

Kwartalnik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



# PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 21/3 lipiec • sierpień • wrzesień 2008

**Nowa  
dyrektor  
szpitala**



## Droży czytelnicy

Powołanie dyrektora naczelnego wywołało wielkie poruszenie w naszym szpitalu. Dlatego zapraszam Państwa do przeczytania relacji z uroczystego spotkania, na którym Marszałek Jacek Protas wręczył nominację pani Irenie Kierzkowkiej. O tym, co się dzieje w szpitalu dowiedziecie się z wywiadu z panią dyrektorem, która opowiada o planach rozwoju szpitala, priorytetowych inwestycjach oraz o współpracy z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim. Nie możecie także ominąć materia-

łu o laparoskopii. Po raz pierwszy w naszym szpitalu i po raz pierwszy w naszym regionie przeprowadzono zabieg laparoskopowego usunięcia torbieli jajnika u ciężarnej. Brawa dla naszego zespołu specjalistów! Koniecznie musicie przeczytać artykuł o wyprawie do Wenezueli. Tylko prawdziwy miłośnik podróży potrafi w taki sposób oddać ducha Południowej Ameryki. Razem z autorką przemierzamy przestworza i pływamy w rzekach pełnych piranii i krokodyli, podziwiamy krajobrazy i poznajemy

wenezuelską przyrodę. Cały artykuł jest dostępny na szpitalnej stronie internetowej [www.wss.olsztyn.pl](http://www.wss.olsztyn.pl).

Jeżeli chcecie poznać wasze zmysły zajrzyjcie na stronę 10. Nasze uszy rozpoznają około 400 tys. dźwięków, słyszą zarówno cichutki szept, jak i 10 bilionów razy głośniejszy huk startującego samolotu. A na koniec cała prawda o grzybach. Zapraszam do lektury.

Redaktor Naczelny  
**Kornelia Kotwicka**

## Spis treści

Nowa Dyrektor Szpitala .....	3
Chciałabym, żeby pracownicy byli dumni z naszego szpitala .....	4
Na Radzie Społecznej .....	5
Laparoskopia .....	6
Wspaniała inwestycja na wiele lat .....	7
Cyfrowa radiologia .....	8
Z cyklu zmysły Ucho .....	10
Działania niepożądane .....	12
Dary dla szpitala .....	13
Z cyklu prezentacje	
Sekcja Dokumentacji i Rejestracji Chorych .....	14
Magiczna dłoń fizjoterapeuty .....	16
Mimozami jesień się zaczyna... .....	18
Akcja krew 2008 .....	19
Jesteśmy w „Łańcuchu krewniaków” .....	19
Medycyna wczoraj i dziś – VI Olsztyńskie Dni Nauki .....	20
Wenezuela – sekret Karaibów .....	21
Mamerki	
– Kwatera Główna Niemieckich Wojsk Lądowych .....	23
Cała prawda o grzybach .....	25
Krzyżówka .....	27

## PULS SZPITALA



Wydawca  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny  
w Olsztynie

Redaktor naczelny  
Kornelia Kotwicka

Zespół redakcyjny  
Alicja Biernacka  
Magdalena Kantorczyk  
Barbara Szymczuk

Stała współpraca  
Beata Januszko-Giergielewicz  
Alicja Markiewicz  
Hanna Taraszkiewicz  
Jerzy Badowski

Zdjęcia w numerze  
Bernard Wawrzyniewicz  
Kornelia Kotwicka  
Magdalena Kantorczyk  
Michał Ciucias

Adres redakcji  
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18  
Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji  
tel. 089 538 63 06  
[marketing@wss.olsztyn.pl](mailto:marketing@wss.olsztyn.pl)  
[kkotwicka@wss.olsztyn.pl](mailto:kkotwicka@wss.olsztyn.pl)  
[www.wss.olsztyn.pl](http://www.wss.olsztyn.pl)

Nakład  
1200 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo  
do skrótów i zmiany tytułów.



# Nowa Dyrektor Szpitala

**Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego Jacek Protas 31 lipca 2008 roku oficjalnie nominował Irenę Kierzkowską na stanowisko Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.**

Na uroczystości, która odbyła się w szpitalnej sali konferencyjnej, oprócz marszałka, swoją obecnością szpital zaszczylicili: Jolanta Szulc Wicemarszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego, Julian Osiecki Przewodniczący Sejmiku Województwa, Ryszard Wasiński Dyrektor Departamentu Zdrowia UM, Wiesława Włodarczyk-Szczepańska Przewodnicząca Rady Społecznej WSS w Olsztynie oraz Artur Piktel Wiceprzewodniczący Rady Społecznej.

Pełniąc obowiązki dyrektora od 24 lipca 2007 roku, Jolanta Citko powitała gości oraz podziękowała pracownikom szpitala za wspólną pracę. Po wystąpieniu dyrektor Citko, głos zabrał Marszałek, który podziękował jej za trud, który włożyła pełniąc zarówno obowiązki dyrektora naczelnego oraz zastępcy dyrektora ds. lecznictwa. W imieniu pracowników szpitala oraz Rady Społecznej podziękowania za pracę złożyła dyrektor Citko Wiesława Włodarczyk-Szczepańska Przewodnicząca Rady Społecznej. — *Jest takie słowo — dziękuje — proste jak podanie ręki. Chciałoby się wypowiedzieć je najmocniej, najgłośniej i najwyraźniej jak się tylko potrafi.* — mogliśmy usłyszeć w pierwszych słowach wystąpienia.

W drugiej części spotkania pani Włodarczyk-Szczepańska przedstawiła pracownikom szpitala sylwetkę Ireny Kierzkowskiej oraz w imieniu wszystkich pracowników Szpitala, a także członków Rady Społecznej serdecznie powitała ją w nowym zespole. Życzyła jej dużo energii i wytrwałości, wielu sukcesów zawodowych, spełnienia obranego celu, a także samych przyjaznych i godnych zaufania ludzi wokół siebie. Po wystąpieniu przewodniczącej Marszałek oficjalnie nominował Irenę Kierzkowską na stanowisko Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Irena Kierzkowska od 1 sierpnia 2008 roku jest Dyrektorem Naczelnym WSS w Olsztynie.

core



**Marszałek Jacek Protas mówił o rozwoju Szpitala**



**Od lewej: Ryszard Wasiński Dyrektor Departamentu Zdrowia UM, Jolanta Szulc Wicemarszałek, Jacek Protas Marszałek, Julian Osiecki Przewodniczący Sejmiku Województwa, Irena Kierzkowska Dyrektor WSS, Wiesława Włodarczyk-Szczepańska Przewodnicząca Rady Społecznej**



**Na uroczystości nie zabrakło przedstawicieli mediów**

## Kim jest nowa dyrektor

Lekarz specjalista II stopnia w zakresie nefrologii. W 1983 r. ukończyła studia na Wydziale Lekarskim AM w Gdańsku. Staż lekarski odbyła w Zespole Opieki Zdrowotnej w Bartoszycach.

Na początku lat 90., przez 5 lat pełniła funkcję zastępcy ordynatora oddziału wewnętrznego. Przez 3 lata była również kierownikiem stacji dializ. W międzyczasie uczestniczyła w licznych kursach doskonalących w zakresie Dializoterapii, Endoskopii Zabiegowej, Transplantologii i Nefrologii.

Od 1998r. przez 10 lat piastowała funkcję dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bartoszycach.

W 1998 r. otrzymała Dyplom dla Kandydatów Rad Nadzorczych w Spółkach Skarbu Państwa. W 2001 r. ukończyła studia podyplomowe w zakresie zarządzania ogólnego w warunkach rynku europejskiego, uzyskała dyplom w zakresie zarządzania opieką zdrowotną, a także dyplom menadżera Roku 2001 w Służbie Zdrowia.

Ukończyła wiele kursów i szkoleń w zakresie zarządzania oraz doskonalenia zawodowego lekarza. Jej wyjątkowa praca została uhonorowana Brązowym i Złotym Krzyżem Zasługi.



**Artur Piktel Wiceprzewodniczący Rady Społecznej z Jolantą Citko p.o. Dyrektora do 31 lipca 2008r.**

# Chciałabym, żeby pracownicy byli dumni z naszego szpitala

Rozmowa z Ireną Kierzkowską dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

— **Jak wspomina Pani swój pierwszy dzień w szpitalu?**

— Pierwszy dzień pamiętam doskonale, nie da się go zapomnieć. Tego dnia Marszałek uroczyście wprowadził mnie w progi tego szpitala. Zastanawiałam się nad tym, w jaki sposób zostaną przyjęta przez pracowników oraz nad tym, co mam im powiedzieć. Chociaż szpital nie był mi zupełnie obcy, był to dzień, który wiązał się z dużymi emocjami.

— **Czy ucieszyła Panią propozycja objęcia stanowiska dyrektora naczelnego w naszym szpitalu?**

— Byłam mile zaskoczona tą propozycją. Szczerze mówiąc, proces podejmowania decyzji nie trwał długo. Przez 10 lat zarządzałam dobrym, akredytowanym szpitalem w Bartoszycach. Znałam problemy tego szpitala i miałam sprecyzowaną wizję rozwoju, ale podjęłam wyzwanie zarządzania szpitalem wojewódzkim, które potraktowałam w kategorii awansu menedżerskiego.

— **Jest Pani w trakcie poznawania szpitala, odwiedza oddziały i poznaje kadrę szpitalną. Co Panią pozytywnie zaskoczyło, a co rozczarowało?**

— Odkrywam w szpitalu rzeczy fantastyczne, które są wspaniale zorganizowane i doskonale funkcjonują, ale odkrywam również rzeczy, które mnie zaskakują. Nie spodziewałam się, że mogę jeszcze spotkać w sterylizatorni szpitala wojewódzkiego autoklawy z 86r., które już od dawna nie są produkowane. Szpital, który ma tyle oddziałów zabiegowych, wykonuje tyle trudnych i specjalistycznych zabiegów, musi mieć sterylizatornię na wysokim poziomie. Czasem, oglądając oddziały wyremontowane i niewyremontowane, mam wrażenie, że poznaję i zwie-

dzam dwa różne szpitale. Te różnice trzeba wyrównać jak najszybciej. Firma taka jak szpital wymaga bardzo sprawnej organizacji i jednym z moich największych wyzwań jako kierownika jest to, aby wiedzieć co należy zmienić, a co pozostanie nietknięte.

— **Czemu poświęci Pani swoją uwagę w pierwszej kolejności?**

— Skoordynowanie struktury organizacyjnej i strategii tak, abyśmy mogli zrealizować nasze cele jest dla mnie sprawą niezwykle ważną. Na pewno priorytetowo będę traktowała świadczenia zdrowotne i narzędzia pracy do realizacji tych świadczeń. Bardzo ważne dla mnie jest bezpieczeństwo pacjentów oraz bezpieczeństwo pracy personelu. Bardzo ważne jest, aby oddziały szpitalne były odpowiednio wyposażone. Musimy również zadbać o infrastrukturę, wiąże się to z realizacją planu dostosowawczego, który musi być wdrożony do 2012r., co poprawi komfort pobytu pacjentów. Kolejnym wyzwaniem jest ułożenie dobrej współpracy z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim przy tworzeniu oddziałów klinicznych dla Wydziału Lekarskiego. Następnie budowa bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni. Jest to bardzo ważna inwestycja dla naszego szpitala, na którą musimy pozyskać środki unijne, a być może również kredytowe. Budowa musi pójść sprawnie i szybko.

Szpital znajduje się w momencie podejmowania wielu ważnych decyzji mających wpływ na jego przyszłość.

Dlatego musimy myśleć o rozwoju szpitala. Współczesne zarządzanie to proces wyboru celów i dróg rozwoju, a więc proces decydowania, który kształtuje przyszłe wydarzenia i przyszlą pozycję firmy w otoczeniu. Musi to być proces twórczy, wymagający stworzenia docelowego modelu szpitala, jego struktury i kultury naszej organizacji w przyszłości. Te decy-



zje, które wypracujemy teraz będą miały wpływ na odległą przyszłość. Na pewno trzeba przemyśleć lokalizację niektórych oddziałów, trzeba zaplanować zagospodarowanie odzyskanych pomieszczeń po oddaniu do użytku bloku operacyjnego. Nie możemy pozwolić sobie na doraźne rozwiązania. Ale najpierw trzeba poznać potrzeby oraz możliwości szpitala i wspólnie opracować jego ostateczny kształt i strukturę organizacyjną.

— **Planuje Pani utworzenie stanowiska zastępcy dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych. Co kryje się za tą decyzją?**

— Chcę wzmocnić pion ekonomiczny i nadzór nad zamówieniami publicznymi oraz zintegrować w tym pionie komórki, które zajmują się rozliczaniem przychodów z Narodowym Funduszem Zdrowia i liczeniem kosztów. W strukturze organizacyjnej szpitala te komórki są rozproszone. Chcę je wszystkie powiązać zadaniowo w pionie ekonomicznym łącznie z działem księgowości. Z większości audytów z którymi się zapoznałam wynika, że pion ekonomiczny jest najsłabszą strukturą tego szpitala i chcę to wzmocnić. Poza tym współpraca w UWM będzie wymagała nowych zadań od szpitala, umiejętności rozliczeń prac badawczych i naukowych od statutowych zadań szpitala. Ponadto szpital nieustannie się rozwija, dlatego powinniśmy przeprowadzać analizy finansowe, aby sprawdzać, który kierunek rozwoju dla szpitala jest opłacalny, a który mniej opłacalny. Te kalkulacje finansowe są w tak dużym

szpitalu niezbędne, bo musimy pamiętać, że szpitale to również podmioty gospodarcze, w których dochody i wydatki powinny się równoważyć.

**– Proszę opowiedzieć o współpracy z Uniwersytem Warmińsko-Mazurskim, co do tej pory udało się zrobić?**

– Szpital jeszcze nie podpisał umowy o oddziałach klinicznych, ale planowane jest utworzenie w szpitalu kliniki chirurgii ogólnej i naczyniowej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, katedry patomorfologii, oddziału klinicznego nefrologii, neurologii z pododdziałem udarowym, anestezjologii i intensywnej terapii, neurochirurgii i neurotraumatologii, ginekologii i położnictwa oraz zakładu chorób wewnętrznych, endokrynologii i diabetologii. Z patomorfologią sprawy są najbardziej zaawansowane. Jestem już po spotkaniu z przyszłym szefem zakładu patomorfologii, będzie nim prof. dr hab. med. Marian Sulik specjalista patomorfolog, który w tej chwili pracuje w Akademii Medycznej w Białymstoku. Dostosowanie zakładu patomorfologii do potrzeb studentów z salami seminaryjnymi będzie wymagało pewnych nakładów inwestycyjnych i o tym będę jeszcze rozmawiała z władzami uniwersytetu.

**– Na jakim etapie jest inwestycja budowy bloku operacyjnego?**

– Finalizujemy projekt bloku, po jego zakończeniu złożymy wniosek

aplikacyjny w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury o dofinansowanie naszej inwestycji ze środków Unii Europejskiej. Blok operacyjny z centralną sterylizatornią przy szpitalu wojewódzkim rozwiąże problemy i zaspokoi potrzeby nie tylko naszego szpitala, ale i całego regionu.

**– Czy trudniej zarządza się szpitalem wojewódzkim niż powiatowym?**

– W pewnych kwestiach zarządza się trudniej szpitalem powiatowym. Szczególnie w kwestiach inwestycyjnych i finansowych szpitala. Szpitale powiatowe mają dużo gorszą sytuację finansową oraz większe problemy z wykwalifikowaną kadrą specjalistów. Sytuacja finansowa szpitala wojewódzkiego jest nieco lepsza, natomiast mechanizmy zarządzania są takie same. Wszystkie szpitale mają te same problemy z Narodowym Funduszem, z negocjowaniem i realizacją kontraktów. W szpitalu wojewódzkim są specjaliści różnych specjalności, dobrze wyszkoleni, z doktoratami, z dużymi ambicjami naukowymi i zawodowymi.

