługi sprzętu.

Tab.V Interwencje serwisu urządzenia Ero-Scan

		Czyszczenie	Wymiana istotnych podzespołów	Niedbalstwo użytkownika	Naprawa elektroniki	Wymiana kompletnej sondy	Wymiana całego urządzenia	Brak uszkodzeń
Wymiana sondy zew.	79					79		
Wymiana EroScan	5						5	
Wymiana płytki analogowej	4		4					
Wymiana płytki cyfrowej	3		3					
Zwarcie w zasilaniu	7				7			
Uszkodzony kabel sondy zew.	25				25			
Urwane przewody kabelka sondy zew.	15				15			
Pogięte nóżki wtyku sondy zew.	30			30				
Rozebrana głowica sondy wew.	10			10				
Zatkana końcówka EroScan	19	19						
Zatkana końcówka sondy zew.	21	21						
Źle ustawiony SETUP	4			4				
Inne (uszk. mikrofon, zatkany dźwiękówód)	35	18	18					
Nie stwierdzono uszkodzeń	11							11
SUMA:	268	58	25	44	47	79	5	11
	93%							

B. II poziom referencyjny

Niektóre ośrodki uważają za niecelowe narzucanie obowiązku monitorowania dzieci z czynnikami ryzyka – uważają, że jest to obowiązek neonatologów.

Innym problemem dotyczącym tego poziomu Programu jest prowadzenie niepełnej diagnostyki przez część ośrodków – częściowe zdiagnozowanie dziecka (badanie ABR bodźcem typu trzask, czasem w znieczuleniu ogólnym) i odsyłanie do odległego ośrodka III poziomu, gdzie z oczywistych względów nie może być zdiagnozowane przy pierwszej wizycie i zaopatrzone w aparaty słuchowe.

Poważny problem stanowi wprowadzanie, a raczej zaniechanie wprowadzania danych do bazy. Nie wynika on bynajmniej z nieprawidłowego przeszkolenia personelu. Szkolenie prowadziły te same osoby, które uczyły obsługi bazy danych pielęgniarki neonatologiczne. Problem wynika raczej z wstydu przed przyznaniem się do tego, że osoba szkoląca się ma jakieś wątpliwości. W przypadku pielęgniarek ten problem nie istniał, nie wahały przyznać się, że czegoś nie rozumieją, gdyż uważały, że nie można oczekiwać od nich znajomości obsługi komputera. Zupełnie inny problem pojawia się, gdy szkoli się personel wyższy – lekarza, inżyniera. Zaskakujące jest też, że niewiele osób zadaje sobie trud, by, w razie wątpliwości przestudiować instrukcję obsługi bazy danych – niektórzy nie pamiętają nawet, że taką dostali.

C. III poziom referencyjny

W bazie danych nie pojawiły się informacje z wizyt III poziomu w ośrodkach, o których wiadomo, że przyjmują dzieci. Istnieje obawa, że źle wprowadzają dane. Nie wykluczone też, że wszystkie dzieci, które trafiły do tych ośrodków, były objęte opieką po upływie 6 miesięcy życia. Takie dane nie były analizowane w bieżącym materiale.

Wnioski

1. Zdecydowaliśmy, że ograniczymy badania kontrolne dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego do grupy dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania w obu uszach. Zmniejszy to istotnie odsetek dzieci wymagających badania w ośrodku II poziomu referencyjnego.

Musimy liczyć się jednak z faktem, że w tej grupie dzieci znajdują się takie, które będą miały jednostronny niedosłuch. Jednostronny niedosłuch nie wpływa na rozwój dziecka w pierwszych latach życia (jest też zwykle spostrzegany ze znacznym opóźnieniem- około 3-5 roku życia). Nie ma też zwyczaju interweniowania w takich przypadkach (dopasowania aparatu słuchowego). Wyeliminowanie tych dzieci z rutynowych, pilnych badań audiologicznych nie stanowiłoby błędu w sztuce.

Aby jednak uniknąć potencjalnych postaw roszczeniowych rodziców, zostanie opracowana krótka ulotka dla matek dzieci z nieprawidłowym wynikiem badania w jednym uchu informująca o ryzyku jednostronnego uszkodzenia słuchu i potrzebie skontrolowania dziecka w drugim-trzecim roku życia.

Reasumując ten wniosek:

W niedługim czasie otrzymacie od nas ww. ulotkę i oficjalną pisemną informację o tym, że dzieci bez czynników ryzyka uszkodzenia słuchu, z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego w jednym uchu mają nie być kierowane do ośrodków II poziomu referencyjnego. Do tego czasu obowiązują aktualne zasady.

2. Uruchamiamy mechanizmy, które mają na celu poprawę wyników pracy oddziałów noworodkowych.

- Prosimy personel oddziałów noworodkowych wymienionych w tabeli I (ośrodki z najmniejszą liczbą nieprawidłowych wyników badania przesiewowego) o podzielenie się swoimi doświadczeniami. Wasze wypowiedzi będą publikowane w kolejnych numerach „Uszka” oraz na stronie internetowej Programu.