**– Czego oczekuje pani od pracowników szpitala?**

– Lojalności wobec szpitala. A dlatego o tym mówię, bo nasi pracownicy dostają propozycje pracy z innych szpitali. Bez kadry szpital nie będzie w stanie się rozwijać nawet gdy dysponuje fantastycznym sprzętem. Ponad-

to oczekuję zaangażowania, pomysłowości, inwencji, również i odwagi, zwłaszcza w podejmowaniu nowych zadań czy wdrażania innowacyjnych rozwiązań, no i oczywiście realizacji misji naszego szpitala „pacjent przede wszystkim”.

**– A czego mogą oczekiwać pracownicy od Pani?**

– Chciałabym, żeby pracownicy byli dumni z tego szpitala, żeby mieli satysfakcję, zarówno zawodową jak i finansową, z wykonywanej pracy. Marzy mi się dobry system motywacyjny, chciałabym wyróżniać pracowników kreatywnych, którzy wnoszą nową jakość do zakładu, są aktywni, angażują się w rzeczy wykraczające poza zakres swoich obowiązków. Wielu takich pracowników już zdołałam poznać, jestem pod wrażeniem i wiem jak dużo zależy od ludzi, a zwłaszcza w takiej firmie jaką jest szpital.

**– Proszę jeszcze powiedzieć co lubi i czego nie lubi dyrektor szpitala wojewódzkiego.**

– Jest wiele rzeczy, które lubię, aktywny tryb życia, sport, muzykę, taniec. Nie lubię natomiast obłudy ludzkiej i kłamstwa. Ale rzadko trafiam na ludzi posiadających te cechy, generalnie mam pozytywne nastawienie do ludzi i do życia.

**– Dziękuję za rozmowę.**

**core**

## Na Radzie Społecznej

**W dniu 22.09.2008 r. w sali konferencyjnej naszego szpitala odbyło się posiedzenie Rady Społecznej. W spotkaniu uczestniczyli członkowie Rady, dyrekcja szpitala oraz związki zawodowe.**

Członkowie Rady zaopiniowali pozytywnie uchwałę dotyczącą zmian w statucie szpitala. Zwiększono skład Rady Społecznej o przedstawiciela Rektora UWM w Olsztynie. Zmieniono nazwę Oddziału Endokrynologicznego i Diabetologicznego na Oddział Endokrynologiczny, Diabetologiczny i Chorób Wewnętrznych, oraz nazwę Działu Organizacji i Zarządzania z Sekcją Marketingu i Promocji na Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji. Połączono Sekcję Zamówień Publicznych i Dział

Zaopatrzenia, tworząc Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia.

Następna uchwała wprowadzała zmiany w Regulaminie Porządkowym Szpitala. Do struktury organizacyjnej szpitala wprowadzono stanowisko zastępcy dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych. Zmieniono podległość stanowiska pielęgniarki epidemiologicznej z pionu zastępcy dyrektora ds. lecznictwa do pionu dyrektora naczelnego, a podległość sterylizatorni do pionu zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa.

Ponadto pozytywnie zaopiniowano uchwały dotyczące zakupu aparatury medycznej i sprzętu na potrzeby oddziałów i komórek organizacyjnych w 2008 r., sprzedaż zdekapitalizowanego samochodu dostawczego marki Daewoo Lublin3 z 1999 roku, korektę planu inwestycyjnego WSS w Olsztynie na 2008 r. Zaopiniowano również przyjęcie darowizny od Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, która przekazała ruchome stanowisko do nieinwazyjnego wspomagania oddechania noworodka oraz aparat Infant Flow SiPAP Comprehensive na Oddział Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka i firmy Michelin Polska, która przekazała sprzęt endoskopowy na Oddział Neurochirurgiczny.

**Alicja Biernacka**

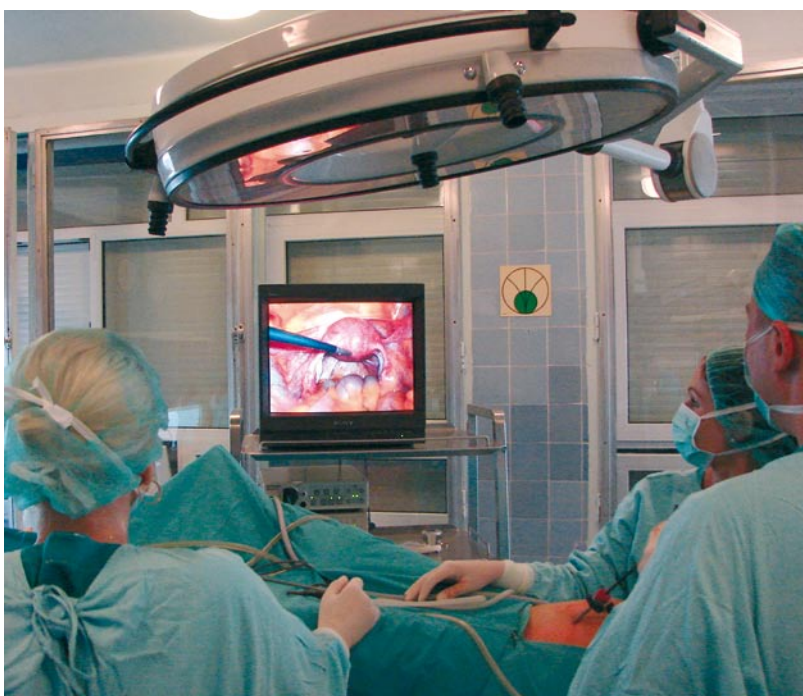
# Laparoskopia

Od końca XX wieku obserwujemy dynamiczny rozwój technik laparoskopowych, poszerzają się wskazania, jak i zakres zabiegów endoskopowych. Dzięki stałemu rozwojowi wyposażenia endoskopowego możliwe staje się obecnie wykonanie praktycznie większości zabiegów z zakresu chirurgii ginekologicznej, włącznie z zabiegami onkologicznymi, metodami laparoskopowymi. Od kilku lat podejmowane są próby wykorzystania laparoskopii u ciężarnych. Głównymi zaletami tej metody wykonywanej u kobiet ciężarnych są: mniejsza inwazyjność zabiegu, mniejsze krwawienie, mniejsza traumatyzacja tkanek, mniej bolesny przebieg pooperacyjny i związane z tym mniejsze zużycie leków przeciwbólowych, których wpływ na płód nie jest obojętny, krótsza hospitalizacja, zdecydowanie lepszy efekt kosmetyczny.

Niestety poza korzyściami laparoskopii w ciąży należy brać również pod uwagę możliwe powikłania wynikające przede wszystkim z odmiennych warunków anatomicznych spowodowanych przez powiększającą się macicę. Głównymi niepowodzeniami tego typu zabiegów są: możliwość uszkodzenia ciężarnej macicy, wywołanie poronienia lub porodu przedwczesnego przez zwiększone ciśnienie CO<sub>2</sub> w jamie brzusznej, potencjalnie niekorzystny wpływ znieczulenia na rozwój płodu. W nielicznych publikacjach medycznych uznano laparoskopię u ciężarnych za metodę bezpieczną, pod warunkiem wykonania zabiegu przez doświadczony zespół operacyjny – ginekologiczno – anestezyjologiczny.

21 lipca 2008r. do Izby Przyjęć naszego Szpitala zgłosiła się 30-letnia pacjentka w ciąży I 10/11 tyg., z silnymi dolegliwościami bólowymi podbrzusza. Po przeprowadzonych badaniach rozpoznano 10cm skręcającą się torbiel jajnika lewego, która jest wskazaniem do leczenia operacyjnego w trybie pilnym. Po szczegółowej analizie przypadku i przedstawieniu pacjentce możliwościach dalszego postępowania, wspólnie z zespołem anestezyjolo-

gicznym, podjęliśmy decyzję o próbie laparoskopowego usunięcia zmiany. Operował dr n. med. Tomasz Waśniewski w asyście dr. Macieja Eliszewskiego pod merytorycznym nadzorem dr. n. med. Marka Stefanowicza, znieczulały dr Ewa Ciemniwicz oraz dr Anna Gawin z pielęgniarką Krystyną Tyszecką, instrumentowała



**Zabieg przeprowadzany metodą laparoskopową**

pani Małgorzata Drężek-Skrzeszewska w asyście pani Danuty Mostek. Przy wszystkich operacjach laparoskopowych w ciąży należy stosować jak najniższe ciśnienia śródbrzuszne, co dodatkowo utrudnia przeprowadzenie zabiegu. Pacjentce należy podawać okołoperacyjnie leki rozkurczające macicę, co zmniejsza ryzyko



**Zespół operacyjny**

poronienia. Obowiązuje bezwzględne około- i pooperacyjne monitorowanie dobrostanu płodu. Znieczulenie ogólne ciężarnej jest również dużym wyzwaniem anestezyjologicznym, ze względu na wpływ leków anestezyjologicznych na płód, zwiększone ciśnienie śródbrzuszne, oraz stosowanie wysokich ciśnień CO<sub>2</sub> do wytworzenia odmy śródbrzusznej.

Zabieg przeprowadzono zgodnie z powyższymi zasadami, w sposób typowy, bez powikłań. Wyłuszczone w całości skręconą torbiel jajnika lewego. Zmianę wysłano do śródoperacyjnego badania histopatologicznego – otrzymano wynik: zmiana łagodna. Przebieg pooperacyjny niepowikłany, pacjentka prawie nie wymagała pooperacyjnego leczenia przeciwbólowego.

W 3-ciej dobie pooperacyjnej w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości, z ciążą zachowaną i żywym płodem, została wypisana do domu. Ciężarna pozostaje w ciągłej obserwacji w Poradni Patologii Ciąży naszego Szpitala.

Przeprowadzony przez nas zabieg potwierdza możliwość bezpiecznego wyko-

nywania laparoskopii u kobiet ciężarnych, będąc znakomitą alternatywą typowych zabiegów chirurgicznych. Była to pierwsza laparoscopia w ciąży wykonana w naszym Szpitalu, z tego co wiemy pierwsza w regionie, i jedna z nielicznych w kraju.

**Marek Stefanowicz  
Tomasz Waśniewski**

## Rozmawiamy z Moniką Żywicką (30 lat), pacjentką Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Ginekologii Onkologicznej



— **Pani Moniko, przyjechała pani do Szpitala z powodu bardzo silnego bólu brzucha?**

— Tak, jestem w 11 tygodniu ciąży i nasilający się ból brzucha zaczął mnie martwić. Już dwa tygodnie temu poczułam lekki ból z jednej strony, ale nie przejmowałam się tym, bo nie był bardzo dokuczliwy, niestety zaczął się nasilać. 21 lipca trafiłam do szpitala, lekarz po wykonaniu USG zdiagnozował dużą torbiel o średnicy ok. 10 centymetrów, która była przyczyną bólu.

— **Czy tak duża torbiel zagrażała prawidłowemu przebiegowi ciąży?**

— Torbiel zagrażała ciąży i istniało ryzyko poronienia. Dodatkowo przy każdym moim ruchu ból nasilał się i był nie do wytrzymania. Aby go uśmierzyc

trzeba było usunąć torbiel. Jedynym wyjściem był zabieg operacyjny. Lekarze zaproponowali mi wykonanie tego zabiegu metodą laparoskopową.

— **Musiała pani podjąć trudną decyzję.**

— Początkowo byliśmy z mężem zaskoczeni koniecznością wykonania zabiegu, ale nie było innego wyjścia. Zgodziliśmy się.

— **Jak się pani czuje dzisiaj?**

— Czuję się dobrze, i z dzieckiem też jest wszystko w porządku. Najtrudniejszy był pierwszy dzień, ale już drugiego dnia mogłam wstawać. Dzisiaj mogę leżeć na boku i chodzić. Wracam do domu 24 lipca.

— **Dziękuję za rozmowę.**

core

## Wspaniała inwestycja na wiele lat

**Coraz wyższe wymagania stawiane postaci leku, w tym leku recepturowego, wymagają zastosowania nowych urządzeń, które podnoszą jego jakość równocześnie ułatwiając i przyspieszając proces wytwarzania.**

Dotychczas używaliśmy w aptece moździerzy porcelanowych, zarówno do rozdrabniania substancji leczniczej jak i do otrzymywania stałych postaci leku.

Wadą moździerza jest jednak obecność porów na wewnętrznej powierzchni, które ulegają trudno zmywalnym zanieczyszczeniom pozostałościami po lekach.

Preparaty wytwarzane w moździerzu charakteryzują się poza tym znaczną niepowtarzalnością uzależnioną w dużym stopniu od osoby wykonującej. Unguator, który posiadamy od niedawna to nie tylko mikser recepturowy ale cały system mieszadeł i pojemników wykorzystywanych razem z tym urządzeniem.

Stosowane nowe opakowania eliminują ryzyko wtórnego zakażenia mikrobiologicznego podczas otwierania opakowania. Ma to szczególne znaczenie w przypadku maści z antybiotykami oraz stosowanych na rany i oparzenia.

System Unguator gwarantuje wiele dodatkowych korzyści w porównaniu z metodami konwencjonalnymi:

- receptura maści, czopków, globulek – ujednolicona,
- lepsza homogenizacja,
- zredukowanie ryzyka przedostania się drobnoustrojów,
- higieniczne przygotowanie,
- trwałość postaci leku co przynosi wymierne korzyści finansowe dla szpitala,
- lepsza jakość produktu dzięki specjalnym opakowaniom, które zapewniają prawidłowe przechowywanie leku,
- w czasie pracy urządzenia można zająć się innymi czynnościami np. przygotowaniem następnego preparatu,
- specjalne jednorazowe formy zapewniają odpowiednią jakość i trwałość gałkom czy czopkom stanowiąc jednocześnie dla nich opakowanie jednostkowe,
- po umieszczeniu Unguatora w łożu z laminarnym nawiewem jałowego powietrza możemy wykonywać leki jałowe.

Jest to wspaniała inwestycja na wiele lat.

**Wanda Długi**  
kierownik Apteki



# Cyfrowa radiologia

Rozmawiamy z dr n. med. Elżbietą Stefanowicz kierowniczką Działu Diagnostyki Obrazowej

— Niedawno zakończył się remont Działu, co się zmieniło?

— Wszystkie pomieszczenia zostały przebudowane. Jest teraz kolorowo, ładnie i czysto. Wyremontowano zaplecze i łazienki, znacznie poprawiły się warunki dyżurowania. Ale to wszystko jest tylko dodatkiem do ucyfrowienia naszego działu.

— Jakie korzyści wynikają z wprowadzenia radiologii cyfrowej?

— Głównie ekonomiczne. Szpital nie musi kupować filmów i odczynników. Bardzo ważne są również korzyści ekologiczne. Odczynniki chemiczne używane do wywoływania filmów są bardzo szkodliwe dla środowiska i wymagają specjalnej utylizacji. Mamy także możliwość poprawiania złej jakości zdjęcia poprzez „obróbkę” komputerową oraz powiększania pewnych fragmentów zdjęcia. W wielu przypadkach jed-



no zdjęcie pozwala na ocenę zarówno układu kostnego jak i tkanek miękkich. Wyniki badań dostępne są teraz w wersji cyfrowej, czyli jest to obraz w komputerze. Taki wynik badania może być w każdej chwili wysłany na każdy oddział. Ważne jest to, że między innymi lekarze w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym nie muszą czekać na zdjęcie, ale po wykonaniu badania, mogą natychmiast obejrzeć wynik u siebie na monitorze.

— Czyli ucyfrowienie obejmuje cały szpital?

— Wyniki badań mogą być przesyłane do każdej medycznej komórki szpitalnej. A w przyszłości ucyfrowienie będzie obejmowało także przychodnię.

Dzięki temu decyzje dotyczące właściwego postępowania leczniczego będą szybsze.

— W Dziale pojawiły się także nowe urządzenia diagnostyczne.

— Tak, wymieniliśmy aparat mamograficzny. Konstrukcja nowego aparatu umożliwi szybsze, sprawniejsze i łatwiejsze wykonywanie badań. System automatycznej „optymalizacji kompresji” na podstawie indywidualnych cech piersi określa właściwą wartość siły nacisku, jaką należy zadziałać na pierś, co decydująco wpływa na jakość obrazu. Aparat umożliwi również automatyczne dobranie optymalnej dla pacjentki dawki promieniowania. Dodatkowo aparat może być wyposażony o przystawkę mammotomiczną służącą do biopsji gruboigłowej. Wymieniliśmy również aparat rtg. Nowy aparat przystosowany jest do badania pacjentów powypadkowych w ciężkim stanie. Można, dzięki niemu, wykonywać zdjęcia w dowolnej płaszczyźnie bez poruszania pacjenta. Można również robić nietypowe projekcje, niemożliwe do wykonania w innych aparatach.

— Dział Diagnostyki Obrazowej należy do najlepszych w województwie i oferuje najszerzy wachlarz usług medycznych. Jakie badania są tu wykonywane?

— Nasz Dział zawsze był wyposażony w różne aparaty umożliwiające prowadzenie kompleksowej diagnostyki, dlatego kadra tu pracująca ma największe doświadczenie, co również wpływa na wysoką jakość pracy. Nasi lekarze często weryfikują badania wykonywane



Opisywanie badań





**Technik Anna Moniuszko przy nowym aparacie rtg**

w innych pracowniach. W pracowni radiologii klasycznej wykonujemy pełen zakres badań i jako jedni z nielicznych wykonujemy badanie układu moczowego i jelit pacjentów ambulatoryjnych. W pracowni mammografii wykonujemy od bardzo wielu lat biopsje stereotaktyczne zmian niewidocznych w usg, niemożliwych do zbadania klinicznego. Zmiany te widoczne są tylko w badaniu mammograficznym, pozwalającym na diagnozowanie bardzo wczesnych postaci raka. Wykonujemy również biopsje grubo i cienkoigłowe piersi. Pracownia badań naczyniowych wykonuje pełną gamę badań diagnostycznych naczyń całego ciała, zabiegi poszerzania naczyń obwodowych i szyjnych, zamykania naczyń w przypadkach krwotoków pourazowych i z nieoperacyjnych raków lub z rejonów niedostępnych operacyjnie. Od 4 lat wprowadzamy wewnątrznaczyniowo protezy aortalne



**Nowa rejestracja**

i brzuszne w przypadkach tętniaków i rozwarstwień aorty. Wprowadzamy również filtry do żyły głównej dolnej, zatrzymujące skrzepiny z żyłaków kończyn dolnych. W najbliższej przyszłości chcemy rozszerzyć zakres zabiegów o zabiegi wykonywane w obrębie naczyń mózgowych. Wszystkie nasze pracownie, poza mammograficzną, czynne są całą dobę.

#### — Jakże jeszcze są plany rozwoju Działu?

— Konieczne jest utworzenie pracowni ultrasonograficznej zajmującej się szczególnie badaniami naczyniowymi. Chcemy dalej rozwijać współpracę z oddziałami klinicznymi np. z oddziałem gastroenterologicznym rozpoczniemy współpracę przy poszerzaniu i udrażnianiu dróg żółciowych.

#### — Dziękuję za rozmowę.

core



**Lekarze radiolodzy, od lewej: Elżbieta Stefanowicz, Dariusz Kozłowski, Emilia Paszkowska, Maria Bładowska**

#### Przed wprowadzeniem systemu radiologii cyfrowej:

- do wywoływania zdjęć niezbędne były pomieszczenia (jaśnia i ciemnia),
- badania obrazowane były na błonach filmowych,
- lekarz aby dokładnie obejrzeć zdjęcie używał negatostkopu,
- brak możliwości modyfikowania obrazu,
- wynik badania wypisywany i dostarczany był do innych komórek szpitalnych, a tam dopiero wprowadzany do komputera.

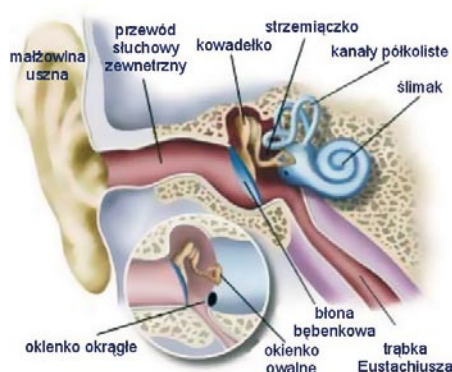
#### Po wprowadzeniu systemu radiologii cyfrowej:

- w pomieszczeniach, które zajmowały jaśnia i ciemnia powstała pracownia elektrofizjologii,
- system cyfrowego obrazowania to obraz w komputerze i możliwość modyfikowania obrazu (może on być obracany, oglądany pod każdym kątem, rozjaśniany, przyciemniany, można zwiększać, zmniejszać rozdzielczość pikseli),
- radiologia cyfrowa to lepszy obraz i możliwość postawienia dokładnej diagnozy,
- zapisywanie wyników w bazie komputerowej i natychmiastowe przesyłanie drogą elektroniczną wyników do odpowiednich komórek szpitalnych (pozwała to wyeliminować ewentualne błędy, które powstają przy ponownym przepisywaniu wyników badań do bazy),
- możliwość natychmiastowego przesłania wyniku badania do każdej komórki, do każdego szpitala w Polsce i zagranicą,
- możliwość kontaktowania się ze specjalistami z innych szpitali i możliwość konsultacji medycznej w przypadku trudnych do zdiagnozowania przypadków,
- służenie pomocą specjalistyczną innym szpitalom, które wyślą tylko zdjęcie, a nasz specjalista radiolog postawi diagnozę,
- przypadki mogą być konsultowane natychmiast z wieloma specjalistami, często o zdrowiu i życiu chorego przeważają sekundy.

z cyklu ZMYŚLY

# Ucho

Pierwszą stacją układu słuchu jest tzw. peryferyjny układ słuchowy, który zbudowany jest z ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego oraz nerwu słuchowego. Podstawowym zadaniem ucha zewnętrznego i środkowego jest przekazanie do struktur ucha wewnętrznego, zwanego często z racji charakterystycznej budowy zewnętrzną ślimakiem, optymalnej porcji energii akustycznej. Energia ta zamieniona w uchu wewnętrznym na impulsy elektryczne i przekazana nerwem słuchowym do mózgu wywołuje w naszej świadomości powstanie wrażenia słuchowego.



Można zadać pytanie w jaki sposób dochodzi do tego procesu?

Małżowina działa jak swoisty „przewodnik” dźwięku do zewnętrznego przewodu słuchowego, który łączy małżowinę z błoną bębenkową. Prze-

**Najczęściej utożsamiamy ucho z najbardziej widocznym elementem – małżowiną uszną, która jest widoczna po obu stronach głowy. Ale każdy z nas pamięta przynajmniej ze szkoły, że ucho jest zbudowane w sposób bardziej skomplikowany.**

wód słuchowy jest dla fali dźwiękowej rezonatorem, który wyraźnie zwiększa poziom ciśnienia akustycznego w okolicy częstotliwości 3 kHz. Częstotliwość ta znajduje się w środku pasma szczególnie uprzywilejowanego (2-5 kHz). Właśnie w tym paśmie znajdują się częstotliwości podstawowe mowy i muzyki. Mowa jest jak wiadomo podstawą naszej komunikacji a muzyka oddziałuje na naszą sferę emocjonalną. W proces ten o czym należy także pamiętać, włączone są także struktury spoza układu słuchowego. Wspólne działanie takich elementów jak ramiona, szyja, głowa oraz obrąbek małżowiny usznej, muszla uszna, zewnętrzny przewód słuchowy nazywane jest „naturalnym torem akustycznym”.

Małżowina uszna pomaga w lokalizowaniu źródła dźwięku przód-tył i wręcz rozstrzyga – przy usytuowaniu źródła dźwięku w płaszczyźnie środkowej: góra czy dół. Rozpoznanie czy dźwięki powstają z prawej czy z lewej strony, jest możliwe dzięki temu, że do obu uszu docierają one w różnym czasie i z niejednakowym natężeniem.

A jak się orientujemy, że dźwięki powstają za nami? Również o tym decyduje kształt małżowiny. Jej krawędź jest tak uformowana, że powoduje ich zanikanie w paśmie od 3 kHz do 6 kHz. Zmieniają wtedy swój charakter, a mózg interpretuje je jako wytwarza-



**dr n. med. Bogdan Kibiłda**

ne z tyłu. Dźwięki dochodzące z przodu głowy ulegają podobnej zmianie, tylko w innym zakresie częstotliwości.

Błona bębenkowa leżąca na końcu przewodu słuchowego zewnętrznego przekazuje drgania do ucha środkowego, które jest układem dźwigni utworzonych przez łańcuch trzech kosteczek: młoteczka, kowadełko i strzemiączko. Ich rozmiary są tylko kilku milimetrowe, ale tworzą genialnej sprawności konstrukcję. Układ ten spełnia podwójną rolę nie tylko przenosi energię, ale potrafi także ją wytracać. W szczególnych sytuacjach działanie mięśnia strzemiączkowego (najmniejszy mięsień w organizmie człowieka), którego przyczep jest na jednej z kosteczek słuchowych – strzemiączku, potrafi ochraniać ucho wewnętrzne przed przenoszeniem nadmiernych porcji energii akustycznej.

Energia akustyczna przenoszona przez wyżej opisany łańcuch kosteczek dochodzi do ośrodka, który jest wypełniony cieczą zwaną endolimfą. Ośrodkiem tym jest zamknięte w kostnej kapsule, kształtem przypominająca ślimaka, ucho wewnętrzne. Właśnie w uchu wewnętrznym następuje zamiana energii mechanicznej na impulsy nerwowe. Tylko tak zamieniona energia dostarczona do mózgu poprzez włókna nerwowe, które tworzą wspólnie nerw słuchowy może wytworzyć wrażenie słuchowe. W uchu



**Lek. med. Robert Ejdyś - badanie mikroskopowe ucha środkowego**

wewnętrzny za fenomenalny sposób zamiany energii mechanicznej na energię elektryczną odpowiedzialnym jest zespół najbardziej wyspecjalizowanych komórek nerwowych zwanych narządem Cortiego. Jego nazwa pochodzi od nazwiska Alfonsa Cortiego, który opisał go w roku 1851. Zasadniczą częścią tego organu jest około 15 000 komórek włoskowatych dwóch typów: zewnętrznych i wewnętrznych, ułożonych w rzędy. Od komórek tych odchodzą tysiące włókien nerwowych. Umieszczone one są na specjalnej błonie zwanej błoną podstawną.

Rozumienie procesu słyszenia w znacznym stopniu opiera się na rozumieniu zjawiska zachowania się błony podstawnej w odpowiedzi na ruchy strzemiączka.

Ruch strzemiączka wpływa na odkształcenie się błony podstawnej, wywołując falę wędrującą, która przemieszcza się w kierunku górnej części stożka ślimaka. Fala ta jest odpowiedzialna za powstanie drgań, które oddziałują na narząd Cortiego. Od częstotliwości dźwięku zależy, w którym miejscu błony podstawnej dochodzi do największego pobudzenia. Jest to analizująca praca błony podstawnej. Każdy jej punkt jest „nastrojony” na odbiór ściśle określonej częstotliwości dźwięku. Stanowi ona rodzaj mapy dźwięków słyszalnych.

Każdy punkt błony podstawnej jest połączony z włóknami nerwowymi, których komórki są nastrojone na różne częstotliwości i tym sposobem filtrują one poszczególne dźwięki.

Wytworzony impuls elektryczny przekazywany jest nerwem słuchowym do pierwotnej i wtórnej kory słuchowej. Impulsy te są inaczej na-



### W trakcie zmiany opatrunku

zywane potencjałami czynnościowymi stanowią uniwersalny język komunikowania się z mózgiem całego organizmu. Specyficzna natomiast dla poszczególnych zmysłów jest budowa organu, w którym następuje zakodowanie cech fizycznych sygnału, który wywołuje określone wrażenie.

U podstaw przekazywania impulsu nerwowego leży praca komórek nerwowych zwanych neuronami. Końcowym wynikiem obróbki dźwięku przez układ słuchowy jest informacja jakie dźwięki są w naszym otoczeniu. Warto zwrócić uwagę jaką w procesie słyszenia odgrywa mózg, a dokładniej pierwotna i wtórna kora słuchowa. Pierwotna kora słuchowa przetwarza sygnały nerwowe docierające poprzez nerw słuchowy. Natomiast wtórna

kora słuchowa, powiązana z korą pierwotną oraz innymi częściami mózgu, umożliwia kojarzenie wrażeń słuchowych z innymi doznaniem zmysłowymi, także tymi z przeszłości.

Na zakończenie chciałbym podkreślić, że praca całego narządu słuchu jest niezwykle wyjątkowa. Zmysł słuchu podobnie jak serce, funkcjonuje nawet wtedy, gdy śpimy.

Nasze uszy słyszą zarówno cichutki szept, jak i 10 bilionów razy głośniejszy huk startującego odrzutowca. Naukowo określamy taką różnicę natężenia dźwięku na miarę 130 dB.

Uszy ludzkie są w stanie z dokładnością do dwóch stopni określić przemieszczenie się źródła dźwięku. Zorientują się, że dociera on do każdego z nich w innym czasie i z niejednakowym natężeniem. Opóźnienie może wynosić nawet jedną dziesięciomilionową sekundy, ale potrafimy to dostrzec.

Nasze uszy rozpoznają około 400 000 dźwięków. Same dokonują analizy fali akustycznej i porównują wyniki z danymi znajdującymi się w naszej pamięci. Dzięki temu potrafimy odróżnić brzmienie fletu od dźwięku skrzypiec oraz poznać głos znajomego.

Warto jest jeszcze podkreślić, że bodźce wzrokowe i słuchowe stanowią „pokarm” dla naszego mózgu.

**dr n. med. Bogdan Kibiłda**  
ordynator oddz. otolaryngologii



*Ucho z Bretschneidrova*

# Działania niepożądane

**Zdarzenie niepożądane według Światowej Organizacji Zdrowia to uszczerbek na zdrowiu pacjenta wywołany w trakcie diagnostyki i/lub leczenia nie związany z naturalnym przebiegiem choroby lub stanem zdrowia, a także ryzyko jego wystąpienia.**

Ta definicja w bardzo mocny sposób oddziela to, co jest bezpośrednio związane z przebiegiem choroby lub stanem zdrowia pacjenta od innych zdarzeń, które jako takie mogą być zakwalifikowane do kategorii zdarzenia niepożądanego.

Dane światowe dotyczące częstości występowania zdarzeń niepożądanych wskazują, że sytuacja w tym zakresie jest niepokojąca. Badania amerykańskie donoszą, że od 44 tys. do 98 tys. Amerykanów umiera rocznie w szpitalach w wyniku zdarzeń niepożądanych. Dane te odnoszą się do 37 milionów hospitalizacji. Gdybyśmy jednak podjęli próbę bezpośredniego przełożenia wyniku badań amerykańskich, zakładając, że zjawisko to dotyczy 3% hospitalizacji, to przy rocznej liczbie hospitalizacji w Polsce na poziomie 6 milionów, (dane GUS z 2005 roku) to skalę zjawiska należy oszacować na poziomie 200 tys. przypadków zdarzeń niepożądanych, a zgony mogą się odnieść do ponad 17 tys. ludzi. W każdym działaniu niezależnie od naszej woli mogą pojawić się błędy. Należy jednak je wykrywać, monitorować, analizować i wyciągać z nich wnioski.

Prezes Stowarzyszenia Primum Non Nocere Adam Sandauer stwierdził, że: „Nie ma nic bardziej okrutnego niż ukrywanie błędów. To wydanie wyroku na pacjenta. Jeżeli nikt nie odpowiada za to co się stało, to pacjentowi pozostaje zwrócić się o pomoc do Pana Boga”. Obowiązujący system ochrony zdrowia w Polsce stwarza możliwości ukrywa-



**Pozostawienie ciała obcego**

nia błędów i nieprawidłowości. Również nie zapewnia bezpieczeństwa personelowi medycznemu ujawniającemu błąd medyczny czy zaniechanie. Niestety nie ma systemowego podejścia do raportowania zdarzeń niepożądanych w naszych szpitalach. Popełniane błędy są skrywane. Znaczna część personelu medycznego wie o popełnionych błędach i nic z posiadaną wiedzą nie robi, często bojąc się restrykcji ze strony przełożonych, a w razie dochodzenia racji odszkodowawczych na drodze sądowej, stanowią dowód w sprawie. Obecnie jesteśmy na poziomie kształtowania świadomości i potrzeby podejmowania działań zmierzających do rejestrowania błędów.