- Aktualnie ustalamy szczegółowe kryteria selekcjonowania najlepszych oddziałów neonatologicznych. Jednym z nich, niewątpliwie, będzie liczba nieprawidłowych wyników badania przesiewowego. Nie będzie to jednak jedyne kryterium. Analizujemy m.in. stosunek liczby wyników nieprawidłowych do liczby urodzeń, częstość i rodzaj interwencji serwisu aparatu EroScan i in. Ranking najlepszych będzie publikowany w „Uszku” i na stronie internetowej. Będzie to imienna lista (nie zakodowana, tak jak w niniejszym zestawieniu). Wiemy z doświadczenia, że wielu rodziców korzysta z informacji zamieszczonych w internecie. Dla najlepszych oddziałów będzie to więc niewątpliwie forma promocji. Najlepsi z Was otrzymają też od Fundacji nagrody w postaci sprzętu, który z pewnością przyda się w Waszej codziennej praktyce.

- W opracowaniu jest lista najczęstszych błędów w badaniu. Przygotowujemy ją w postaci krótkiej „ściągi”, którą można będzie zawiesić na ścianie przy terminalu.

- W opracowaniu jest też lista najczęstszych błędów w kwalifikacji dzieci do grupy ryzyka uszkodzenia słuchu. Roześlemy ją wkrótce i prosimy o staranne jej przeanalizowanie i zastosowanie naszych uwag w praktyce.

- Planujemy dodatkowe przeszkolenie dla najsłabszych ośrodków. Prosimy o uwagi, jak wyobrażacie sobie takie doszkolenie (miejsce, forma, co w szczególności powinniśmy poruszyć itp.)

- Raz na kwartał będziemy sporządzać raporty statystyczne dla każdego ośrodka osobno, pokazujące pracę ośrodka na tle innych.

3. Uruchamiamy mechanizmy, które mają na celu poprawę jakości działania Programu na II i III poziomie referencyjnym.

- Uruchamiamy „poszukiwanie” dzieci przeterminowanych. Oznacza to, że do rodziców dzieci zagrożonych uszkodzeniem słuchu (z nieprawidłowym wynikiem badania przesiewowego w obu uszach i/lub czynnikami ryzyka uszkodzenia słuchu) będą rozesłane ankiety z zapytaniem, czy dziecko zdiagnozowano, jaka była jakość świadczonych usług i- czy w przypadku potwierdzenia uszkodzenia słuchu dostali pełną i rzetelną informację o tym, gdzie powinni się udać (informacje o ośrodkach III poziomu referencyjnego).
- Niezależnie od instrukcji, które są cennym źródłem informacji, a których w większości niestety nie czytacie, otrzymacie wkrótce krótki instruktaż, przypominającego zasady działania Programu, zakres obowiązków i kompetencji poszczególnych ośrodków.
- Planujemy dodatkowe szkolenie dla ośrodków najgorzej radzących sobie. Prosimy o uwagi, jak wyobrażacie sobie takie doszkolenie (miejsce, forma, co w szczególności powinniśmy poruszyć itp.)
- Raz na kwartał będziemy sporządzać raporty statystyczne dla każdego ośrodka osobno, pokazujące pracę ośrodka na tle innych .
- Na stronie internetowej będziemy publikować ranking najlepszych (największa liczba przyjęć, największa liczba niemowląt objętych opieką w terminie przewidzianym założeniami programu, przestrzeganie zasad Programu i in. kryteria), co jest niewątpliwie formą promocji najlepszych ośrodków.

- Doświadczenie wskazuje, że w każdym regionie Polski są chętni, oczekujący na włączenie się do Programu. Oznacza to, że ośrodki aktualnie biorące udział w Programie, które nie należycie wywiązują się ze swoich zadań lub przekraczają swoje kompetencje będą eliminowane z Programu i zastępowane przez inne.
- Niezależnie od powyższego rozważamy rozszerzenie bazy ośrodków II poziomu referencyjnego, by zapewnić niemowlętom jak najlepszy i najszybszy dostęp do diagnostyki.

Mam nadzieję, że obszerność tego opracowania nie zniechęciła Was do jego przeczytania.

Pozdrawiam serdecznie

*Marsanna
Rodzińska-Konopka*

Kilka uwag od Bartka i Jacka dotyczących obsługi technicznej programu.

Cieszymy się, że znów na łamach kolejnego numeru Uszka możemy się z Państwem znowu spotkać.

Na wstępie, chcielibyśmy pogratulować wyniku 300 000 badań – jest to sukces na skalę światową, który nie byłby możliwy bez tak wielkiego zaangażowania Was wszystkich! Dzięki temu zaangażowaniu i zapałowi mogliśmy osiągnąć jedno z podstawowych założeń naszego programu- założenie powszechności badań.