Nadrzędnym celem bezpieczeństwa pacjenta jest rejestrowanie, analiza i wyciągnięcie wniosków mających na celu uniknięcie ponownego powtórzenia popełnienia błędu. Zgłaszanie błędów medycznych nie może mieć na celu identyfikacji i karanie poszczególnych osób udzielających świadczeń medycznych. Zbieranie i raportowanie danych o błędach medycznych ma znaczenie tylko wtedy, jeżeli zgromadzone dane stają się przedmiotem analizy, a personel uczestniczący w zdarzeniu niepożądanym otrzymuje informację zwrotną.

Co więc należy robić? Działania zapobiegawcze powinny być prowadzone w kilku kierunkach:

- w stosunku do pacjenta i jego rodziny,
- do szpitala, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego,
- do systemu opieki zdrowotnej.

W przypadku pacjenta, należałoby stworzyć mechanizmy, które umożliwią przepływ informacji o wystąpieniu zdarzenia niepożądanego i przeciwdziałaniu jego następstwa. Należy pacjentowi wyjaśnić co się stało, jakie mogą być konsekwencje popełnionego błędu i jakie zostały podjęte działania w celu zminimalizowania skutków błędu.



**Alicja Markiewicz**

W zakresie działań wewnętrz szpitalnych należy stworzyć mechanizmy raportowania zdarzeń niepożądanych. Należy dokonywać analiz przyczyn występowania problemów i podejmowanie działań zapobiegawczych. Również należy zapewnić pomoc i wsparcie personelowi będącemu uczestnikami zdarzenia, a także podjęcie działań zmierzających do uniknięcia błędów w przyszłości.

W systemie ochrony zdrowia należy stworzyć mechanizmy, które będą stymulowały pierwsze dwa kierunki oraz do raportowania i analizowania błędów w skali globalnej kraju przy pomocy profesjonalnego narzędzia. Dużą rolę w propagowaniu ujawniania błędów medycznych przez szpitale odgrywa Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ), które jest instytucją rządową Ministerstwa Zdrowia oraz Biuro Bezpieczeństwa Pacjenta. CMJ w 2006 roku po raz pierwszy podjęło próbę zebrania informacji o zdarzeniach niepożądanych dla dziennika „Rzeczpospolita”, który ogłosił ranking szpitali. Ankieta została skierowana do ponad 700 szpitali z czego 273 szpitale odpowiedziały na pytania zawarte w ankiecie. Pytania dotyczyły takich zdarzeń niepożądanych:

- zdarzenia niepożądane związane z podaniem leku,
- zdarzenia niepożądane związane z anestezją/znieczuleniem,
- zdarzenia niepożądane związane z transfuzją,
- zdarzenia niepożądane związane ze sprzętem medycznym,
- operacja niewłaściwej strony,
- upadki pacjentów,

- samobójstwa pacjentów w czasie pobytu w szpitalu,
- zakażenia MRSA,
- zgon matki/położnicy,
- pozostawienie ciała obcego,
- poparzenie pacjenta na sali operacyjnej.

W naszym szpitalu od kilku lat są gromadzone, analizowane i omawiane następujące zdarzenia niepożądane:

- niezgodności w Dziale Diagnostyki Laboratoryjnej takie jak: brak materiału do badań, hemoliza krwi, źle pobrana krew, skrzep w próbówce z antykoagulantem, nieprawidłowo opisana próbówka lub brak podpisu,
- niezgodności w Dziale Diagnostyki Obrazowej takie jak: pacjent nieprzygotowany do badania, nieczytelnie wypisane skierowanie, nieprawidłowo wypisane skierowanie (brak pieczętki lekarza, brak rozpoznania, brak PESEL),
- niezgodności w Zakładzie Medycyny Nuklearnej takie jak: hemoliza krwi,



### **Popelniane błędy nie powinny być skrywane**

brak pieczętki lekarza zlecającego lub szpitala, brak zlecenia, skrzep w próbówce, nieprawidłowo opisana próbówka, pacjent chory i przeciwwskazanie wykonania badania,

- niezgodności w Centralnej Sterylizatorni takie jak: uszkodzenia różnych rodzajów pakietów i w jakich okolicznościach to się stało,
- powikłania poprzetoczeniowe,
- zakażenia szpitalne,
- odleżyny,
- wypadki przy pracy,
- zakłucia/skaleczenia pracowników,

- awaryjność sprzętu medycznego,
- awaryjność sprzętu informatycznego,
- skargi pacjentów,
- zgony pacjentów.

We wszystkich wymienionych działaniach niepożądanych są podejmowane działania korekcyjne i zapobiegawcze przez liderów procesów.

Analiza dokonywana jest po zamknięciu roku kalendarzowego i przedstawienie wyników odbywa się na zebraniach kadry kierowniczej oraz na przeglądzie zarządzania.

Od 1.01.2008r rozszerzono zbieranie danych o następujące zdarzenia niepożądane:

- upadki pacjentów,
- samowolne opuszczenie szpitala,
- oparzenia na bloku operacyjnym,
- zranienie/skaleczenie.

Pierwsza analiza zdarzeń niepożądanych jest w opracowaniu i będzie przedstawiona na jesiennym spotkaniu z liderami procesów.

**Alicja Markiewicz**  
zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa

## Dary dla szpitala

**Fundacja Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy w ramach prowadzonego Programu nieinwazyjnego wspomaganie oddychania u noworodków „Infant Flow” przekazała w darze inkubator Atom z aparatem Infant Flow SiPAP o wartości 125 000 zł. oraz aparat Infant Flow SiPAP Comprehensive o wartości 89 000 zł. Sprzęt trafił do Oddziału Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka.**



Program ten ma na celu ograniczenie wentylacji mechanicznej u wcześniaków i noworodków, która w wielu przypadkach jest przyczyną ostrych powikłań płucnych objawiających się jako zespoły ucieczki powietrza, co może prowadzić do zwiększonej śmiertelności i wzrostu wylewów wewnątrzczaszkowych. Drugim poważnym powikłaniem wentylacji mechanicznej jest przewlekła choroba płuc,

której konsekwencją są: zwiększona umieralność, przedłużone wielokrotne pobyty w szpitalu, zwiększone koszty leczenia, gorszy rozwój psychoruchowy dziecka.

Aby temu zapobiec w wielu krajach wdraża się programy redukujące częstość występowania przewlekłej choroby płuc. Polska chce być jednym z nich. Dane z krajów wysokorozwiniętych wskazują, że wentylację me-

chaniczną można ograniczyć o 40%, jeżeli dysponuje się inną metodą nieinwazyjną wspomaganie oddychania. Taką metodą jest „Infant Flow” – technika, która bazuje na trybie CPAP stosowanym donosowo z wykorzystaniem zmiennika przepływów rozróżniającego fazę wdechu i wydechu. Metoda ta nie wymaga intubacji noworodka.

**Alicja Biernacka**

### **Sprostowanie**

W poprzednim numerze kwartalnika przedstawiliśmy Państwu zadania i skład Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych Szpitala. Niestety do artykułu wkradł się mały chochlik redakcyjny.

Nie uwzględniliśmy Pani Katarzyny Czerniawskiej w przedstawionym składzie Komisji, za co przepraszamy!

Redakcja

z cyklu PREZENTACJE

# Sekcja Dokumentacji i Rejestracji Chorych

## Na pierwszy ogień

Przyszły pacjent zbliżał się do budynku Szpitala. Swoje kroki kierował do rejestracji. Jęknął z przerażeniem na widok stojącej grupy około trzydziestu, takich jak on, pacjentów. Podszedł do nich i zapytał, czy wszyscy czekają do rejestracji, przytaknęli, po czym z szyderczymi uśmiechami (a w każdym razie tak się naszemu pacjentowi wydawało) poinformowali go, że koniec kolejki jest... ooo, tam!

Wybiła godzina siódma trzydzieści. Przed zebraniem tłumem przemknęła postać w białym ubraniu i za chwilę pojawiła się w okienku. Wszyscy się tłoczyli, nikt nie chciał być ostatni, każdy pilnował „osoby, która była przed nim”. Telefony dzwoniły jak oszalałe, a rejestratorka ze stoickim spokojem wkłapywała coś do komputera i z uśmiechem udzielała informacji.

W tym samym czasie inny pacjent postanowił telefonicznie dokonać rejestracji. Usiadł wygodnie we własnym fotelu, wziął do ręki telefon i wystukał numer rejestracji szpitala. Zajęte. Wykręcił ponownie. To samo. Odczekał chwilę i wcisnął redial. Nareszcie uzyskał połączenie i uśmiechnął się zadowolony. Niestety uśmiech zgasł, kiedy po 30 sekundach nikt nie podniósł słuchawki. W końcu po 15 minutach udało mu się uzyskać połączenie z „postacią ubraną na białą”, zmagającą się w tym samym czasie z tłumem przed okienkiem, coraz bardziej zdenerwowany tym, że zamiast ich rejestrować, rozmawia sobie przez telefon.

## Spokój i opanowanie

To właśnie obraz widziany oczami naszego pacjenta. Ale nie tylko. Często brak wyrozumiałości w stosunku do pracowników rejestracji wykazują również osoby, które jak się zdaje, powinny zdawać sobie sprawę z uciążliwości ich pracy. Nikt z nas tak naprawdę nie zdaje sobie sprawy, ile osób dziennie kontaktuje się, czy to osobiście, czy telefonicznie z pracownikami Sekcji Dokumentacji i Rejestracji Chorych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Same liczby nie są w stanie przybliżyć nam tego rozmiaru.

Najbardziej obrazowy przykład stanowi Stadion Wembley. Patrząc na transmisję meczu, obserwujemy 90 tysięcy ludzi zebranych w jednym miejscu. Rejestracje Szpitala rocznie odwiedza blisko 200 tys. osób. Drugie tyle chce zasięgnąć, w tym samym czasie, informacji telefonicznie. Wydaje się to wręcz nie do ogarnięcia przez 4 panie rejestratorki.

Sumiennosc i dokładność Joanny Celmer, kierownika Sekcji Dokumentacji i Rejestracji Chorych, która czuwa nad sprawną i prawidłową komunikacją z pacjentem i instytucjami jest znana chyba wszystkim pracownikom szpitala.

To właśnie od niej spływają zestawienia i wykazy dotyczące leczenia ambulatoryjnego, pracowni i oddziałów Szpitala. To również ona przygotowuje sprawozdania do różnych instytucji (CZP, GUS, urzędy), prowadzi i uaktualnia ISO-wski rejestr obowią-

zujących w szpitalu formularzy, prowadzi rozmowy z petentami, wyjaśnia problemy pacjentów związane z rejestracją, odpowiada na skargi, załagadza konflikty i stara się zorganizować pracę swojej komórki w taki sposób, aby wszystko „działało jak w zegarku”.

— *Pacjenci oczekują od nas błyskawicznego działania, wyrozumiałości, cierpliwości i współczucia, ale często również wpłynięcia na skrócenie czasu oczekiwania w kolejce do specjalisty, co jest przecież rzeczą niemożliwą* — mówi Joanna Celmer, kierownik Sekcji Dokumentacji i Rejestracji Chorych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. — *Przy takiej liczbie osób, z którymi się kontaktujemy, najważniejszą zasadą jest spokój i opanowanie.*

## Rejestracje

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie posiada dwie rejestracje: zlokalizowaną na wysokim parterze w głównym budynku, która obsługiwana jest przez Danutę Ejsmond, Marlenę Szyperską oraz Danutę Wyrzykowską i Katarzynę Hołoweńko (obsługa gabinetu USG, rejestracja USG), a także mieszcząca się przy ul. Żołnierskiej 16a, w której pracują Bogusława Kazimierczuk, Anna Płancka, Dorota Dejnack, Monika Madejewska, Małgorzata Jasutowicz oraz Bożena Winiarek, obsługująca pacjentów objętych programem KAOS.

Dziennie przypada ponad 50 pacjentów na jedną rejestratorkę i liczba ta systematycznie rośnie!



— *Jesteśmy szpitalem wojewódzkim, odwoławczym, posiadamy wielu bardzo dobrych specjalistów z rzadkich dziedzin medycyny, dlatego tak wielu pacjentów chce się u nas leczyć* — mówi Joanna Celmer. — *Aby nasza komórka funkcjonowała sprawnie potrzebne jest naprawdę bardzo duże zgranie się pracowników, wzajemne wsparcie i szybkie wychwytywanie potrzeb w danej chwili. Pacjenci bywają różni, jedni ze spokojem przyjmują informację o długim czasie oczekiwania do lekarza, co jest przecież niezależne od nas, inni chcą nawet pomszkżyć się na swoje dolegliwości, co oczywiście zabiera czas przeznaczony na zarejestrowanie jednego pacjenta, jeszcze inni obrzucają wyzwiskami rejestratorki i powodują wzburzenie wśród wszystkich oczekujących na zarejestrowanie.*

Pracownicy rejestracji w tym pędzie czasowym, aby jak najszybciej zarejestrować chorego muszą jeszcze znaleźć czas na udzielanie osobom zgłaszającym się informacji o dniu, godzinach pracy poszczególnych poradni, sprawdzaniu uprawnień pacjenta do świadczeń, a w przypadku zmiany czasu pracy poradni niezwłocznego powiadomienia pacjenta o zmianie terminu wyznaczonej mu wizyty. A także wyjęcie odpowiednich historii chorób i dostarczeniu ich dla lekarzy w poszczególnych poradniach. To do nich należy również zakładanie historii chorób i kopert zbiorczych, porządkowanie dokumentacji po zakończeniu przyjęć przez lekarzy, gromadzenie i przechowywanie dokumentów, zapewnienie rejestracji i ewentualne załatwianie poza kolejnością osób o widocznym kalectwie, z widocznym złym samopoczuciem, przywiezionych przez karetki pogotowia, kobiet ciężarnych, pacjentów uprawnionych do przyjęcia poza kolejnością.

## Statystyka

Do Sekcji Dokumentacji i Rejestracji Chorych należy również Statystyka. Janina Stańczak, Danuta Mikulak i Anna

Nuzikowska skrupulatnie prowadzą dokumentację, związaną z pobytem chorych w Szpitalu, sprawdzają historie chorób pod względem kompletności poszczególnych formularzy i zapisów. To do ich zadań należy również prowadzenie księgi głównej chorych i innych ksiąg pomocniczych, księgi zgonów, prowadzenie sprawozdawczości i statystyki medycznej, prowadzenie ewidencji i kontroli recept narkotycznych.

To właśnie tu pacjenci mogą dokonywać wpłat na wykonywanie świadczeń medycznych w pracowniach Szpitala.

— *Codziennie od 7.00 spływają do nas dane z poprzedniego dnia dotyczące ruchu chorych, czyli wszystkie przyjęcia, wypisy, przeniesienia pacjentów i od tego zaczynamy każdy dzień* — mówi Joanna Celmer, kierownik Sekcji. — *Bardzo istotnym elementem pracy statystyki jest kompletowanie, sprawdzanie i przekazywanie sekcji ds. kontraktowania i rozliczeń kart medycznych pacjenta, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia wypłaca Szpitalowi należności za usługi medyczne. Wysyłamy również Karty Statystyczne do Centrum Zdrowia Publicznego, zawierające dane dotyczące zdrowia pacjenta: na co chorował, jaki czas przebywał w szpitalu i jakie procedury były wykonane, a także karty zgłoszenia nowotworu złośliwego.*

Od lipca statystka zajmuje się również aktualizowaniem i dostarczaniem danych potrzebnych Narodowemu Funduszowi Zdrowia dotyczących wszelkich wymogów, jakie musi spełnić Szpital odnośnie kontraktowania usług medycznych, jak również monitorowania zmian w zarządzeniach prezesa NFZ. Działka ta spoczywa na Annie Nuzikowskiej.

## Archiwum

Oprócz Rejestracji i Statystyki, Sekcji Dokumentacji i Rejestracji Chorych podlega również archiwum medyczne Szpitala.

Ze względu na ogromną liczbę zbiorów, jakie Szpital musi przechowywać,

archiwum mieści się w trzech pomieszczeniach. W budynku szpitala Krystyna Orzoł i Katarzyna Szychulska-Topa prowadzą bieżące archiwum, z historiami chorób pacjenta hospitalizowanego w tym roku.

— *Bieżące archiwum przejmuje ze statystyki wszystkie historie chorób, a pracownicy muszą odpowiednio przygotować dokumentację do archiwizacji, skatalogować, przetransportować do archiwum i zgodnie z zasadami rozmieścić na regałach* — mówi Joanna Celmer. — *Dziennie do archiwum bieżącego sphywa ponad 80 historii chorób.* — Poza tym archiwistki udostępniają dokumentację lekarzom do specjalizacji, do prac naukowych, ale także i pacjentom.

Pozostałe archiwa medyczne mieszczą się przy: ul. Żołnierskiej 16b – zbiory z lat 2005/2006 i w pomieszczeniu Działu Technicznego – dokumentacja z lat 1991-2004. Ewa Iwulska i Danuta Ślęzak sprawują pieczę nad właściwym przechowywaniem ponad 300 tysięcy teczek dokumentacji medycznej, poza tym porównywalnej liczby ksiąg oddziałowych, dokumentacji z sekcji kontraktowania i rozliczeń, poradni, a także ze wszystkich komórek usługowych szpitala.

Wydają również dokumentację lekarską wewnątrz jak i na zewnątrz szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami pacjentom, ubezpieczalnikom, prokuraturze, policji, sądom i innym instytucjom. Wymaga to od nich nie tylko koncentracji, ale również sprawnych nóg, gdyż pokonują dziennie wiele „kilometrów” pomiędzy oddziałami, archiwami i rejestracjami. Rocznie takich spraw jest ok. 1000 i tyle samo spraw pacjentów indywidualnych.

— *Problemem, z którym się borykamy jest brak pomieszczeń dla archiwum* — mówi Joanna Celmer. — *Zgodnie z przepisami musimy 20 lat przechowywać dokumentację, więc nasze możliwości kurczą się z dnia na dzień.*

**Magdalena Kantorczyk**



REHABILITACJA WCZEŚNIAKÓW

# Magiczna dłoń fizjoterapeuty

**Rodzice wcześniaków każdą diagnozę, stawianą przez lekarza, przyjmują z wielkim niepokojem, obawiają się problemów neurologicznych. Jednak powinni pamiętać, że układ nerwowy małego dziecka jest bardzo plastyczny i przy odpowiedniej, wcześnie podjętej rehabilitacji, problem może zniknąć.**

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, w Oddziale Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka jako jedynym w całym województwie warmińsko-mazurskim pracuje specjalistka fizjoterapii wczesnodziecięcej. Pani Iwona Chrostowska od prawie 17 lat zajmuje się nie tylko rehabilitacją noworodków donoszonych, ale również dzieci ze skrajnie niską wagą urodzeniową. Także, przy niedużych nieprawidłowościach lub bardzo obciążonym wywiadzie okołoporodowym, po konsultacji z neonatologiem, prowadzi instruktaż fizjoterapeutyczny dla rodziców. Uczą się tam wykonywać z maleństwem odpowiednie ćwiczenia, które następnie powtarzają codziennie najpierw w szpitalu, później w domu. Taka fizjoterapia polega na usprawnianiu dziecka oraz ćwiczeniu z nim prawidłowych schematów ruchowych.

— *Specjalizuję się w terapii neurofizjologicznej, pracuję metodami NDT Bobatch, a także metodą VOJTY* — mówi Iwona Chrostowska, specjalistka fizjoterapii wczesnodziecięcej. — *Na oddziale tego szpitala pracuję już od 4 lat.*

Około 4% dzieci rodzi się z uszkodzeniami mózgu spowodowanymi różnymi przyczynami, chorobami genetycznymi, poważnymi wadami zmysłów itd. Ich rozwój od początku jest zaburzony, albo istnieje zagrożenie, że jeśli nie zostaną podjęte odpowiednie działania stymulujące, będzie on opóźniony lub nieharmonijny.

Najbardziej rzetelną i wiarygodną metodą oceny rozwoju wcześniaka,

noworodka i dziecka jest diagnostyka zaproponowana przez Prechtl'a. Metoda ta stosowana jest w najbardziej rozwiniętych krajach Europy.

— *Dzięki zaproponowanej przez prof. Vaclawa Vojtę diagnostyce kinetycznej niemowląt możliwe stało się wczesne rozpoznanie zaburzeń rozwojowych, przede wszystkim w obrębie strefy ruchowej* — mówi Iwona Chrostowska. — *Opóźnienie rozwoju ruchowego pogarsza możliwości poznawcze dziecka. W tym okresie istnieje ścisła zależność stopnia rozwoju funkcji psychicznych i poznawczych od możliwości ruchowych, dlatego mówimy zawsze o zaburzeniach rozwoju psychoruchowego. Im więcej nieprawidłowości stwierdza się w przebiegu ciąży, porodu, a także u noworodka we wczesnym okresie poporodowym, tym większe zagrożenie pojawieniem się zaburzeń rozwoju psychoruchowego. W większości przypadków, dzięki prawidłowej pomocy medycznej, nie dochodzi do poważnych konsekwencji, jednak wszystkie niemowlęta narażone na niekorzystne warunki w okresie przed i okołoporodowym powinno otoczyć się szczególną opieką. Dlatego tak wcześnie wprowadzamy fizjoterapię wczesnodziecięcą.*

## Rozwój ruchowy zakodowany genetycznie

Nie każde dziecko kwalifikuje się jednak do takiej terapii. Wszystkie maluszki w pierwszej kolejności przechodzą przez dokładną diagnostykę i obserwację neonatologa, ewentual-



**Iwona Chrostowska specjalista fizjoterapii wczesnodziecięcej**

nie również neurologa. W przypadku wykrycia nieprawidłowości, lub wątpliwości, co do prawidłowego rozwoju zalecają pracę nad dzieckiem fizjoterapeucie.

— *Moja praca jest przydatna w takich dziedzinach, jak zaburzenia oddychania, zaburzenia napięcia mięśniowego świadczące o dysfunkcjach układu nerwowego u wcześniaków i noworodków i w trudnościach z karmieniem, kiedy potrzebna jest poprawa koordynacji (ssanie, połykanie, oddychanie)* — mówi Iwona Chrostowska. — *W Oddziale Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie rodzi się tyle dzieci, że każdego dnia potrzebna jest tutaj moja pomoc i praca. Z jednej strony to dobrze, bo jestem w stanie pomóc większej liczbie maluszków. Z drugiej jednak strony świadczy to również o tym, jak wielka istnieje potrzeba pomocy noworodkom oraz wykonywania specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii wczesnodziecięcej.*

Dlaczego małe dziecko, które przecież nie dysponuje żadną wiedzą naukową, „wie” kiedy i jak ma się podpieścić, obracać, chwycić zabawkę, raczkować, czy chodzić? Przecież na całym świecie wszystkie dzieci różnych ras rozwijają





się według tych samych praw, a żadne z nich nie studiuje neurofizjologii. Jedyną logiczną odpowiedzią jest to, że rozwój ruchowy jest zakodowany genetycznie, a jeśli tak faktycznie jest, to jego „program” musi istnieć od momentu poczęcia dziecka. Aby rozwój ruchowy mógł się odbywać, potrzebne jest jeszcze „to coś”, co będzie go mogło uruchomić. Ten mechanizm to ideomotoryka. Pojawia się ona w miarę dojrzewania centralnego układu nerwowego i wyraża naszą potrzebę osiągania różnych celów oraz realizowania potrzeb za pomocą lokomocji (przemieszczania się, zmiany pozycji ciała, ruchu).

Mimo tego, jednak każdy maluch jest inny, nie można więc powielać czynności rehabilitacyjnych takiego dziecka. Terapia nie może trwać dłużej niż 15 minut, jednak nie może być ani za słaba i zbyt krótka (nieefektywna), ani zbyt mocna i za długa (żeby nie przemęczyć malucha). Najlepszą godziną do stosowania zabiegów jest pora karmienia, czasami również przed poranną toaletą.

– *Dlaczego tak istotne jest przestrzeganie tych pór? Przy stymulacji oddechowej, w wyniku moich interwencji może dojść do ulania i zachłyśnięcia się dziecka, natomiast przy stymulacji do karmienia maluch musi być głodny, żeby odpowiednio zareagował na terapię* – dodaje Iwona Chrostowska.

### Pierwszy krok – wychwycić ruchy

Aby rozpocząć terapię i wytypować maluszki do fizjoterapii trzeba przede wszystkim ocenić ich ruchy globalne metodą Prechtla. Są dwa rodzaje: ruchy wijące i ruchy drobnookrężne. Każdy z nich występuje w określonym czasie i w określonej postaci. Ocenia się jakość i liczbę występowania tych ruchów. Jeśli w tym czasie dodatkowo pojawią się ruchy kurczowo-synchroniczne, to dziecko kwalifikuje się do natychmiastowej intensywnej terapii, ponieważ aż w 90% może się to przeistoczyć w mózgowie porażenie dziecięce.

Drugim rodzajem ruchów odbiegających od normy są ruchy ubogo-reper-tuarowe, które świadczą o stanie przejściowym – czyli granicy między normą, a nieprawidłowościami. Gdy pojawią się te ruchy, trzeba wówczas dziecko poddać wnikliwej ocenie i podjąć decyzję: wprowadzić terapię, czy nie? Samoistnie wróci do normy, czy jego rozwój skieruje się w drugą stronę?

– *Jeszcze kilka lat temu wszystkie dzieci poddawane były fizjoterapii, tylko z racji tego, że były wcześniakami* – mówi Iwona Chrostowska. – *Często dochodziło wówczas do nadstymulacji, co skutkowało w późniejszym czasie kłopotami wychowawczymi, nadpobudliwością, nadreaktywnością, nademocjonalnością. Teraz, dzięki tej części mojej pracy, mogę wyselekcjonować dzieci, które nie muszą być poddane terapii, więc nie ma negatywnych konsekwencji w postaci nadstymulacji.*

### Terapia w szpitalu i w domu

Pani Iwona Chrostowska w swojej pracy stosuje 3 rodzaje terapii. Terapia oddechowa to drenaż przyspieszonego przepływu oddechowego. Polega on na pogłębieniu fazy wydechu ręką terapeuty, po którym następuje czynny, głębszy wdech poprawiający mechanikę oddychania, rozszerzający klatkę piersiową, zwiększający upowietrzenie pęcherzyków płucnych. Przyspieszenie tego strumienia powietrza ułatwia odklejenie i ewakuację zalegającej wydzieliny, a tym samym efektywniejsze oczyszczenie drzewa oskrzelowego. Proces zdrowienia jest o wiele szybszy, niż przy stosowaniu tylko i wyłącznie drenażu mechanicznego.

Z kolei stymulacja neurofizjologiczna polega na pobudzeniu odpowiednich stref wyzwalania ruchu, w celu zwiększenia aktywności dziecka, normalizacji napięcia obniżonego tam, gdzie jest podwyższone i podwyższenia tam gdzie jest obniżone. Podczas tej stymulacji dochodzi do pobudzenia ośrodków nerwowych w mózgu i uzyskuje się zapisanie prawidłowego schematu ułożenia i ruchu.

Trzecią terapią jest stymulacja orofacjalna. Ułatwia skoordynowanie procesu: ssanie, połykanie, oddychanie. Polega na wykonywaniu masażu zewnętrznego okolicy ust, masażu wewnętrznego podniebienia i języka, w celu uzyskania prawidłowej pracy potrzebnej do efektywnego jedzenia.

Stymulacji orofacjalnej i neurologicznej uczone są mamy i mogą wykonywać te ćwiczenia kilka razy w ciągu dnia, zwiększając efektywność leczenia.

Prawidłowy czas trwania ciąży u kobiety wynosi od 38 do 42 tygodni. Dzieci urodzone po pełnych 37 tygodniach ciąży, niezależnie od ich urodzeniowej masy ciała, nazywane są noworodkami donoszonymi. Dzieci, które urodziły się przed ukończonym 37. tygodniem, to tak zwane wcześniaki. Obecnie na świecie udaje się utrzymać przy życiu noworodki urodzone nawet w 23-24 tygodniu. W Polsce szansę na przeżycie mają raczej dzieci urodzone powyżej 24.-25. tygodnia trwania ciąży. Noworodki te ważą znacznie mniej niż donoszone – zdarza się, że ich waga ledwie przekracza 500 g. Mimo ogromnej niedojrzałości w chwili narodzin i wielu niebezpieczeństw, ich późniejszy rozwój może nie odbiegać lub tylko nieznacznie różnić się od rozwoju donoszonych dzieci.

Stosowanie fizjoterapii wczesnodziecięcej w widoczny sposób skraca czas leczenia noworodka, a dzięki ćwiczeniom oddechowym dzieci szybciej są odłączane od wentylacji mechanicznej, co chroni je przed ewentualnymi powikłaniami.

– *Moja praca jest bardzo stresująca, biorąc pod uwagę, że wykonuję ćwiczenia na dzieciach tak malutkich, że często mieszczą się na jednej dłoni* – mówi Iwona Chrostowska. – *Z jednej strony stymulacja musi być wykonana dobrze technicznie, z drugiej strony – jeśli ugniatam klatkę piersiową noworodka wytłaczając powietrze z płuc, nie mogę dziecka uszkodzić – a ta granica jest bardzo krucha i delikatna. Moje działania nie mogą spowodować spadku saturacji. Największą satysfakcję odczuwam, kiedy dziecko zaczyna nabierać prawidłowych odruchów i wraca do normy. Po prostu kocham to, co robię, to moja pasja. A nasza praca, całego zespołu oddziału pokazuje, że warto walczyć o każde dziecko!*

**Magdalena Kantorczyk**

#### Dlaczego tak mało jest specjalistów w dziedzinie fizjoterapii wczesnodziecięcej?

Mało osób decyduje się na tę specjalizację, ze względu na:

- Duże ryzyko wystąpienia komplikacji u noworodka.
- Praca jest trudna, wymagająca doświadczenia i wycucia.
- Kursy specjalizacyjne są organizowane bardzo rzadko – co 2-3 lata, dla niewielkiej liczby osób.
- Kurs z fizjoterapii wczesnodziecięcej kosztuje ok. 7-8 tys. zł.

# Mimozami jesień się zaczyna...

Opustoszały już plaże i miejsca naszych letnich ustroni. Wielkimi krokami zbliża się jesień. I chociaż jeszcze widać gdzieś ślady ciepłego dotyku słońca na twarzach naszych lub naszych koleżanek i kolegów z pracy, to jednak wszyscy czujemy, że czas urlopowy odchodzi w dal. Czas jesieni często sprawia, że ogarnia nas nostalgia, przygnębienie, a czasem nawet smutek.

Angielskie słówko SAD oznacza „smutny”. I świetnie pasuje jako nazwa jesiennej choroby: SAD to skrót od Seasonal Affective Disorder, czyli sezonowe zaburzenia nastroju. To naukowa nazwa powracającej co roku chandry jesiennych i zimowych miesięcy. Dotknięci SAD ludzie dużo śpią, a mimo to trudno im się obudzić, mają mało energii, za to duży apetyt, zwłaszcza na słodczyce. Są smutni, ociężali, ospali i letargiczni. Jak twierdzą specjaliści, jesienne obniżenie nastroju to przede wszystkim wynik niedoboru światła słonecznego. Jego natężenie jest w październiku czy lutym 2-3 razy niższe niż w słoneczny wiosenny dzień i aż 100 razy niższe niż latem na plaży. A w ciemności nasz organizm produkuje więcej melatoniny – hormonu, którego nadmiar powoduje, że jesteśmy senni i apatyczni. SAD to choroba dość powszechna – łagodna jej postać dotyka ok. 10 proc. Polaków, ok. 3 proc. przechodzi tę dolegliwość w ostrzejszej formie. Jedni z nas zaczynają odczuwać skutki braku światła już we wrześniu, inni dopiero w listopadzie. Szczególnie wrażliwe na wahania poziomu melatoniny są kobiety pomiędzy 20. a 40. rokiem życia.