Z radością obserwujemy coraz większy profesjonalizm personelu przeprowadzającego badania i wprowadzającego dane do bazy.

W dzisiejszym „Uszku” chcielibyśmy odpowiedzieć na najczęściej stawiane przez Państwa pytania podczas naszych rozmów telefonicznych.

Acha ! I na koniec tradycyjnie nasza gorąca prośba!

Bardzo prosimy o przypominaniu matkom o obowiązku zabierania ze sobą na wizytę w Poradni Audiologicznej lub Laryngologicznej skierowania od lekarza rodzinnego oraz Karty Przesiewowego Badania Słuchu wraz z książeczką zdrowia dziecka z wklejonym żółtym certyfikatem.

Prosimy również o rejestrowanie dzieci do Poradni bezpośrednio w szpitalu, gdyż niestety rodzice zapominają o tym obowiązku lub rejestrują dzieci za późno czyli po upływie wymaganego terminu.

Dzięki temu unikniemy zbędnych nieporozumień i stawimy czoła biurokracji.

Pozdrawiamy !

Bartek Gutek & Jacek Stachera

1. Co zrobić gdy pojawi się następujący komunikat?

*„ Wystąpił błąd IOExeption przy otwieraniu połączenia.
Błędna odpowiedź serwera. Sprawdź czy działa GPRS i spróbuj ponowić transmisję.
Jeśli to nie pomoże zawiadom administratora systemu (0 prefix 22 853-45-29)
podając okoliczności powstania błędu „*

Komunikat ten oznacza, że nie udało nam się nawiązać połączenia z serwerem i nie powiodła się transmisja danych.

Są dwie najważniejsze przyczyny takiego stanu rzeczy.

Pierwsza to przerwanie połączenia GPRS podczas przesyłania danych natomiast druga to awaria modemu.

Po pojawieniu się komunikatu o błędzie musimy zapisać pacjentów lokalnie (w górnej części okna mamy zakładkę „ Stan programu” i po jej rozwinięciu klikamy „Zapisz lokalnie”)

Po zapisaniu możemy bezpiecznie wyłączyć i włączyć komputer bez obawy, że utracimy dane.

Po ponownym uruchomieniu komputera proszę ponownie spróbować wysłać dane. Tą operację wykonujemy kilkakrotnie w przeciągu kilku godzin pamiętając o zapisaniu pacjentów lokalnie.

Jeśli jednak nie przynosi to żadnych rezultatów może to oznaczać, że modem uległ uszkodzeniu i trzeba będzie zabrać sprzęt do serwisu.

Wtedy bardzo proszę o telefoniczny kontakt ze mną pod numerami telefonów /0 prefix 22 853-45-29/ lub 0-695-870-006

2. Jakie dane wpisać w polu „PESEL matki„ gdy nie znamy numeru lub jeśli matka jest cudzoziemką ?

W takim przypadku wpisujemy jedenaście zer, co prawda pojawi się wtedy komunikat :

- A. „ Błąd liczby kontrolnej w numerze PESEL „**
lecz należy go zignorować i po potwierdzeniu przyciskiem „OK” – wysłać dane.

3. Co zrobić gdy urządzenie „Eroscan” nie włącza się?

Może to być spowodowane rozładowaniem baterii lub ich niewłaściwym zainstalowaniem.

Należy sprawdzić czy baterie nie są rozładowane lub niewłaściwie zainstalowane i w razie potrzeby zainstalować nowe baterie.

4. Co zrobić gdy urządzenie „Eroscan” nie rozpoczyna badania?

Główną przyczyną jest zanieczyszczenie końcówek sondy zewnętrznej lub końcówek przy „Eroscanie”.

Należy wymienić lub oczyścić wszystkie końcówki urządzenia i ponowić badanie. Jeśli to nie pomoże oznacza to, że zanieczyszczenia są poważniejsze i musi zainterweniować serwis.

Wtedy proszę się skontaktować z przedstawicielem firmy OTICON Polska Panem Krzysztofem Krupą pod numerem telefonu /0 prefix 22 625-37-94/, który wyjaśni Państwu całą procedurę serwisową.

A teraz najprzyjemniejszy moment. Chcielibyśmy poinformować o przyznaniu przez Fundację nagród dla ośrodków, z którymi najlepiej układała nam się współpraca w ciągu tego roku.

I miejsce otrzymuje – **inkubator *Baby Therm 8010***

II, III, IV i V miejsce – **inkubator podstawowy**

VI miejsce – **stanowisko do ważenia noworodków i niemowląt**

Kolejne 50 miejsc - **po dwie pompy strzykawkowe**

A oto nagrodzone ośrodki :

I miejsce zajął : Szpital Św. Zofii – ul. Żelazna 90 WARSZAWA (5524 badania)