Jesienna depresja jest także reakcją na uczucie straty – tracimy lato, a z nim ciepło i słońce. Rzadziej udzielamy się towarzysko, znika charakterystyczne dla wakacji uczucie bez troski. W takich chwilach psuje się nastrój, zaczynamy mieć czarne myśli i negatywnie interpretujemy przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. Nie zauważamy rzeczy pozytywnych. Często w trudnych sytuacjach reagujemy zbyt gwałtownie, przyjmujemy nadmierną odpowiedzialność i dręczymy nas poczuciem winy. SAD lubi powracać ale w większości przypadków możemy pomóc sobie sami.

Oto kilka strategii. Wybierzmy najlepsze dla siebie.

**Korzystaj z pogodnych dni** – spędzaj każdą wolną chwilę na dworze i „tankuj” światło. Choć trudno w to uwierzyć, można „nabrać” słońca na zapas.

**Bądź dobry dla siebie** – skuteczną terapią przeciw chandrze jest traktowanie samego siebie ze szczególną troską. Dlatego jesienią i zimą zwolnij się z podejmowania poważnych decyzji, pozwalaj sobie na lenistwo z ulubioną książką w rękę, oglądaj dobre komedie i baw się razem z przyjaciółmi!



**Otaczaj się kolorami** – kup różnobarwne poduszki, noś kolorowe ubrania, zmień na jaśniejsze zasłony w pokoju. Nie daj się szarości!

**Poszukaj wsparcia przyjaciela** – przyjaciel wysłucha cię, pozna twoje problemy, przejmie się nimi, okaże ci wsparcie i współczucie. Rozmowa z nim pomoże ci uporządkować emocje, właściwie je ocenić i nabrać do nich dystansu.

**Postaraj się mieć coś milego w perspektywie** – coś, na co warto czekać, co jest radosnym punktem w przyszłości i do czego chętnie wybiegniesz myślami. Wyjazd na narty, rodzinne święta, cokolwiek, co sprawi, że nabierzesz ochoty do życia.

**Wprowadzaj zmiany** – choćby małe: przemebluj pokój, upiększ otoczenie, zafunduj sobie nową fryzurę lub fajny ciuch itp. Próbnij przełamać monotonię, urozmaicać sobie codzienność.

**Przebywaj wśród ludzi** – ale takich, którzy nie cierpią na jesienną depresję. Są na pewno wśród twoich znajomych osoby, które aż kipią energią.

**Znajdź sens w jesiennej chandrze** – pomyśl, skoro natura tak to urządziła, że spadają liście i robi się szaro, to pewnie czemuś to służy. Być może jesienne obniżenie nastroju to „urlop” od barwnego, hałaśliwego i pełnego bodźców lata? Spójrz na czas jesieni jako na czas refleksji, kontemplacji, oczyszczenia, wyciszenia. Każdą sytuację można dobrze wykorzystać, a czas jesiennej zadumy może służyć rozwojowi – bo człowiek rozwija się w samotności, kiedy musi coś przemyśleć, a nie podczas zabawy.

**Bądź aktywny** – idź na siłownię, na basen, na długi spacer. Gimnastyka sprawia, że produkujemy endorfiny - hormony szczęścia – dlatego po wysiłku czujemy się lepiej.

**Myśl racjonalnie** – w najgorszych momentach, gdy wydaje ci się, że wszystko jest bez sensu, przekonuj siebie, że to tylko chwilowy dołek emocjonalny. Wszystko wydaje ci się teraz trudniejsze, niż jest w rzeczywistości. Musisz to po prostu przeczekać. Wiosną melancholia mija jak ręką odjął.

**Poszukaj pomocy specjalisty** – gdyby wszystkie metody zawiodły, twój nastrój wciąż się pogarszał lub utrzymywał dłużej niż dwa tygodnie, pora na wizytę u terapeuty. Pomoże ci on odzyskać kontrolę nad sytuacją, a także wykształcić mechanizmy obronne, które posłużą ci w przyszłości.

Źródło: „Nie daj się chandrze” Poradnik Domowy (Internet)

Aby zakończyć jednak optymistycznie podaję radę, którą znalazłam w jednej z przeczytanych książek:

Co zrobić, aby mieć dobry dzień?

Z samego rana zjedzcie żywą ropuchę, a przez resztę dnia nie zdarzy się wam nic gorszego.

Barbara Szymczuk

# Akcja krew 2008

*Kto ratuje jednego człowieka,  
ratuje cały świat.*

Krew jest najcenniejszym darem i lekiem, który nie ma swojego sztucznie wytwarzanego odpowiednika. Niezbędna jest przy leczeniu krwotoków, zaburzeń układu krzepnięcia, ciężkich postaci niedokrwistości, nieodzowna przy wszelkiego rodzaju operacjach. W całym kraju zużywa się około 1000 litrów krwi dziennie.

W piątek, 5 września sala konferencyjna Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie na jeden dzień zamieniła się w centrum krwiodawstwa. Zorganizowano tam zbiórki krwi pod hasłem: „Czy wiesz, że w polskich szpitalach brakuje krwi?” w ramach Ogólnopolskiej Akcji Krew 2008. Zebrano ponad 7,5 litra krwi.

Wśród osób, które przybyły, aby wesprzeć akcję, było wielu pracowników Szpitala. Jednym z nich był lek. med. Radosław Bogucki, pracujący w Oddziale Hematologicznym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

– Po raz drugi oddałem krew i na pewno częściej będę to robił, bo jest potrzebna, a chorzy cały czas jej potrzebują. Zachęcam nie tylko pacjentów, ich rodziny, ale również pracowników szpitala do tego gestu, oddawanie krwi nie boli i jest naprawdę bezpieczne. A krew jest darem niezbędnym w leczeniu wielu

schorzeń, którego nie jesteśmy w stanie zastąpić żadnym innym lekiem – mówi.

Bezinteresowna pomoc, to miara naszego człowieczeństwa, której może potrzebować każdy człowiek, każdy z nas.

## Magdalena Kantorczyk

### Funkcje krwi:

- rozprowadzanie tlenu i wydalanie dwutlenku węgla do płuc,
- rozprowadzanie substancji odżywczych wchłoniętych z przewodu pokarmowego,
- odprowadzanie produktów przemiany materii do nerek i gruczołów potowych,
- udział w reakcjach odpornościowych,
- udział w procesach krzepnięcia zabezpieczających przed utratą krwi.



Nasi pracownicy: **Wioletta Jasińska** (księgowość), **lek. med. Radosław Bogucki** (hematologia), **Julianna Antonowicz** (sekcja płac)

### Cechy krwi:

- W krwi człowieka zwłaszcza na krwinkach czerwonych znajdują się różne antygeny, które odpowiedzialne są za grupy krwi i układ Rh.
- Układ grupowy ABO wyróżniają 4 grupy krwi: A, B, AB, O
- Układ grupowy Rh wyróżnia 2 grupy krwi:
  - Rh dodatni, który stanowi ok. 85% populacji,
  - Rh ujemny, który stanowi 15% populacji.
- Dzięki temu zróżnicowaniu chorzy w razie potrzeby otrzymują zgodną grupowo krew.

## Jesteśmy w „Łańcuchu krewniaków”

Nasz szpital dołączył do akcji – Łańcuch krewniaków. Kampania ta jest realizowana przez Europejską Fundację Honorowego Dawcy Krwi. Ma na celu zwiększenie akceptacji społecznej idei transplantacji.

Podczas trwania akcji instytucje i organizacje, biorące w niej udział, mają za zadanie wywiesić i eksponować przez miesiąc billboard informujący o kampanii. Po upływie tego

czasu każdy uczestnik zobowiązuje się znaleźć inną instytucję, która zgodzi się wywiesić billboard w nowym miejscu i po kolejnym miesiącu ekspozycji - przekazać kolejnej. Łącznie, w całej

Polisce, można oglądać 450 billboardów. W „Łańcuchu krewniaków” są m.in. Państwowa Straż Pożarna, Ochotnicza Straż Pożarna, Naczelna Izba Lekarska, instytucje samorządowe, parafie, organizacje pozarządowe, uczelnie wyższe, zakłady opieki zdrowotnej.

Celem akcji jest także rozpowszechnienie kart Oświadczenie Woli. Każ-

da osoba dorosła podpisująca kartę Oświadczenie Woli, wyrażając zgodę na pobranie po śmierci swoich tkanek i narządów do przeszczepienia daje dowód świadomej chęci ratowania życia i przywracania zdrowia chorym ludziom. Własnoręczne podpisanie karty Oświadczenie Woli ułatwia bliskim oraz lekarzom uszanowanie wyrażonej w ten sposób woli. Oświadczenie Woli ma charakter jedynie informacyjny i nie trzeba go nigdzie zgłaszać ani rejestrować.

Pobierz Twoją kartę Oświadczenie Woli na stronie

[www.transplantacje.org](http://www.transplantacje.org)

core



# Medycyna wczoraj i dziś

## VI Olsztyńskie Dni Nauki

Już po raz szósty Uniwersytet Warmińsko-Mazurski zorganizował Olsztyńskie Dni Nauki. Nasz Szpital jako współorganizator 23 września zaprosił mieszkańców regionu na seminarium popularno-naukowe i wystawę sprzętu medycznego pt. „Medycyna wczoraj i dziś”.

Spotkanie rozpoczęło się uroczystym otwarciem wystawy fotograficznej. Irena Kierzkowska dyrektor WSS w Olsztynie oraz prof. Władysław Kordan prorektor ds. nauki i współpracy z gospodarką po krótkim przemówieniu przecięli wstęgę, tym samym uznając Dni Nauki w szpitalu za rozpoczęte. Zaszczyt podawania nożyczek przypadł Barbarze Szymczuk :). Po czym zebrani goście udali się do sali konferencyjnej na wykłady. Władze regionu reprezentowali: Janusz Pieńkowski zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego oraz Ewa Zakrzewska przewodnicząca komisji zdrowia i opieki społecznej Rady Miasta Olsztyn. Oprócz pracowników i pacjentów z naszego szpitala gościliśmy uczniów IV Liceum Ogólnokształcącego w Olsztynie, którym przewodził nauczyciel biologii Edward Szatkowski.

Seminarium popularno-naukowe poprowadził prof. Wojciech Maksy-

mowicz dziekan Wydziału Medycznego. Bardzo ciekawe prezentacje przygotowali: lek. med. Izabela Marzewska, lek. med. Sebastian Sobiech – *Rozwój Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie na przestrzeni 30-tu lat* – dr n. med. Tomasz Bujnowski – *Techniki endoskopowe w leczeniu zapalenia zatok* – lek. med. Tomasz Hoppe – *Plód XXI wieku* oraz dr n. med. Maria Dwigird, lek. med. Krzysztof Pomocki – *Operacje zaćmy wczoraj–dziś–jutro*. Wszystkie prelekcje cieszyły się dużym zainteresowaniem. Po każdej prezentacji zebrani goście uczestniczyli w konkursie z wiedzy zdobytej podczas wykładu. Mimo trudnych i specjalistycznych pytań, żadne nie zostało bez odpowiedzi.

### Na wystawie

W holu szpitalnym do końca roku będzie można oglądać wystawę fotograficzną sprzętu, który był

## VI Olsztyńskie Dni Nauki

22- 26 września  
2008



Noc  
Naukowców  
26 września

<http://odn.uwm.edu.pl>



używany w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie przed wieloma laty oraz sprzętu, którego używa się dzisiaj. Dzięki takiemu porównaniu można zobaczyć jaki postęp dokonał się w medycynie na przełomie ostatnich lat.

Wśród zdjęć znajdziemy maskę Schimmelbuscha, używaną przez prawie 40 lat, która służyła do usypiania pacjentów. Lekarze kapali kilka kropel eteru na stelaż z drutu obłożony ośmiokrotną warstwą gazy wprowadzając chorego w narkozę. Jednak często nie tylko chory usypiał ale lekarz także, z powodu rozprzestrzeniającej się pary eteru.



Wykłady cieszyły się dużym powodzeniem



Uczniowie z IV LO w Olsztynie



Był też konkurs z nagrodami

Idąc dalej możemy przyrzeć się strzykawce Rekord, która była strzykawką wielokrotnego użytku. Igły pasujące do niej były metalowe i grube. Samym wyglądem budziła strach. Dzisiaj wszystkie strzykawki są jednorazowego użytku, posiadają zamknięty obwód, który uniemożliwia kontakt z krwią i zapewnia bezpieczeństwo zarówno lekarza jak i pacjenta.

W szpitalnej Aptece farmaceuci sami wyrabiają wiele leków. Przez ponad 30 lat do ich przygotowywania służył zestaw do robienia czopków, globulek i pręcików. W mózdzierzach porcelanowych rozdrabniano substancję leczniczą. Dzisiaj zestaw ten zastępuje nowoczesny, automatyczny Unguator, który jest nie tylko mikserem recepturowym ale ponadto posiada cały system mieszadeł i pojemników wykorzystywanych razem z tym urządzeniem.

Dawniej, aby zbadać tętno płodu dziecka kobiety w ciąży używano stetoskopu płodu, kilkunastocentymetrowej trąbki osłuchu, dzisiaj używa się kardiokogramów, które nie tylko monitorują ale również zapisują tętno płodu oraz rejestrują skurcze macicy. Najnowszym szpitalnym kardiokogramem można monitorować nawet ciężą bliźniaczą.

To tylko namiastka tego, co można zobaczyć na wystawie. Wśród 80 fotografii z pewnością każdy znajdzie coś interesującego. Taką wystawę trzeba koniecznie obejrzeć. Zapraszamy.



prof. Wojciech Maksymowicz

Twórcami wystawy są: Janusz Pająk, Katarzyna Kulesza-Pająk z Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego oraz Barbara Szymczuk i Magdalena Kantorczyk z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

### Wyrazy wdzięczności

Zorganizowanie Olsztyńskich Dni Nauki w naszym szpitalu nie należało do rzeczy łatwych. Przygotowanie wystawy fotograficznej oraz wystawy sprzętu to ciągle zawracanie głowy pracownikom medycznym. Mimo, to znaleźli oni wśród swoich obowiązków chwilę na to, aby przyczynić się do powstania wystawy. Szczególne podziękowania składamy: Danucie Kierskiej (życiem ręczyła przed mężem za wypożyczoną strzykawkę „Żanetę”), Monice Kaliszuk (za sprzęt, który mroził krew w żyłach), Alinie Ćwiek (to dzięki niej zachowały się trąbki osłuchu), Annie Wąchale (mimo emocjonalnego związku ze starodawnym ciśnieniomierzem znalazł się on wśród ekspozatów), Teresie Berkolec (której ciągle dezorganizowali pracę zmuszając do wystawiania i chowania sprzętu), Małgorzacie Zając, Wandzie Długi, Jolancie Trytek oraz Annie Onyszk. Za przygotowanie sali na wykłady oraz duchowe wsparcie dziękujemy: Grażynie Farsewicz, Barbarze Kapeli oraz Arturowi Stankiewiczowi (na którego pomoc można zawsze liczyć).

core



lek.med. Krzysztof Pomocki



dr n.med. Tomasz Bujnowski



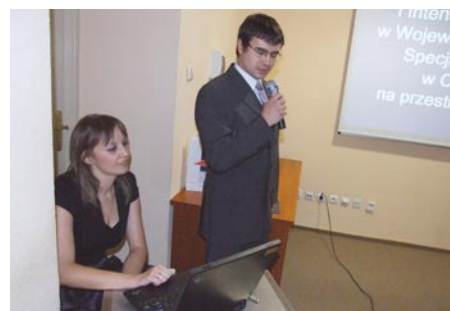
Uroczyste otwarcie wystawy



Wystawa sprzętu medycznego



Od lewej: Janusz Pieńkowski, Ewa Zakrzewska, prof. Wojciech Maksymowicz, prof. Władysław Kordan



lek. med. Izabela Marzewska, lek. med. Sebastian Sobiech



lek.med. Tomasz Hoppe

# Wenezuela – sekret Karaibów

Tegoroczne lato, z gwałtownymi opadami i silnym wichurami oraz innymi anomaliami pogodowymi, nasunęło mi myśl, że nie ma już tradycyjnych, czterech pór roku: wiosny, lata, jesieni i zimy, ale właśnie jesteśmy świadkami tworzenia się nowych – tylko dwóch: pory suchej (dawniej zima) i pory deszczowej (dawniej lato). Ale co się stało z wiosną i jesienią? Mówiąc między nami, mamy w kraju takich dwóch „co ukradli księżyc”, może to też ich sprawka?!

Porę suchą miałam okazję odczuć na własnej skórze w czasie mojej tegorocznej, styczniowej wyprawy do Wenezueli – gdzie nie tylko spaliło mnie słońce, ale dość często zmoczył mnie deszcz! Jak widać nic na tym świecie nie jest doskonałe, a pogoda szczególnie. (...)

Na czym polega czar Wenezueli, któremu ulega tak wiele osób? Odpowiedź jest z pozoru prosta: cudowny klimat, ogromna geograficzna różnorodność oraz ludzie pełni naturalnego ciepła i radości życia. Ale jest też nieskończenie wiele innych składników tej magicznej mikstury: wspaniała przyroda, nienaruszone przez cywilizację środowisko, burzliwa historia.

Oto moja wersja ...

Poprzednie wakacje spędziłam w otoczeniu... wulkanów, znając ogromną siłę ognia, uznałam, że nadszedł już czas aby poznać moc wody. W jesienny, ponury wieczór, grzejąc się jedynie wakacyjnymi wspomnie-

niami, wzięłam z półki jedną z 30 ksiąg o tytule „Encyklopedia” i zapomnianą już dla pokolenia, którego PESEL zaczyna się od 80..., metodą, wertowałam jej strony w poszukiwaniu hasła wodospady. Moje wyobrażenie na ten temat ukształtowały filmy przygodowe, gdzie tłem awanturniczej akcji były wspaniałe widoki kaskady wody opadającej z hukiem, z reguły na głowę głównego bohatera. A film „Niagara” z Marilyn Monroe, nadał temu wyobrażeniu posmak melodramatyizmu. (...) Do hasła o wodospadach była dołączona tabela „Najwyższe i najbardziej znane wodospady na Ziemi” a zawierająca nazwy 40 wodospadów. Te, według mnie, najbardziej znane były na końcu tej tabelki! Pierwszą pozycję zajmował całkowicie mi nieznaną wodospad *Salto Angel* w Wenezueli o wysokości 1054 m, na rzece *Churun* (dorzecze Orinoko, zlewisko Oceanu Atlantyckiego). Wysokość tego wodospadu była 20 razy większa od wysokości Niagary i 15 razy od wodospadów Iguacu! Zrobiło to na



Na ulicy miasta Ciudad Bolívar

mnie wrażenie, w tym dziwna nazwa zawierająca słowo „anioł”. Dzięki programowi *Google Earth* poszybowałam wirtualnie w te rejony. Widoki na zdjęciach, które tam zobaczyłam były niesamowite – poza pięknem i siłą przyrody czuło się magiczną moc tego miejsca. *Salto Angel* wyraźnie mnie wzywał!... już byłam stracona... musiałam tam pojechać!

(...) I tak, z bagażem jak zawsze przekraczającym dozwolony limit, wyruszyłam do Wenezueli, kraju, którego nazwa obiecująco oznacza po hiszpańsku „mała Wenecja” i została nadana przez jednego z jej pierwszych odkrywców Włocha Amerigo Vespuciego.

Moją grupę około trzydziestu podróżników stanowili ustatkowani czterdziesto- i pięćdziesięciolatkowie, tak jak ja realizujący swoje młodzieńcze marzenia, a lot był czarterowany przez kilka biur podróży i oprócz „wytrawnych” globtroterów (jak my), pozostali jechali po prostu na rodzinne, beztrudne, karaibskie wakacje. Męczący lot, z międzylądowaniem na Azorach, trwał 13 godzin. W ramach walki z nudą zaczęliśmy zaglądać do swoich toreb, w które roztropnie zaopatrzyliśmy się w strefie wolnocłowej, a których zawartość byłaby cennym uzupełnieniem niejednego, domowego barku. Po krótkim wstępie większość mojej grupy „teoretycznie” znalazła po imieniu, oczywiście ich imiona i nazwy miast, z których pochodzili dokładnie mi się wymieszały. Dalsze rozmowy pokazały, że większość z nich była prawie wszędzie i widziała prawie wszystko, ma większość z tego, co wszyscy chcieliby mieć, zna prawie wszystkich, ale dziwne, że ich nie zna prawie nikt?! Dlatego bez skrpułów nadałam (oczywiście



Laguna Canaima

w myślach... psyt!) niektórym, co ciekawszym „osobnikiem”, imiona własne w typie: Indiana Jones, Kaligula, Modliszka, Kaczor Donald (...nie, nie, nie ten, o którym myślicie). Prawie już chciałam wysiąść w locie, ale pod mną był Atlantyk i mimo namiętnego oglądania programu kanału *Discovery Channel* „Szkoła przetrwania”, którą prowadzi mój ulubieniec Bear Grylls, obawiałam się jednak, że nie będę samotnym rozbitkiem na bezludnej wysepce, bo oczywiście oni wypadną z samolotu za mną. Mimo początkowych trudności potwierdziła się prawda zawarta w naszych mądrościach ludowych – ta wyprawa miała ostatecznie odnośniki do porzekadeł, że „wszystko dobre, co się dobrze kończy” i „nie taki diabeł straszny jak go malują”...

Teraz już tylko serdecznie wspominać moich nowych, „wenezuelskich” przyjaciół – Romana i Basię, Dorotę, Adama i Pawła, Andrzeja, Grażynę, Wieśka i Ryśka, Anię i Pawła, Bogusię, Michała.

Po wylądowaniu w *Porlamar*, portowym mieście wenezuelskiej wyspy *Margarita*, i bardzo krótkim, tylko godzinnym pobycie w hotelu, w czasie którego zdążyliśmy się tylko wykąpać i zjeść śniadanie, rozpoczął się pierwszy etap naszej wyprawy. Tego dnia, po bezsennej nocy w samolocie, musieliśmy jeszcze przedostać się statkiem na północne wybrzeże Wenezueli i dalej pokonać trasę ok. 800 kilometrów autobusem – ale kto powiedział, że będzie lekko?

Ogromne zmęczenie nagle zniknęło, gdy tylko wyszliśmy na ulicę i zobaczyliśmy port, zalany słonecznym światłem, pełen gwaru, ludzi i zamieszania.



*Isla Margarita*



*Orinoko – domy na palach Indian Warao*

Wyspa *Margarita* jest w całości objęta strefą wolnocłową i wielu Wenezuelczyków z kontynentu przyjeżdża tu na tańsze zakupy. My wpadliśmy w środek tego zamieszania – był niedzielny poranek, dzień wolny od pracy, co na całym świecie... sprzyja zakupom. Szybko zostaliśmy otoczeni przez radosny tłum „łowców”, obładowanych ogromnymi pudłami z telewizorami, radioodtwarzaczami, komputerami, pralkami, zmywarkami i mniejszymi sprzętami AGD. Wszystkie te sterty pudeł były przewożone na specjalnej konstrukcji wózkach, przez brygadę portowych bagażowych. Jeżeli tak ma wyglądać kraj pogrążony w kryzysie ekonomicznym i gospodarczym, to może nie mamy się czego obawiać?

Bo dzisiaj Wenezuela przypomina monodram napisany i odgrywany przez jednego aktora - prezydenta Hugo Chaveza. Jego wpływ na życie kraju jest przemożny, a sposób rządzenia – delikatnie mówiąc – kontrolerski. Aby spróbować zrozumieć niezwykle czar, jaki prezydent Wene-

zueli rzuca na swoich rodaków, najlepiej postąpić tak jak oni: niedzielnym rankiem o godz. 11.00, zasiąść wygodnie w fotelu przed telewizorem, z solidnym zapasem napojów i kanapek i oglądać program „*Alo Presidente*” – cotygodniowe, wielogodzinne spotkanie Hugo Chaveza z obywatelami. Prezydent Chavez podbija serca biedaków z rosnącą siłą. Jego przeciwnicy to głównie przedstawiciele klasy średniej i wolnych zawodów, którzy wytykają mu trwonienie pieniędzy z ropy naftowej na doraźne łagodzenie głęboko zakorzenionych problemów strukturalnych.

Wydobycie ropy naftowej, której Wenezuela jest piątym na świecie eksporterem, stało się głównym źródłem utrzymania wenezuelskiej gospodarki. Najlepsze lata prosperity Wenezuela przeżywała na przełomie lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku, kiedy Wenezuelczycy zasłynęli z szaleńczych zakupów głównie w Miami na Florydzie. Gdy pod koniec lat osiemdziesiątych XX w światowe ceny ropy spadły, nastąpił krach gospodarczy, z którego Wenezuela jeszcze się nie podźwignęła. (...)

Po około dwugodzinnym przejeździe niewielką, krytą łodzią, który był pierwszym testem dla naszych żołdaków, z wyspy *Margarita* do portu *Chacopata* na północnym wybrzeżu Wenezueli, mieliśmy okazję podziwiać *Cueva del Guacharo*, największą i najwspanialszą jaskinię wenezuelską liczącą ok.10 km długości, nazwaną tak od kolonii ptaków, które zajmują jedną z jej komór. Nocnych, żywiących się owocami, wyjątkowych ptaków

*guacharo* (tłuszczaki Humboldta), nie można właściwie w jaskini zobaczyć, za to można je wyraźnie usłyszeć! (...) *Guacharo* w języku starokastylijskim znaczy „ten, kto stale szlocha lub lamentuje”, co trafnie oddaje dźwięki wydawane przez te ptaki. Niesamowite wrażenie robi wieczorny wylot ptaków na żer, które wyfruwając całą gromadą z jaskini, wydają przy tym niesamowite dźwięki, przypominające płacz. My eksplorowaliśmy jaskinię w południe, a i tak dźwięki-jęki wydawane przez te ptaki, spotęgowane przez akustykę jaskini, były niesamowite. (...)

Po tak wyczerpującym dniu dojechaliliśmy wreszcie późnym wieczorem do naszej kolejnej bazy, *rancza San Andreas*, zlokalizowanego na skraju ogromnego terytorium równin, zwanych *llanos*. Bezkrzesne, piekielnie gorące równiny *llanos* zajmują niemal 1/3 powierzchni Wenezueli – od podnóża Andów aż po deltę Orinoko, ale zamieszkane są jedynie przez niewielką liczbę ludności – są to wenezuelscy ranczerzy i kowboje *llaneros*, mieszka-

jący na ogromnych ranczach (*hatos*). W ostatnich latach wiele rancz zajęło się ochroną dzikiej przyrody, przekształcając się w samozwańcze rezerwy przyrody, a właściciele rancz organizują obozy ekoturystyczne, z możliwością przejażdżek konnych i samochodami terenowymi do miejsc dogodnych do podglądania fauny i flory. Zdumiewająca jest nie tylko różnorodność, ale i ilość zwierząt znajdująca się na tych terenach. Wenezuelskie *llanos* to raj dla miłośników przyrody i wielbiceli safari. Na rozległych *llanos* można spotkać wiele dzikich zwierząt i ptaków: papug, ibisów, tukanów, sępów, jastrzębi oraz rozmaite gatunki małp, a rzeki zamieszkują anakondy, kajmany, krokodyle i różne gatunki żółwi.

Nasze ranczo prezentowało się idyllicznie. Zostaliśmy zakwaterowani w przyjemnych i wygodnych domkach krytych strzechą, ale z wszelkimi wygodami. Romantyczna kolacja w stylu „Pożegnania z Afryką” i przepyszne steki z najsłynniejszej, czarnej rasy bydła wyhodowanej na *llanos*, dopełniły

całości. Ciekawostką był dla mnie fakt, że Wenezuela nie produkuje prawie wcale wina (skupiają się na rumie!) i jest ono sprowadzane głównie z Chile. Jaką przyjemność sprawiło nam ogólnie dostępne w Polsce wino chilijskie zaserwowane do kolacji. Śmiechom nie było końca, że trzeba było tłuc się na koniec świata, aby zjeść kolację prawie jak w domu!

**Emilia Paszkowska**



**Indianie Warao**

### Koniec części I

Jeżeli już teraz chcesz poznać cały sekret Karaibów wejdź na stronę [www.wss.olsztyn.pl](http://www.wss.olsztyn.pl)

## Mamerki – Kwatera Główna Niemieckich Wojsk Lądowych

**Na Mazurach, nad Kanałem Mazurskim, 8 km od Węgorzewa, 25 km od Kętrzyna i 18 km od Gierłochy znajduje się jeden z najlepiej zachowanych w Polsce, kompleks niezniszczonych bunkrów niemieckich z okresu II wojny światowej.**

W latach 1940-1944 zbudowano dla potrzeb 40 najwyższych generałów i feldmarszałków, 1500 oficerów i żołnierzy Wehrmachtu około 250 obiektów w tym 30 schronów żelbetonowych, które niezniszczone zachowały się do dziś.



Dużą atrakcją jest bunkier „gigant”, w takim typie bunkra Adolf Hitler mieszkał podczas wojny. Ściany i stropy mają grubość 7 metrów. Na dach, gdzie znajdowało się stanowisko przeciwlotnicze, żołnierze wchodzili po stalowych drabinach.

Kolejne schrony to schrony bojowe, sztabowe, ogromne bunkry, w których ukryto urządzenia techniczne. Korytarze i wnętrza schronów są niezniszczone i dostępne do zwiedzania. Zachowały się zejścia do kanałów oraz cały kanał techniczny łączący bunkry służb łączności i poczty.

Niemcy nie zdążyli wysadzić schronów, zostały one opuszczone bez walki przez wojska Wehrmachtu w styczniu 1945 r.

Jadąc od strony Kętrzyna 4 kilometry przed Mamerkami, można podziwiać ogromną szluzę Kanału Mazurskiego w Leśniewie Górnym, która posiada komorę o głębokości 21 m, szerokości 7,5 m i długości 46 m. Kanał Mazurski nigdy nie został ukończony, miał połączyć Jeziora Mazurskie z rzeką Pregolą w celu uzyskania drogi wodnej do Bałtyku.

**Radek Kowalski**





# Cała prawda o grzybach

**Późnym latem zaczyna się czas grzybobrania, które dla wielu ludzi jest ulubionym hobby. Świeżo zebrane lub ususzone grzyby nadają niepowtarzalny smak i aromat wielu potrawom, stąd mają już stałe miejsce w naszej tradycji kulinarnej.**

Wykorzystując grzyby we właściwy sposób można znacznie urozmaicić codzienny jadłospis. Jednak grzyby nie mają większych wartości odżywczych. Zawierają dużo wody (ok. 90 %). Mają również nieco niepełnowartościowego białka (2-4 %) zblizonego budową do chityny pancierzów owadów. Bardziej wartościowe są kapelusze, zawierają więcej białka, soli mineralnych i tłuszczów, w trzonach jest natomiast wię-

cej składników nieprzyswajalnych. Dlatego też grzyby są raczej ciężkostrawne. Niemowlętom i małym dzieciom nie powinno podawać się nawet wywarów z grzybów. Zawsze bowiem istnieje ryzyko wywołania u malucha niestrawności.

Grzyby zbierano od najdawniejszych czasów. Znano i ceniono je np. w Mezopotamii, gdzie już przed czterema tysiącami lat wielki rarytas

stanowiły trufle, borowiki, pieczarki i kanie. Pamiętajmy jednak, że liczne gatunki grzybów kapeluszkowych, nie-raz bardzo podobnych do gatunków jadalnych, zawierają substancje silnie trujące dla człowieka. Ofiarami ich padają najczęściej niedoświadczeni zbieracze grzybów, gdyż jedyną metodą na odróżnianie grzybów jadalnych od trujących, jest nauczenie się dokładnego ich rozpoznawania.

**Oddział Nefrologiczny, Chorób Wewnętrznych i Leczenia Zatruc w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie jest miejscem ratunku osób, które są ofiarami zatrucia lub są podejrzane o zatrucie muchomorem sromotnikowym. O udzielanej im pomocy rozmawiamy z lekarzem tego oddziału Norbertem Kwellą.**

**— Panie doktorze czy tylko tu, do Oddziału Leczenia Zatruc trafiają pacjenci z podejrzeniem zatrucia grzybami?**

— Każdy szpital leczy pacjentów, którzy ulegli zatruciu ale nasz oddział zajmuje się przede wszystkim pacjentami, którzy ulegli lub podejrzewa się u nich zatrucie muchomorem sromotnikowym, powodującym poważne uszkodzenie wątroby i nerek. Najczęściej są to pacjenci kierowani do naszego szpitala z innych szpitali, gdyż właśnie my możemy udzielić im pomocy z zastosowaniem aparatu MARS (Molecular Adsorbents Recirculation System). Stosuje się go przy głębokich zaburzeniach metabolicznych będących bezpośrednim zagrożeniem dla życia pacjenta z niewydolnością wątroby. Jest to zabieg – dializa albuminowa, doraźnie ratujący życie, wykonywany po wyczerpaniu możliwości terapii konwencjonalnej.

**— Jak wiele szpitali posiada taki sprzęt?**

— Niestety jest niewiele ośrodków, które posiadają aparat MARS. Wiem, że w Polsce posiada go m. in. szpital w Gdańsku, Warszawie i Krakowie.

**— Często zdarza się, że te same grzyby spożyła cała rodzina, jak wtedy udziela się im pomocy?**

— Pacjent, u którego wykonywana jest dializa albuminowa, podłączony jest do aparatury codziennie na 8-10 godzin i wówczas nie ma możliwości udzielić pomocy kilku osobom jednocześnie, a liczy się każda chwila. Toksyna zawarta w grzybie jest już wchłonięta przez organizm i nie ma swoistej odtrutki, którą można podać. W większości przypadków zatrucie jest śmiertelne. Dlatego też, jeśli zatruciu ulegnie więcej osób rozsyłani są oni do innych szpitali posiadających taką aparaturę.

**— Jak można mieć pewność jaki grzyb był przyczyną zatrucia.**

— Można to stwierdzić po obecności zarodników tego grzyba w niespożytej potrawie lub w wymiocinach osoby poszkodowanej. Dlatego bardzo ważne jest, aby jeśli to możliwe dostarczyć resztki spożytego pokarmu. Materiał ten jest badany w laboratorium.

**— Czy jest jeszcze coś o czym powinni wiedzieć pacjenci?**

— Niezwykle niebezpieczne jest połą-



czenie grzybów i alkoholu, gdyż alkohol powoduje szybsze wchłanianie toksyn. Najczęściej zatrucia pojawiają się na początku sezonu gdy grzybiarze zbierają młode owocniki, które tak łatwo pomylić. Najbezpieczniej jest nie zbierać grzybów blaszkowatych wśród których najłatwiej znaleźć te niebezpieczne. Krótko mówiąc: nie wolno zbierać, kupować i jeść grzybów, co do których mamy choćby najmniejsze wątpliwości.

**— Dziękuję za rozmowę.**

## Oznaki zatrucia grzybami

Spośród 12 poznanych grzybowych trucizn, działających bardziej lub mniej na człowieka, najgroźniejsza jest działająca na wątrobę i najczęściej powodująca przypadki śmiertelne amanityna. Jej działanie ujawnia się między 10 a 11 godziną po spożyciu. Ostre bóle żołądka połączone z wy-

miotami i biegunką to pierwsze objawy. Równocześnie występuje silny spadek ciśnienia krwi, przyspieszenie pulsu, stany szokowe i odwodnienie organizmu. Po 1 lub 2 dniach, przy dobrej opiece zauważalna jest poprawa stanu zdrowia. Wówczas ujawniają się uszkodzenia wątroby. Jeśli dawka spożytej trucizny była duża, śmierć następuje po 4 do 7 dniach i niemal

zawsze spowodowana jest niewydolnością wątroby.

Amanityna jest bardzo trwałą trucizną. Gotowanie w najmniejszym stopniu nie zmniejsza jej szkodliwego wpływu na organizm. Wsuszone muchomory sromotnikowe nawet po 10 latach są w pełni toksyczne. Wystarczy zjedzenie 50 gramów świeżych grzybów zawierających amanitynę,

## Fałszywe mity na temat grzybów

Falsz	Prawda
Grzyby trujące po posoleniu żółkną.	Zmiana zabarwienia spowodowana jest nie przez związki trujące, ale przez zupełnie inne substancje znajdujące się w grzybach.
Srebrna łyżka włożona do potrawy z grzybami trującymi czernieje.	Czernienie srebrnej łyżki związane jest z obecnością związków siarki, które z reguły nie są trujące.
Wszystkie grzyby trujące mają ostry smak.	Dla przykładu śmiertelnie trujący muchomor sromotnikowy jest prawie pozbawiony smaku i nie ma żadnego charakterystycznie nieprzyjemnego zapachu.
Po przecięciu grzyba trującego następuje zmiana zabarwienia miąższu na niebieskawą.	Jest wręcz przeciwnie. Większość grzybów zabarwiających się pod wpływem powietrza na niebiesko należy do gatunków jadalnych.
Ślimaki i owady żerują tylko na grzybach jadalnych,	Można spotkać je także na owocniach grzybów niebezpiecznych dla człowieka.

aby spowodować śmierć dorosłego człowieka.

Bardzo niebezpieczny jest także krowiak podwinięty (olszówka) od dawno uważany za wyjątkowo trujący w stanie surowym i znakomity w smaku grzyb jadalny po wielokrotnym obgotowaniu. Jednokrotny posiłek z tych grzybów może być jedzony bez żadnych obaw. Powtórne spożycie prowadzi do natychmiastowych reakcji obronnych organizmu przeciw nierozpoznaną do dziś toksynie. Te gwałtownie objawiające się zatrucia z zespołem objawowym podobnym do białaczki mogą wystąpić po wieloletniej przerwie w spożywaniu tych grzy-



bów i przy powtórce mają już przebieg śmiertelny.

### Postępowanie przy podejrzeniu zatrucia grzybami

Należy natychmiast opróżnić żołądek. Pić ciepłą wodę z solą (dzieci tylko wodę, bez soli) i spowodować

wymioty. W żadnym razie nie zażywać środków przeczyszczających.

Natychmiast zapewnić pomoc lekarza. Zabezpieczyć resztki pozostałe z czyszczenia grzybów, resztki jedzenia i wymiocin: pozwoli to na precyzyjną diagnozę.

Wszystkie osoby, które jadły to samo danie, powinny natychmiast poddać się kontroli lekarskiej, nawet jeśli (jeszcze) nie odczuwają żadnych dolegliwości.

Jeśli oznaki zatrucia występują bardzo późno, najczęściej dopiero po 10 lub 11 godzinach po posiłku, istnieje wówczas podejrzenie zatruciem muchomorem sromotnikowym, wiosen-

### O grzybach i pasji do ich zbierania rozmawiamy z Panią Halinką pracownikiem naszego szpitala

#### — Od kiedy zaczęła Pani zbierać grzyby?

— Od taty nauczyłam się zbierać grzyby, kiedy to wraz z nim wyjeżdżałam na organizowane przez jego zakład pracy wyjazdy na grzybobranie. Byłam wtedy jeszcze w szkole podstawowej. Pierwsze grzyby, które potrafiłam rozróżnić to podgrzybki, prawdziwki, kurki później już doszły kanie, kołpaki, maślaki, czerwonelebkki.

#### — Czy ma Pani swoje ulubione miejsca gdzie znajduje grzyby?

— Każdy grzybiarz ma takie miejsca, które nie zawodzą i ja oczywiście też (uśmiecha się tajemniczo). Moje jest ok. 20 km od mojego domu.

#### — Czy zdarzyło się Pani przynieść trującego grzyba do domu?

— Nie! Nigdy.

#### — Rybacy często, nie chcą zajmować się czyszczeniem ryb, które łowią. Kto czyści grzyby, które Pani zbiera?

— Przede wszystkim ja ale pomaga mi także moja rodzina.

#### — Czy ktoś z rodziny „zaraził” się od Pani tym grzybowym hobby?

— Mój mąż. Na początku naszego małżeństwa jeździł ze mną tylko jako kierowca. Długo mu się jednak oczekiwanie w samochodzie i z nudów postanowił pospacerować po lesie. Co chwila pytał – a co to za grzyb ten lub tamten. W ten sposób zaczął je rozróżniać i sprawiło mu przyjemność, gdy znajdował te dobre. Teraz już grzyby zbieramy razem.

#### — Jakie potrawy przygotowuje Pani z uzyskanych zbiorów?

— Kurki najchętniej używam do zup kurki lub zupy grzybowej, do której nadają się wszystkie rodzaje jadalnych grzybów. Moja rodzina lubi również grzybki duszone z cebulką, boczkiem i śmietaną, marynowane no i oczywiście suszone, które dodają do sosów, barszczu ukraińskiego, bigosu oraz do potraw wigilijnych. Grzyby można również zamrozić.

#### — Czy ma Pani jakąś radę, którą Pani wypraktykowała, a nie jest ona zbyt popularna.

— Tak, znalazłam kiedyś bardzo dużo kani (lubią rosnąć w wysokiej trawie), a wiedziałam, że najlepiej smakują jako



kotlety a'la schabowe. Okazuje się jednak, że jest to doskonały grzyb do suszenia i mają one wyjątkowo piękny aromat.

— Dziękuję za rozmowę i życzę udanych zbiorów.

nym lub jadowitym, możliwym do neutralizacji tylko w specjalistycznych klinikach.

Również przy natychmiast objawiających się zatruciach, wskazujących na spożycie grzybów nie zagrażających życiu, należy natychmiast zapewnić pomoc lekarską. Nie można przecież wykluczyć, że w posiłku nie znalazły się też inne trujące grzyby, które działają dopiero później.

**Pamiętajmy:**

Grzyby łatwo się psują. Gdy są zbierane do torebek foliowych, a nie do koszyczków, przegrzewają się i stanowią wspaniałą pożywkę dla pleśni i bakterii. Wchłaniają one pyły i zanieczyszczenia. Dlatego nie należy spożywać grzybów zbieranych wokół terenów przemysłowych lub szlaków komunikacyjnych.

**Barbara Szymczuk**



**Przepis na grzyby kiszone**

**Składniki:**

- 1 kg świeżych grzybów rydze, borowiki, koźlarze, podgrzybki, opieńki, pieczarki
- 2 dkg soli
- 2 ząbki czosnku
- 2 ziarna pieprzu i ziela angielskiego
- 2 listki laurowe

**Sposób przyrządzenia:**

Grzyby oczyścić, trzonki przyciąć krótko. Po umyciu i starannym oczyszczeniu, grzyby należy lekko obgotować, odsączyć i oziębic na sicie. Odcedzone i ostudzone grzyby układać w kamiennym garnku i przesyptywać solą i przekładać przyprawami. Grzyby układać zawsze kapeluszami do góry. Ostatnią warstwę grzybów posolić, przykryć czystym lnianym płótnem i wyparzoną talerzem, obciążyć. Po kilku dniach sok, który się wydzielił podczas kiszenia powinien przykryć grzyby. Jeśli nie, należy nalać na wierzch zimnej, osolonej i przegotowanej wody (4 dkg soli na 1l wody). Przechowywać w chłodnym miejscu. W chłodnym pomieszczeniu, zachowując czystość można je przechowywać 4-5 miesięcy.

# K r z y ż ó w k a

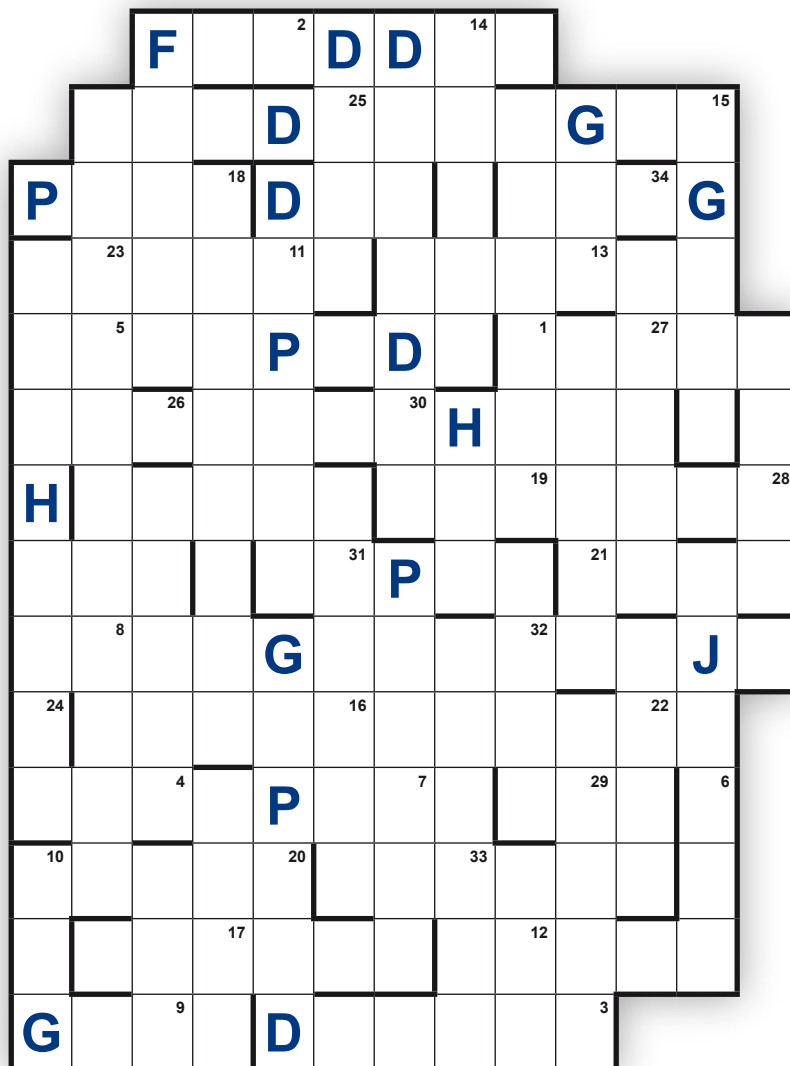
## Jolka

20

Objaśnienia 53 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery D, F, G, H, J i P. Na ponumerowanych polach ukryto 34 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim przysłowie polskie.

Hasło w zaklejonej kopercie prosimy wrzucić do specjalnej skrzynki w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy wartościowe książki.

Nagrodę za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki otrzymuje **Krzyszyna Zapolska** (pacjentka). Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



- nasza nowa Dyrektor • konsultant • jezioro pod Zgniłochą • Jerzy, agent nr 1 • niedokrwiłość
- kraj z Pogonią • księżniczka Burgunda • XII, poprzednik Jana XXIII • pracuje pod wodą • wypłaca emerytury • poobiednia drzemka • sukulent z Meksyku • osmański generał wsparty pod boki
- przyrząd bakteriologa • cel sierpniowej pielgrzymki • odmłodzony bohater Goethego • najszybszy kot • pogoda • książę Biały lub Czarny • piorun z jasnego nieba • wyspa Odysa • imię lidera zespołu „Queen” • agencja kosmiczna USA • dziedzina dr Górnego • francuski arystokrata • miasto na pn. od Da Nang • działalność misyjna Kościoła • brzuszny lub plamisty • Indianie z Górnego Skalistych • córka rybaka, Mazura z Mazur • płynie w Segedynie • alejka spacerowa • druk na badania • tyle centów w dolarze • babciny bank w szafie • jezioro z potworem • przewlekły ropny nieżyt nosa • turystyczny autobus • miasto siedmiu wzgórz • szef IPN • szczelina po pile • specjalista, jak dr Radyko • płynie w Drohiczyźnie • pseudowiadomość • partnerka Kioto i Kobe • skąpiec, dusigrosz • nie dla tabakiery • cudak, ekscentryk • kot z lasów Ameryki • land z Grazem • siła napędu rakiety • degustator win • Józef, ekspert usg

**BJER**

Rozwiązanie krzyżówki nr 19 z 20 numeru Pulsu Szpitala:  
„Kiedy wpadniesz w gniew, zamilknij.”



MEDYCYNA W CZORAJ  
 ...I DZIŚ



Autorzy wystawy:  
 Janusz Pająk, Katarzyna Kulesza-Pająk – Uniwersytet  
 Warmińsko-Mazurski oraz Barbara Szymczuk i Magdalena Kantorezyk – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny