

Kwartalnik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 23/1 styczeń • luty • marzec 2009



**Oddział
Rehabilitacyjny**

Drodzy czytelnicy

Przez szybę czujemy wiosnę, z utęsknieniem wypatrujemy pogodnego nieba i z radością spoglądamy w przyszłość. Przygotowujemy się do świątecznych porządków, mamy coraz więcej ochoty do pracy, to dobrze, bo jak możemy dowiedzieć się z pierwszego wywiadu, jest jej dużo. O tym, jakie wyzwania stoją przed nami, opowiada dyrektor ds. finansowo-ekonomicznych Zbigniew Marcinkiewicz. To ważne, bo dobra praca przynosi efekty. O nich mówi kolejny artykuł, dotyczący zmodernizowanego Oddziału Rehabilitacyjnego. Aby móc realizować takie i inne

przedsięwzięcia potrzebne są jednak pieniądze. Dlatego cieszy, że możemy przeczytać o kolejnym sukcesie, jakim jest pozyskanie unijnych środków na realizację projektów, związanych z doposażaniem szpitala w nowy sprzęt medyczny. Korzystając z najnowocześniejszych technologii ratujemy życie naszych najmłodszych pacjentów. W tym numerze dowiemy się także, kto reprezentuje i broni praw pracowniczych. Odpocznijmy przenosząc się w kraję pięknych wodospadów. Czytanie, tak zróżnicowanej lektury, może uprzyjemnić rozwiązanie krzyżówki, za

rozwiązanie, której przewidziana jest inna, niż zwykle, nagroda. Jest jeszcze coś o ciele i dla ciała, którego tajniki poznajemy we wspaniałym cyklu Zmysły- teraz smak. Kto pozna sekrety tego zmysłu, może zainteresuje się także artykułem, mówiącym o rozkoszach podniebienia, jakie daje czekolada. Życzę przyjemnej lektury oraz w imieniu swoim i całej redakcji składam wszystkim najgorętsze, rozpromienione wiosennym słońcem życzenia z okazji Świąt Wielkanocnych.

Barbara Szymczuk

Spis treści

Świąteczne życzenia	3
Niektóre zwyczaje i tradycje Wielkanocne	3
Czeka nas dużo pracy	4
Komfortowa Rehabilitacja	5
Z cyklu: Zmysły – Smak	6
Nasze publikacje w świecie	7
Wybierz życie	7
Z cyklu: Znad szpitalnego kałamarza	
– Słuch i mowa klucz do człowieka	8
Wzajemne zrozumienie i współpraca	10
Przeżyję, nie pokona mnie choroba!	12
Gdy dziecko jest wcześniakiem	14
Unijne wsparcie!!!	16
Warto walczyć do końca	17
Informacja o Radzie Społecznej	17
Koło Deminga musi się toczyć	18
Stawiamy czoła wyzwaniom!	19
Sprawdzian wiedzy i umiejętności ratownika	20
Wenezuela – sekret Karaibów cz. III	22
Z cyklu: Z kart Historii	
– Skarbnica ciekawych zdarzeń i wspomnień	24
Czekolada	25
Zanim życie znów Was pochłonie	26
Przepisy	27
Krzyżówka	27

PULS SZPITALA



Wydawca:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelny:

Kornelia Kotwicka
Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny:

Alicja Biernacka
Magdalena Kantorczyk

Stała współpraca:

Beata Januszko-Giergielewicz
Alicja Markiewicz
Hanna Taraszkiewicz
Jerzy Badowski

Zdjęcia w numerze:

Bernard Wawrzyniewicz
Barbara Szymczuk
Magdalena Kantorczyk
Agnieszka Szyszkowska
Paweł Berkolec

Adres redakcji:

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji
tel. 089 538 63 06
marketing@wss.olsztyn.pl
kkotwicka@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie:

Studio Blenam
tel. 089 526 35 52, www.blenam.pl

Nakład:

1200 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów.





*Zdrowych, pogodnych Świąt Wielkanocnych,
pełnych wiary nadziei i miłości.
Radosnego, wiosennego nastroju,
serdecznych spotkań w gronie rodziny
i wśród przyjaciół.
Niech te Święta przyniosą Państwu
radość oraz wzajemną życzliwość.
Napelnia nas pokojem i wiarą,
niech dadzą siłę w pokonywaniu trudności
i pozwolą z ufnością
patrzeć w przyszłość...*

*Irena Kierzkowska
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Olsztynie*

Niektóre zwyczaje i tradycje Wielkanocne

Palemki na szczęście

Wielki Tydzień zaczyna się Niedziela Palmową. Kiedyś nazywano ją kwietną lub wierzbną. Palemki – różgi wierzbowe, gałązki bukszpanu, malin, porzeczki – ozdabiano kwiatkami, mchem, ziołami, kolorowymi piórkami. Po poświęceniu palemki, biło się nią lekko domowników, by zapewnić im szczęście na cały rok. Połknięcie jednej poświęconej bazi wróżyło zdrowie i bogactwo. Zatknięte za obraz lub włożone do wazonów palemki chroniły mieszkanie przed nieszczęściem i złośliwością sąsiadów.

Świąteczne porządki

Przed Wielkanocą robimy wielkie, świąteczne porządki nie tylko po to, by mieszkanie lśniło czystością. Porządki mają także symboliczne znaczenie – wymiatamy z mieszkania zimę, a wraz z nią wszelkie zło i choroby.

Pogrzeb żuru

Ostatnie dwa dni postu były wielkim przygotowaniem do święta. W te dni

robiono „pogrzeb żuru” – potrawy spożywanej przez cały post. Kiedy więc zbliżał się czas radości i zabawy, sagany żuru wylewano na ziemię.

Wieszanie śledzia

W równie widowiskowy sposób rozstawano się też ze śledziem – kolejnym symbolem wielkiego postu. Z wielką radością i satysfakcją „wieszano” go, czyli przybijano rybę do drzewa. W ten sposób karano śledzia za to, że przez sześć niedziel „wyganiał” z jadłospisu mięso.

Lany poniedziałek

Lany poniedziałek, śmigus–dyngus, święto lejka – to zabawa, którą wszyscy doskonale znamy. Oblewać można było wszystkich i wszędzie. Zmoczone tego dnia panny miały większe szanse na ożenek. A jeśli któraś się obraziła – to nieprędko znalazła męża. Wykupić się można było od oblewania pisanek – stąd każda panna starała się, by jej kraszanka była najpiękniejsza. Chłopak, wręczając tego dnia pannie pisanekę, dawał jej do zrozumienia, że mu się podoba.



WIELKANOC

Najważniejsze i najstarsze święto chrześcijaństwa, obchodzone na pamiątkę Zmartwychwstania Chrystusa. Wielkanoc dotyczy nocy z soboty na niedzielę, kiedy Jezus zmartwychwstał. W języku rosyjskim święto ma miano „Pascha”. Nazwa wywodzi się ze „Starego Testamentu”. Święto Paschy obchodzone było w Izraelu jako sakralna uczta związana z ofiarowaniem baranka. Łączyła się ona z wydarzeniem historycznym – wyjściem z Egiptu, czyli domu niewoli i stanowiła pamiątkę zbawczego czynu Jahwe. Chrześcijaństwo przeniosło tamtą tradycję na nowe wydarzenie: wyjście z domu niewoli i śmierci, czyli uczczenie zmartwychwstania, jako zbawczego czynu Boga w Jezusie Chrystusie.

Czeka nas dużo pracy!

Rozmowa z dr. n. ekon. Zbigniewem Marcinkiewiczem, za-cą dyrektora ds. finansowo- ekonomicznych

— Od stycznia 2009 roku objął Pan stanowisko dyrektora ds. finansowo- ekonomicznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Ma Pan duże doświadczenie w zarządzaniu finansami placówek medycznych?

— Przez 6 ostatnich lat byłem dyrektorem ds. ekonomiczno-administracyjnych w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Olsztynie. W tym czasie udało się przeprowadzić restrukturyzację placówki z bardzo dobrym skutkiem. Szpital w chwili obecnej posiada dobrą kondycję finansową. Poczyniono również szereg inwestycji. Uważam to wszystko za duży sukces, przede wszystkim całej zatrudnionej tam kadry. Praca w Miejskim Szpitalu umożliwiła mi zdobycie cennego doświadczenia, które na pewno chciałbym wykorzystać w tym szpitalu.

— Czemu poświęcił Pan swoją uwagę w pierwszej kolejności?

— Pierwszym krokiem było wprowadzenie funkcjonującej już od 1 lutego zaktualizowanej instrukcji zamówień publicznych. Jesteśmy w trakcie opracowywania nowej instrukcji obiegu dokumentów księgowych. To dwa bardzo istotne dokumenty, na bazie których funkcjonuje placówka medyczna w zakresie zamówień publicznych i finansów publicznych. Połączony został również Dział Zamówień Publicznych z Działem Zaopatrzenia, ponieważ ich zadania i odpowiedzialność powinny funkcjonować w obrębie jednej komórki organizacyjnej. Dotychczasowa struktura organizacyjna powodowała brak możliwości odpowiedniego monitorowania zakupów, sprzętu i materiałów, nie było również możliwości pogrupowania asortymentów tak, aby zastosować ustawę o zamówieniach publicznych, za której naruszenie grożą poważne konsekwencje.

— Zmienił Pan również sposób dokonywania zamówień materiałów, których magazyn nie ma na swoim stanie.

— Tak. Wprowadzono program elektronicznego składania zamówień przez

poszczególne komórki organizacyjne, pracujemy nad indeksacją materiałów i sprzętu medycznego, co usprawni dotychczasowy system składania zamówień. W tych zmianach chodzi po prostu o kontroling kosztów i przestrzeganie obowiązujących zapisów prawa. W podobny sposób chciałbym rozwiązać kwestię zamawiania leków z apteki przez nasze oddziały.

— Jakie są według Pana priorytetowe zadania na najbliższy okres?

— W porozumieniu ze związkami zawodowymi trwają prace nad regulaminem wynagradzania i premiowania, bowiem dotychczasowy dokument jest mocno niespójny i niekonsekwentny. Posiada różne skale promowania i premiowania pracowników w różnych grupach zawodowych. A przecież regulamin ten dotyczy wszystkich osób zatrudnionych w szpitalu, zatem powinien traktować każdego na równych zasadach. Każdy pracownik powinien znać zasady, według których jest wynagradzany i premiowany.

Kolejnym zadaniem jest sukcesywnie wprowadzanie kontraktów o charakterze motywacyjnym, czyli wysokość osiąganych dochodów będzie uzależniona od liczby i jakości wykonanych procedur, a także od czasu poświęcanego pacjentowi. Cel ten można osiągnąć przede wszystkim motywacyjnym systemem wynagradzania, monitoringiem liczby wykonanych procedur, a przede wszystkim uszczelnieniem systemu rozliczenia z NFZ.

W najbliższym czasie planuję przegląd organizacji pracy w administracji, celem jej usprawnienia. Będziemy starać się dostosować strukturę organizacyjną do rosnących potrzeb szpitala i wyznaczyć nowe zadania pracownikom.

W planach mamy utworzenie nowych klinik, a co za tym idzie wzbogacenie wachlarza procedur medycznych.

Szpital posiada doskonałą bazę sprzętową, jednak baza lokalowa wymaga bardzo poważnych nakładów finansowych. Modernizacji i remontu wymaga kilka oddziałów, np. chirurgia, laryngologia, okulistyka, kardiologia.



W związku z tym, że szpital zaczyna być bazą kliniczną, istnieje konieczność wydzielenia kosztów na część ponoszona strictly przez szpital i kosztów ponoszonych przez kliniki. W porozumieniu z Katedrą Rachunkowości UWM rozpoczęto prace nad rachunkiem kosztów szpitala, w celu realnego ich podporządkowania do miejsc powstawania.

Cel ten ma być osiągnięty m. in. poprzez podpisaną w styczniu 2009 umowę na kompleksową obsługę systemu informatycznego, w celu usprawnienia przepływu informacji pomiędzy komórkami organizacyjnymi. Wprowadzenie jednolitego systemu komputerowego pozwoli na zsynchronizowanie pracy oddziałów szpitalnych, komórek diagnostycznych z pracą systemu finansowo-księgowego. Opracowujemy również procedury, umożliwiające złożenie wniosku na budowę bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni.

Z kadrą kierowniczą oddziałów i komórek organizacyjnych będziemy na bieżąco omawiać sprawy kosztów, przychodów i planów finansowych.

— Czego będzie Pan wymagał od pracowników?

— Przede wszystkim systematyczności, dyscypliny pracy i zaangażowania. Od kierowników rozwiązywania problemów, a nie ich mnożenia. Jestem zwolennikiem partnerskich kontaktów między ludźmi. Moja koronna zasada brzmi: to administracja jest dla oddziałów, a nie oddziały dla administracji.

— Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk

Komfortowa rehabilitacja

Nareszcie pełną parą ruszyła praca w zmodernizowanym Oddziale Rehabilitacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

W czwartek, 26 lutego 2009 r. odbyło się oficjalne otwarcie Oddziału Rehabilitacyjnego. Tego dnia swoją obecnością zaszczytili nas: Marek Haber – Wiceminister Zdrowia, Jacek Protas – Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego, Jolanta Szulc – Wicemarszałek Województwa Warmińsko-Mazurskie-

komfortowych sal zmodernizowanego oddziału. Następnie wszyscy zaproszeni goście przeszli do sali konferencyjnej Szpitala, gdzie Pani Irena Kierzkowska, Dyrektor WSS w Olsztynie w kilku słowach przedstawiła naszą placówkę. Pan Marek Haber, Wiceminister Zdrowia powiedział, że częściej chciałby przeby-



Sala chorych Oddziału Rehabilitacyjnego

go, Ryszard Wasiński – Dyrektor Departamentu Zdrowia, Ireneusz Kowalski – Konsultant Wojewódzki ds. rehabilitacji medycznej.

Uroczystość rozpoczęła się tradycyjnym już przecięciem wstęgi i obejrzeniem

wać w tak dynamicznie rozwijających się zakładach opieki zdrowotnej. Stwierdził, że najczęściej mówi się o problemach placówek medycznych, a nie o ich sukcesach. Podkreślił, że Szpital Wojewódzki w Olsztynie pokazuje, jak wiele



Ordynator Piotr Siwik prezentuje Oddział

Oddział Rehabilitacyjny

Istnieje od 1970 roku, hospitalizuje pacjentów z najcięższymi dysfunkcjami układu ruchu i schorzeniami układu nerwowego, głównie z terenu województwa warmińsko-mazurskiego.

W oddziale pracuje 3 lekarzy, 5 fizjoterapeutów, kilkanaście pielęgniarek. Oddział współpracuje z Działem Fizykoterapii, psychologiem, logopedą, pracownikiem socjalnym, technikiem ortopedycznym. Posiada akredytację do specjalizacji lekarzy w zakresie rehabilitacji medycznej.

Dzięki pozyskanym środkom z PFRON oraz Ministerstwa Zdrowia w ramach programu POLKARD, oddział został doposażony w nowoczesny sprzęt, wykorzystujący nowoczesne technologie i współczesne metody usprawniania (stół pionizacyjny, bieżnię, stanowiska do ćwiczeń z obciążeniem, specjalistyczne łóżka regulowane elektrycznie, przystosowane dla pacjentów z ciężkimi schorzeniami).

można zdziałać, aby poprawić komfort pacjentów i personelu medycznego.

Jeszcze do niedawna, mimo że oddział mógł się poszczycić nowoczesnym sprzętem, to warunki hospitalizacji pacjentów nie były komfortowe.

Od lutego chorzy mogą powracać do zdrowia w nowoczesnych, odremontowanych salach.

Modernizacja przyczyniła się do podwyższenia standardu pobytu pacjenta w oddziale. Zamontowane udogodnienia zapewniają większe bezpieczeństwo, a nowoczesne wyposażenie spełniające wszelkie wymagania, zapewnia odpowiedni poziom świadczonych usług, co jest niezwykle ważne zwłaszcza, że średni pobyt pacjenta w oddziale trwa 30 dni.

Magdalena Kantorczyk



Od lewej: Jolanta Szulc wicemarszałek, Marek Haber Wiceminister Zdrowia, Jacek Protas Marszałek, Julian Osiecki Przewodniczący Sejmiku

z cyklu ZMYŚŁY

Smak

Smak jest zmysłem, od którego nie zależą podstawowe czynności życiowe człowieka, ale który niewątpliwie jest istotnym elementem jakości życia. Choć mechanizm odczuwania smaku jest taki sam u każdego człowieka, to jakość smakowych doznań jest sprawą indywidualną każdego z nas. Ma na to wpływ płeć, rasa, klimat w którym żyjemy oraz tradycje kulturowe. Dla wielu nie do polknięcia byłaby sfermentowana ryba z ostrą przyprawą, którą uwielbiają Wietnamczycy, czy wypicie krowiej krwi praktykowane przez Masajów.

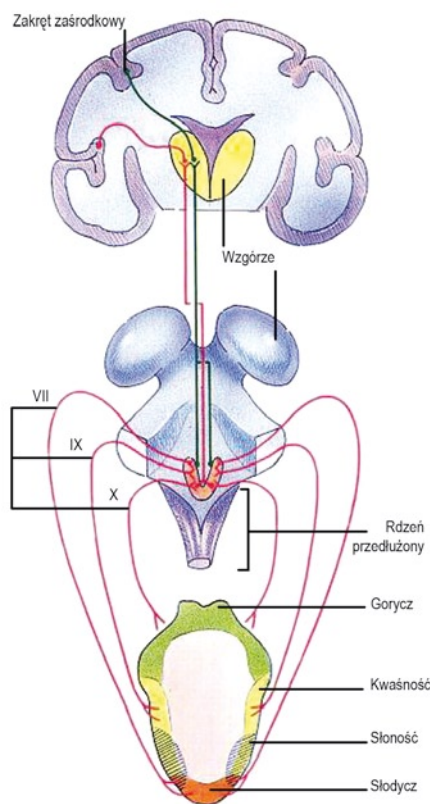
U człowieka mówimy o 5 smakach, które potrafimy rozpoznać w naszym pożywieniu – smaku słodkim, gorzkim, słonym, kwaśnym oraz smaku określanym mianem umami. Jest to smak, jaki czujemy dotykając językiem szczypty glutaminianu sodowego (jeden z aminokwasów, dodawany do pożywienia). Można powiedzieć, że umami pozwala nam ocenić potrawy mięsne, sosy, itp. Wszystkie inne smaki są mieszanymi odczuciami, w które również jest włączony zmysł węchu, wzroku i słuchu. Ta sama potrawa smakowicie przygotowana i estetycznie podana wywołuje zupełnie inne wrażenia smakowe, niż jedzenie byle jak podane. Każdy z nas doskonale wie, że bez węchu, np. podczas kataru, wrażenia smakowe są słabe. Zmysł słuchu reaguje na szelest papierka od cukierków, powodując chęć jego spożycia.

Receptory smakowe znajdują się w tzw. kubkach smakowych, leżących w brodawkach okolonych, liściastych i grzybowatych, zlokalizowanych na języku, w jamie ustnej i górnej części przewodu pokarmowego aż do żołądka, choć tam smaku już nie czujemy.

Sygnalizują one jednak o ewentualnych truciznach zawartych w pokarmach. Niestety niektóre trucizny mogą być smaczne, jak np. currara, która jest słodka.

Dorosły człowiek posiada około 10000 kubków smakowych, ich czas życia to 10 dni. Dla porównania krowa, której kuchnia jest daleka od wykwintnej, ma aż 25000 kubków smakowych.

Aby możliwe było wywołanie wrażenia smaku, komórki smakowe muszą być zanurzone w ślinie lub innych płynach. Dlatego też stany chorobowe wywołujące suchość w ustach powodują osłabienie smaku. Następnie, bodziec smakowy zostaje przekształcony w impuls nerwowy, który włóknami czuciowymi nerwów VII, IX, X dociera do struktur mózgu, dopiero wówczas możemy rozkoszować się smakiem spożywanej potrawy.



Smak może zostać uszkodzony w każdym miejscu przebiegu drogi smakowej od błony śluzowej języka, do kory mózgowej, a zaburzenia smaku występują częściej, niż się powszechnie uważa. Najczęstszą przyczyną jest współwystępowanie zaburzeń węchu, a także używanie protez zębowych oddzielających szeroko błonę śluzową podniebienia twardego, co powoduje niedocieranie pokarmu do kubków smakowych podniebienia.

Także nałóg palenia lub żucia tytoniu oraz nadużywanie alkoholu i narkotyków zmniejsza wrażliwość kubków smakowych na smak, aż do ich zniszczenia.

Zaburzenia smaku obserwuje się przy długotrwałym przyjmowaniu leków stosowanych powszechnie w leczeniu nowotworów, cukrzycy, nadciśnienia, hiperlipidemii, nadczynności tarczycy, czy dny moczanowej.

Upośledzenie smaku może mieć miejsce w przebiegu takich chorób, jak zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, zaburzeniach rozwoju kubków smakowych, niedoborach wit. z grup B i A, niewydolności nerek i wątroby, uszkodzeniach nerwów VII, IX, X w przebiegu złamań podstawy czaszki, zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych.

Uszkodzenie ośrodków smakowych w obrębie prawego płata czołowego może wywołać tzw. Zespół Smakosza – obsesja na punkcie wykwintnego jedzenia.

W fizjologicznie występujących zmianach hormonalnych kobiet podczas miesiączki i ciąży część pań dostrzega nadmierną wrażliwość lub nieprzyjemne odczuwanie bodźców smakowych. Zatem nie są to grymasy tylko natura i jej prawa.

Zaburzenia smaku mogą być wykryte badaniem zwanym gustometrią. Polega ono na podawaniu na język substancji przedstawiających cztery jakości słodkości, słoności, kwaśności i goryczy we wzrastających stężeniach. Prawidłowy smak określamy jako normogeusia, a brak smaku jako ageusia.

Chory z zaburzeniami smaku powinien być konsultowany przez wielu specjalistów, takich jak: lekarz chorób wewnętrznych, gastroenterolog, stomatolog, neurolog, czy psychiatra. U wielu chorych przyczyną zaburzeń smaku można ustalić na podstawie wywiadu, nierzadko jednak, mimo wnikliwej analizy, nie udaje się ustalić etiologii schorzenia. Profilaktyka narządu smaku powinna obejmować dbanie o urozmaiconą i bogatą w warzywa i owoce dietę oraz dbanie o prawidłowy stan uzębienia i jamy ustnej.

Wraz z wiekiem tracimy niewiele kubków smakowych, ale w miarę starzenia osłabia się wrażliwość na smak, więc w rezultacie jedzenie sprawia nam mniejszą przyjemność. Zatem korzystajmy, póki czas, z rozkoszy jedzenia.

lek. med. Anna Siemienuk

Nasze publikacje w świecie

Do wszystkich, początkowo nawet banalnie wyglądających przypadków chorób należy podchodzić z dużą ostrożnością i wnikliwością. Niektóre z nich mogą okazać się wyjątkowo rzadkimi oraz bardzo interesującymi, z medycznego punktu widzenia, jednostkami chorobowymi.

Do Oddziału Otolaryngologicznego i Onkologii Laryngologicznej został przyjęty, z powodu guza umiejscowionego w przedsionku nosa, 75-letni mężczyzna. Zmiana upośledzała częściowo drożność nosa oraz powodowała jego lekką deformację. Guz pojawił się przed dwoma laty, rósł powoli, nie dając żadnych innych dolegliwości. Po badaniu klinicznym i po wykonaniu badań obrazowych, pacjenta zakwalifikowano do leczenia operacyjnego. Za pomocą lasera CO2 nacięto skórę przedsionka jamy nosa w miejscu guza i preparując tkanki usunięto w całości zmianę. Badanie histopatologiczne wykonane w Dziale Patomorfologii WSS w Olsztynie umożliwiło rozpoznanie tłuszczaka wrzecionowatokomórkowego (spindle cell lipoma).

Podobnie jak większość typowych tłuszczaków, 75% przypadków tłuszczaków wrzecionowatokomórkowych stwierdza się w tkance podskórnej pleców, ramion i szyi. W obrębie głowy występują one niezwykle rzadko.

Przegląd piśmiennictwa medycznego wykazał, że do tej pory na świecie nie opisano tłuszczaka wrzecionowatokomórkowego o takiej lokalizacji. Postanowiliśmy podzielić się naszymi spostrzeżeniami i uwagami z szerszym gronem specjalistów pisząc artykuł do specjalistycznego amerykańskiego pisma „Otolaryngology – Head and Neck Surgery”. Praca „Spindle cell lipoma of the vestibule of the nose” M. Gulbinowicz-Gowkielewicz, B. Kibiłda, K. Gugała spotkała się z pozytywnymi recenzjami i została opublikowana



w sierpniu ubiegłego roku, potwierdzając wyjątkowość naszego przypadku. Umieszczenie, w spisie publikowanych prac, autorów z naszego szpitala pomiędzy autorami z Waszyngtonu i Grenoble dostarczyła nam mnóstwo satysfakcji i jednocześnie przekonała nas, że również w Olsztynie możemy mieć kontakt z przypadkami interesującymi świat medyczny w skali daleko przekraczającej granice naszego województwa.

dr n. med.

Monika Gulbinowicz-Gowkielewicz

Wybierz życie

Rak szyjki macicy jest drugim pod względem częstości występowania nowotworem złośliwym wykrywanym u kobiet na świecie. W statystyce, umieralności kobiet z powodu nowotworów złośliwych, rak szyjki macicy zajmuje trzecie miejsce i jest czwartym pod względem częstości występowania nowotworem złośliwym rozpoznawanym u kobiet w Polsce.

Nasz kraj zajmuje aktualnie niechlubne, pierwsze miejsce wśród państw UE pod względem liczby nowych zachorowań na raka szyjki macicy rocznie – 18,1 w przeliczeniu na 100 000 kobiet. Każdego roku notuje się w naszym kraju około 4 000 nowych zachorowań i blisko 2 000 zgonów spowodowanych rakiem szyjki macicy.

– *Wysoka zachorowalność na raka szyjki macicy w Polsce porównywalna jest z krajami trzeciego świata* – mówi lek. med. Janina Lipińska, specjalista położnictwa i ginekologii WSS w Olsztynie. – *Na pierwszy plan wśród głównych czynników ryzyka rozwoju raka szyjki macicy wysuwają się: zakażenie*

wirusem HPV, wiek, wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego, duża liczba partnerów płciowych, duża liczba porodów, palenie papierosów, niski status socjoekonomiczny. Trudno stwierdzić z całą pewnością, który z czynników ryzyka obdarzony jest większym znaczeniem prognostycznym.

Istnieje wyraźny związek niektórych z wymienionych czynników ryzyka z przyjętymi w Polsce wzorcami i standardami obowiązującymi w życiu codziennym (niski poziom wykształcenia i świadomości społecznej, nieregularne korzystanie z opieki medycznej, częste i nieleczone stany zapalne pochwy).

– *Na powierzchni szyjki macicy stykają się 2 zupełnie różne nabłonki, a granica między nimi zmienia się zależnie od wieku kobiety i czynności hormonalnej* – mówi Monika Kaliszuk, specjalistka w zakresie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego. – *Stany chorobowe, przedrakowe rozwijają się właśnie na granicy tych nabłonków, dlatego dość łatwo pobrać wymaz z komórek tej strefy, w celu przejrzystej oceny cytologicznej. Ma to ważne znaczenie dla wczesnego wykrywania stanów przedrakowych.*

Więcej informacji na stronie

www.wss.olsztyn.pl

Magdalena Kantorczyk

Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych
Populacyjny Program Profilaktyki
i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy

Bezpłatna cytologia w WSS w Olsztynie

Każda Polka pomiędzy 25 a 59 rokiem życia, która w ciągu 3 ostatnich lat nie miała wykonanego wymazu cytologicznego w ramach ubezpieczenia z NFZ, powinna zgłosić się na badanie cytologiczne.

Przyjdź i się przebadaj!!

W każdy wtorek w godz. 15.00-18.00

W każdą третią sobotę miesiąca, w godz. 9.00-16.00

Pokój nr 56 (wysoki parter)

Potrzebny tylko dowód osobisty.

z cyklu ZNAD SZPITALNEGO KAŁAMARZA



Obok strony medycznej i marketingowej naszej gazety nie może w „Pulsie” zabraknąć treści humanistycznych, skierowanych na ludzkie potrzeby ciała i ducha, wszystko po to, by być bliżej Człowieka – przysłowiowego „kamienia filozoficznego” rozwoju medycyny. Zachęcam do wspólnego kreowania myśli intelektualnej w naszym szpitalu. Pełno tu wybitnych osobowości, ciekawych ludzi i pasjonatów różnych zawodów, pełno wokół nas wydarzeń, na które możemy mieć własne spojrzenie i pogląd. Zatrzymajmy się na chwilę w tym szaleńczym biegu! Po co? Może po to, byśmy się lepiej czuli sami ze sobą, byśmy wzbogacali własne Ja, byśmy byli szczęśliwsi.

Beata Januszko-Giergielewicz
beatagiergielewicz@interia.pl

Oddział Otolaryngologiczny
i Onkologii Laryngologicznej

Słuch i mowa – klucz do człowieka

Moje marzenia? Jest chyba tylko jedno: kultywować czysty, idealistyczny układ lekarz–pacjent. To jedno daje prawdziwą satysfakcję. Mamy takie ambitne plany, żeby mieszkańcy tego regionu mogli uzyskać każdą pomoc z zakresu otolaryngologii, jeżeli się do nas o to zwrócą.

Wszystko, co dotychczas osiągnęliśmy zawdzięczamy wspólnej pracy kilku pokoleń, które tworzą tradycję tego oddziału. Naszą mocną stroną była i jest umiejętność pracy w zespole. To pozwala nam pokonywać wiele trudności w skomplikowanej rzeczywistości polskiego systemu ochrony zdrowia. Składam hołd tym naszym poprzednikom, którzy odeszli na zawsze. Wszystkim byłym i obecnym pracownikom dziękuję za trud i wysiłek poświęcony dla dobra pacjentów leczonych w naszym oddziale.

Dr n. med. Bogdan Kibiłda

Pędziliśmy przez korytarz szpitalny zagonieni jak zawsze. Wpadliśmy na siebie z ordynatorem Oddziału Otolaryngologicznego, dr. Bogdanem Kibiłdą, zupełnie przypadkiem, stanęliśmy przy zimnym, kamiennym parapecie, wszczęliśmy dyskusję o 35-leciu... Chwyciliśmy wdech i pędem pognaliśmy na jego Oddział uzgodnić szczegóły materiałów rocznicowych. Był upał, popijając zimną wodę rozmawialiśmy

w jego gabinecie. *Słuch i mowa* – podstawa ludzkiego kontaktu, emocji, zrozumienia. Słuchałam, pytałam. Zaczął sam:

– *Tak naprawdę w głębi ducha czuję się chirurgiem* – Nic dziwnego. Tacy byli jego poprzednicy, wszystkich ciągnęło do operatywy. A tak o nich pisze obecny spadkobierca myśli swoich nauczycieli:



Zespół Oddziału Otolaryngologicznego i Onkologii Laryngologicznej



Dr n. med. Bogdan Kibiłda
ordynator Oddziału

„Twórcą oddziału i pierwszym ordynatorem był dr hab. n. med. Bolesław Laszka. Wychowanek kliniki otolaryngologicznej w Poznaniu, wybitny lekarz, posiadający od 1965 roku tytuł docenta medycyny z zakresu laryngologii Akademii Medycznej w Gdańsku. Początki pracy oddziału, biorąc pod uwagę, że był to okres powojenny, musiały być bardzo trudne. Początkowo oddział mieścił się na terenie dzisiejszego szpitala miejskiego, który w owym czasie był szpitalem wojewódzkim. Operacje odbywały się na jednej z sal chirurgicznych. Obsada lekarska była jednoosobowa, a pielęgniarka oddziałowa pełniła funkcję asystenta przy zabiegach operacyjnych”.

— *Chcę, aby inni szli w górę* — kontynuował rozmowę dr Kibiłda.

Skąd to się wzięło? Poczytajmy, co pisze o swoich poprzednikach:

„W obecnym miejscu Oddział mieści się od maja 1970 roku, po wybudowaniu nowego Szpitala Wojewódzkiego. W nowym szpitalu Oddział otrzymał bardzo nowoczesne urządzenia z własną salą operacyjną, opatrunkową, gabinetem zabiegowym i wyciszonym pokojem do badania słuchu. Wówczas oddział liczył 30 łóżek rozmieszczonych w 3-osobowych salach i 2 separatkach. Ordynator dbał nie tylko o swój rozwój zawodowy, ale duże znaczenie przywiązywał do podnoszenie kwalifikacji przez zespół, którym kierował. Chlubą oddziału była biblioteka licząca kilkaset pozycji książkowych w języku polskim, angielskim, niemieckim i francuskim. Prenumerowano także czasopisma zachodnie z otolaryngologii. Sam or-

dynator władał biegle czterema językami obcymi. Dysponując dużym materiałem operacyjnym opublikowano kilkadziesiąt prac naukowych w polskim piśmiennictwie z zakresu otolaryngologii, pediatrii, radiologii. W tym czasie oddział utrzymywał bliskie kontakty z klinikami otolaryngologicznymi w Krakowie, Gdańsku i Poznaniu, a także z klinikami zagranicznymi w Debreczynie i Szegedzie (Węgry) oraz z kliniką w Rostocku (NRD). Na oddziale kształciły się kadry laryngologów, które następnie obsadzały tworzące się stopniowo oddziały i poradnie laryngologiczne w całym województwie olsztyńskim. Poza otolaryngologią, która jak zwykły mówić doc. Laszka, była pasją jego życia, interesował się muzyką, sam grał na akordeonie. Był wytrawnym żeglarzem; oprócz żeglarstwa na jeziorach mazurskich, odbył jachtem kilka podróży morskich do Anglii i Francji. Dowodem na to, jak wiele uczynił dla społeczeństwa Olsztyna i województwa było nazwanie jego imieniem jednej z ulic Olsztyna”.

— *Naturalną rzeczą jest w medycynie przemiana pokoleń. Dodatkowo demokracja narzuca zmiany* — dojrzałe, filozoficzne spojrzenie dr. Bogdana Kibiłdy na rzeczywistość, o mało romantycznej godz. 10.00 w szpitalnej gonitwie, całkowicie mnie zaskoczyło i... zaintrygowało.

Tak dalej wyglądała kontynuowana przez niego historia oddziału laryngologicznego:

„Następcą po nagłej śmierci w 1979 roku doc. Laszki został jeden z jego uczniów, dr Władysław Sawa. Kontynuował on profil leczenia zapoczątkowany przez doc. Laszkę. Jako nową metodę wprowadzono mikrochirurgiczne zabiegi na krtani w znieczuleniu ogólnym. Pod koniec lat dziewięćdziesiątych XX wieku znacznie rozszerzono zakres wykonywanych zabiegów o chirurgię onkologiczną z zakresu głowy i szyi. W 2000 roku ordynatorem oddziału został dr n. med. Bogdan Kibiłda”.

— *Moje marzenia? Jest chyba tylko jedno: kultywować czysty, idealistyczny układ lekarz-pacjent. To jedno daje prawdziwą satysfakcję.*

„Obecnie otolaryngologia jest 24-łóżkowym oddziałem o profilu ściśle zabiegowym. Działalność oddziału koncentruje się na trzech ważnych

zagadnieniach klinicznych: leczeniu niedosłuchu, onkologii laryngologicznej i leczeniu zakażeń i ich powikłań z zakresu głowy i szyi. Dalej oddział bierze udział w szkoleniu poddyplomowym lekarzy. Wprowadzamy nowe sposoby leczenia i diagnostyki zgodnie z postępem wiedzy medycznej. W ostatnich latach rozwinęliśmy chirurgię endoskopową zatok obocznych nosa”.

— *Nowości?*

„Aktualnie zajmujemy się problematyką diagnozowania i leczenia obwodowego zespołu bezdechu sennego oraz operacyjnego leczenia schorzeń głowy i szyi z użyciem lasera. Stale unowocześniamy sprzęt diagnostyczno-leczniczy. Pozwoliło to nam dołączyć do najlepszych oddziałów w kraju.



Pielęgniarka oddziałowa mgr Teresa Berkolec w towarzystwie pielęgniarek Oddziału

— *Sukcesy?*

„W ogólnopolskich rankingach oceniających oddziały otolaryngologiczne zostaliśmy sklasyfikowani na 10 miejscu (2004-Newsweek) i piątym miejscu (2005-Wprost). Dbamy i staramy się o to, by naszych pacjentów leczyć na poziomie nieodbiegającym od najlepszych ośrodków w kraju”.

Spojrzelismy na zegarek. Rozmawialiśmy jedyne 15 minut, a dowiedziałam się o tym wspaniałym lekarzu i jego oddziale więcej, niż wiedziałam o nim przez 15 lat! Co to znaczy słuchać, mówić i rozumieć. Po prostu... rozmawiać. *Ucho i mowa* – boski dar dla człowieka, nieodzowny w międzyludzkiej komunikacji. Gdy podzieliłam się z moim rozmówcą tą obserwacją zaobserwowałam mu oczy. W końcu ktoś to lepiej zrozumie, niż laryngolog z pasją!

ZWIĄZEK ZAWODOWY W WSS W OLSZTYNIE

Wzajemne zrozumienie i współpraca

Związki zawodowe powstały w Wielkiej Brytanii w 1824 roku. W Polsce, zgodnie z ustawą z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych, związek zawodowy jest dobrowolną i samorządną organizacją ludzi pracy, powołaną do reprezentowania i obrony ich praw, interesów zawodowych i socjalnych. Jest on niezależny w swojej działalności statutowej od pracodawców, administracji państwowej i samorządu terytorialnego oraz od innych organizacji, a organy państwowe, samorządu terytorialnego i pracodawcy zobowiązani są traktować jednakowo wszystkie związki zawodowe.

Związek Zawodowy Pracowników Ochrony Zdrowia przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

Związek jest częścią Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia. Przewodniczącą związku już drugą kadencję (kadencja trwa 4 lata) jest Pani Elżbieta Kubit, która pracuje w naszym szpitalu od 1985 r. na stanowisku na początku inspektora BHP, później specjalisty ds. BHP, obecnie jest kierownikiem Sekcji BHP. Pani Ela dzięki swojej pracy ma możliwość poznania każdego pracownika oraz zna każde stanowisko pracy. Nie ukrywa więc, że ułatwia jej to pełnienie funkcji przewodniczącej związku, bo problemy tych ludzi są jej na bieżąco znane. Związek w tej formie, jak obecnie, został zarejestrowany w 1982 r. Celem związku jest dbałość o to, aby pracownicy czuli się bezpieczni w swoim miejscu pracy, mieli godne wynagrodzenie. Dotyczy to nie tylko członków związku, ale każdego niezrzeszonego pracownika, który zwróci się o pomoc. Obecnie związek liczy sobie 30 członków i wielu sympatyków. Członkiem związku może być każdy pracownik nie tracąc swego

statusu członka nawet, jeżeli przejdzie na emeryturę lub rentę. Także w tym momencie można przystąpić do związku. Dzięki składkom członkowie co roku otrzymują w prezencie talony na drobne upominki, jak również niewielką kwotę z okazji zdarzeń losowych, np. śmierć członka rodziny.

„Najważniejsze, aby we wszelkich negocjacjach obie strony były sobie przychylnie. Nie ważne jest też to, kto jest w jakim związku, bo wszyscy pracujemy na dobro pracownika. Powinniśmy być jednomyślni.” – mówi Pani Ela. Cechami, które najbardziej ceni sobie Pani Ela u innych są: szczerłość, otwartość i wiarygodność.

Międzyzakładowa Organizacja Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Techników Medycznych Elektroradiologii

Działa w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie od 1955 r. Skupia w swoich szeregach 19 członków. Od 1995 r. przewodniczącym związku jest Pan Piotr Gruszczyński i jest to jego trzecia, pięcioletnia kadencja. Pan Piotr pracuje w szpitalu od 1986 r. najpierw w Dziale Diagnostyki Obrazowej, a od 2001 r. w Pracowni Kardiologii Inwazyjnej. Zastępcą przewodniczącego jest Pani Ewa Rzeszotarska, pracownik Działu Diagnostyki Obrazowej. OZZTME jest to branżowy związek, który czuwa nad przestrzeganiem prawa pracowników (techników elektroradiologii) oraz reprezentuje swoje środowisko podczas spotkań z dyrekcją zakładu, jak i na zewnątrz, np. w mediach. Rozwiązuje problemy związane z zawodem oraz buduje wizerunek zawodu na rynku pracy. Za największy sukces związku w skali całego kraju, jest utrzymanie dotychczasowego wymiaru czasu pracy techników radiologii.

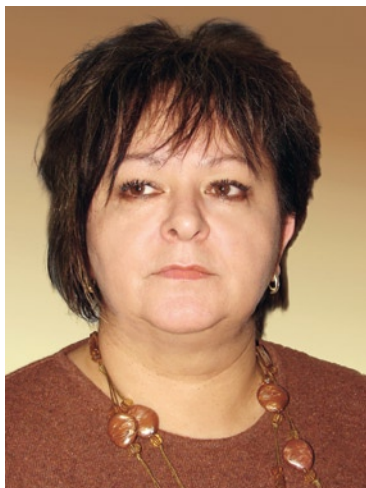


Piotr Gruszczyński

Istotnym aspektem w działalności związku jest świadomość zawodowa i odpowiedzialność za wykonywaną pracę. Utworzenie Związku Zawodowego Techników Medycznych Elektroradiologii pozwoliło dostrzec potrzeby tej grupy zawodowej na tle innych zawodów medycznych. Pan Piotr podkreśla, że współpraca z pozostałymi związkami zawodowymi w naszym szpitalu układa się bardzo dobrze i nie polega na wzajemnej rywalizacji, ale wspólnym dążeniu do celu, wymianie informacji, pomocy. Towarzyszy temu zawsze spory margines zaufania. To, że tyle lat Pan Piotr przewodniczy związkowi, wynika z jego zamiłowania do nowych wyzwań i fakt, że posiada wiedzę prawną oraz cieszy się dużym autorytetem wśród kolegów.

Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność” Komisja Zakładowa przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

Przewodniczącym Związku i Komisji Zakładowej jest Pan Marek Gadkowski – asystent i inspektor ochrony radiologicznej Zakładu Medycyny Nuklearnej



Elżbieta Kubit

naszego szpitala. Związek ten korzeniami osadzony jest w NSZZ „Solidarność”, związku, który powstał na przełomie sierpnia i września 1980 r. na fali niezadowolenia społecznego z pogarszającej się sytuacji ekonomicznej społeczeństwa oraz ze sposobu sprawowania władzy.



Marek Gadkowski

W naszym szpitalu rozpoczął działalność w latach osiemdziesiątych. Pierwszym przewodniczącym Związku był Pan Feliks Stasiulewicz, a następnie: Jerzy Górny, Krystyna Urbanowicz, Halina Krajewska, Jan Jakubowski i obecnie od 2002 r. Marek Gadkowski. W rozumieniu ustawy o związkach zawodowych, jest to związek reprezentatywny. Jest drugim co do liczebności związkiem zawodowym w szpitalu. Celem związku jest przede wszystkim dbanie o godne warunki pracy i płacy swoich członków, a także wszystkich pracowników szpitala. „Siła związków jest wtedy, kiedy związki się dogadają, dlatego bardzo ważne jest, aby nie wdać się w dyskusje i spory o rzeczy mało istotne. Wszystkie komórki są ważne i te medyczne i nie medyczne. W kluczowych decyzjach nie można kierować się dobrem tylko jednej grupy zawodowej” – mówi Pan Marek Gadkowski, przewodniczący związku. Za największy sukces związków Pan Marek uważa wynegocjonowanie wspólnie z innymi związkami kilka lat temu, 30 % podwyżki dla wszystkich pracowników szpitala. Pan Marek jest zawsze dostępny dla swoich członków i innych pracowników szpitala, którzy się do niego zwrócą o pomoc. Jego żelazną zasadą jest punktualność i słowność. Nie lubi dwulicowości. W swoim życiu stara się zawsze tego trzymać i tego również oczekuje od innych.

Zakładowa Organizacja Związkowa Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych

Związek założony został w 1998 r. Ze względu na jego branżowy charakter liczy ok. 190 członków. Przewodniczącą związku w naszym szpitalu jest Pani Elżbieta Butkiewicz, która pełni tę funkcję już drugą, czteroletnią kadencję. Spotkania członków odbywają się dość często, zazwyczaj na początku każdego miesiąca, ale czasami częściej, w zależności od potrzeb. Każdy potrzebujący, nie tylko ze związku, może zwrócić się o pomoc do Pani Eli lub wiceprzewodniczącej Pani Beaty Wasilewskiej. Pani Ela Butkiewicz jest osobą, która ogromną ilość swojego czasu poświęca na prace społeczne. Poza funkcją, jaką pełni w naszym szpitalu jest również przewodniczącą Zarządu Regionu Warmińsko-Mazurskiego OZZ- PiP oraz członkiem Zarządu Krajowego i wiceprzewodniczącą Forum Związków Zawodowych Zarządu Województwa, który zrzesza wszystkie związki różnych branż.



Elżbieta Butkiewicz

Celem związku jest obrona godności zawodowej, dbanie o prestiż zawodu, adekwatność płac pracowników, pilnowanie przestrzegania prawa. Pomoc jakiej udziela związek, wynika z jego statutu i ustawy o związkach zawodowych. Pani Ela uważa, że w dążeniu do tego celu najważniejszy jest dialog społeczny. Pomocne w realizacji partnerskiej rozmowy są spokój i opanowanie, kultura słowa, punktualność i samodyscyplina. Te cechy charakteru można dostrzec u przewodniczącej związku. Pani Ela zatrudniona jest na pełen etat w Oddziale Kardiologicznym, jednak z racji sprawowanych funkcji i licznych dodatkowych obowiązków, jest do nich oddelegowana

na pół etatu. Swoją wolny czas Pani Elżbieta Butkiewicz lubi spędzać na łonie natury i aby naprawdę móc naładować swój „wewnętrzny akumulator”, stara się odizolować od wszystkich trosk i obowiązków dnia codziennego. Często w takich chwilach wyłącza nawet telefon.

Nietrudno dostrzec, że cele i priorytety wszystkich tych organizacji są zbieżne. Wszystkim zależy, aby jak najlepiej służyć swoim członkom, ale także i tym, którzy się do nich zwrócą, a nie należą do związku. Ich działanie oparte jest o wzajemne zrozumienie i współpracę. Podkreślają, jak ogromne znaczenie ma dla nich fakt, że razem mogą dojść do konsensusu w negocjacjach, które prowadzą między sobą i dyrekcją szpitala. Ta współpraca znalazła również odbicie w tym, że przedstawiciele wszystkich związków są członkami kolejnej, nowo powstałej organizacji szpitalnej, jaką jest Rada Pracowników.

Rada Pracowników

Powołana została przez OZZPiP. Jest to rodzaj organu reprezentacji pracowniczej, ustanowiony przez Ustawę z dnia 7 kwietnia 2006 r. o informowaniu pracowników i przeprowadzaniu z nimi konsultacji, która w założeniu ma wdrożyć w Polsce dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającą ogólne ramowe warunki informowania i przeprowadzania konsultacji z pracownikami we Wspólnocie Europejskiej. W skład Rady wchodzi 7 osób (u pracodawcy zatrudniającego ponad 500 osób). Przewodniczącą Rady pracowników w naszym szpitalu również jest Pani Elżbieta Butkiewicz. Rada Pracowników ma dostęp do większej liczby danych i ma większe spektrum działania niż Związki Zawodowe.

Pracodawca powinien informować radę o:

- działalności i sytuacji ekonomicznej przedsiębiorstwa oraz przewidywanych w tym zakresie zmianach;
- stanie, strukturze i przewidywanych zmianach zatrudnienia oraz działaniach mających na celu utrzymanie jego poziomu;
- działaniach, które mogą powodować istotne zmiany w organizacji pracy lub podstawach zatrudnienia.

Natomiast obowiązek konsultacji dotyczy tylko stanu, struktury, przewidywanych zmian w zakresie zatrudnienia, jego podstaw oraz organizacji pracy. Nie dotyczy działalności i sytuacji ekonomicznej przedsiębiorstwa.

Barbara Szymczuk

Przeżyję, nie pokona mnie choroba!

W Polsce notuje się prawie 10.000 nowych przypadków zachorowań rocznie na nowotwór piersi. Oznacza to, że każdego roku na raka piersi zachoruje 30 kobiet na 100 tysięcy. Umieralność na raka piersi rośnie w tempie 1,6% rocznie, a struktura zaawansowania klinicznego jest zła, a nawet fatalna. Rak piersi po prostu wykrywany jest zbyt późno.

Za „przypadki wczesne” uznaje się zmiany (guzy) o średnicy poniżej 0,5 cm. Tylko w 20% przypadków chorobę rozpoznaje się we wczesnym stadium zaawansowania. Wtedy szanse na wyleczenie są bardzo duże.

Tykająca bomba zegarowa

11 lat. Dla jednych jest to ogromny szmat czasu, wręcz całe życie, dla innych niezauważalny wrywek egzystencji. Dla Pani Marianny Kunikowskiej to lata przede wszystkim przeżyte w zdrowiu, i bez nawrotów choroby. To lata pełne oddania pracy charytatywnej, poświęcenia się dla innych ludzi. To również 11 lat po mastektomii prawej piersi...

Rok 1998 był dla niej przełomowym, mimo że jest osobą niezwykle doświadczoną przez życie, bo przeżyła 4 operacje na otwartym sercu. Doświadczenia te nauczyły ją dystansu do własnych lęków, obaw, ale jednak przejścia tamtego okresu na zawsze pozostawiły w jej psychice trwałe ślady.

– Wiele razy czytałam o raku piersi, jednak – niestety – samobadania nie przeprowadzałam, bo myślałam, że ten problem mnie nie dotyczy – wspomina Marianna Kunikowska. – Aż pewnego dnia, kiedy przy myciu nachylałam się nad wanną zobaczyłam, że coś z moją piersią jest nie tak, był to zapadnięty kawałek skóry na piersi, „na godzinie 10.00.” Zaczęłam dotykać tego miejsca... nie wyczułam żadnego guzka, niczego okrągłego. Ale sam wygląd tego miejsca na tyle mnie zaniepokoił, że zgodnie z zaleceniami kolorowych czasopism, poszłam do ginekologa. Poprosiłam lekarza o zbadanie piersi. Zbadał, obejrzał i stwierdził... że to nic takiego, że taka moja uroda.

Z „taką urodą”, a właściwie z tykającą bombą zegarową Pani Marianna

Nowotwory złośliwe sutka są najczęstszymi nowotworami u kobiet!

AMAZONKI

Według mitologii greckiej było to wojownicze plemię, jeżdżących wierzchem na koniach kobiet wywodzących się od boga wojny Aresa i nimfy Harmonii. Zamieszkiwały w Azji Mniejszej nad rzeką Termodont w rejonie Morza Czarnego. Kobiety te żyły bez mężczyzn, a ciągłość rodu podtrzymywały dzięki sezonowym spotkaniom z panami z sąsiednich krajów. Urodzonych chłopców zabijano lub okaleczano. Wychowywane były tylko córki przysposobiane do myślistwa i walki przez odejmowanie jednej piersi, w celu łatwiejszego posługiwania się lukiem lub włócznią. Stąd starożytni Grecy wywodzili ich nazwę od Amazones, czyli „bez piersi”. Dziś trudno sobie wyobrazić, żeby panie pozbawiały się atrybutów kobiecości na własne życzenie. Z legendarnymi Amazones łączy jednak fakt utraty piersi, ale nie w celu łatwiejszych potowań, lecz dla ratowania zdrowia, a niejednokrotnie życia. Wyprowadzając podobieństwa z potomkiniami boga Aresa można powiedzieć, że współczesne kobiety też przystąpiły do walki z groźnym wrogiem – chorobą nowotworową i jej skutkami.

chodziła następne pół roku, nie robiąc nic, nie diagnozując, po prostu starając się tylko nie myśleć o tym, co ma na/w piersi. Lekarz dał jej przecież gwarancję, pewność, że wszystko jest w porządku. Ale ewidentnie tak nie było. Jej myśli coraz częściej krążyły wokół jednego: że ma raka. W końcu Pani Marianna zauważyła, że miejsce „zmiany” zaczyna się robić twarde. I to był moment przełomowy, posłuchała siebie i nie zastanawiając się dalej, poszła bezpośrednio do onkologa.

– Chirurg onkolog również stwierdził, że to nic takiego, ale dla potwierdzenia swojej diagnozy pobrał wycinek i posłał go do analizy – wspomina Pani Marianna. – Już po półtorej godzinie przyszły wyniki. Znalaziono złośliwe komórki nowotworowe. Brzmiało to jak wyrok. Od tego momentu wszystko działo się szybko, bardzo szybko.

Trwały ślad

Panią Mariannę o wynikach poinformowała lekarka pracująca w oddziale: „Niestety musimy brać się do roboty” – Pani Marianna do dzisiaj pamięta te słowa. Oczywiście wtedy nie było już innej alternatywy, jak usunięcie całej piersi wraz z węzłami chłonnościami, bo nowotwór był zaawansowany. Amputacja piersi nie była najcięższą operacją z punktu widzenia medy-



Na pierwszym planie Marianna Kunikowska podczas Marszu Różowej Wstążki

cznego i fizycznego, jaką przeszła Pani Marianna, ale na pewno zabiegiem niosącym dla pacjentki największą obawę, zostawiającym w jej psychice największy i najtrwalszy ślad.

Strach, rozpacz, obawa – wszystkie te emocje, które narastały w niej od miesięcy, w końcu dały swój upust w łzach. Po chwili jednak w jej głowie pojawiła się nowa, otręźwiająca myśl: „uda mi się przeżyć, nie pokona mnie choroba”.

– Przystałam myśleć o walorach estetycznych, o życiu z takim defektem – podkreśla Pani Marianna. – Wszystkie moje myśli były skoncentrowane na tym, żeby przeżyć. Zawieziono mnie na blok operacyjny i wycięto mi... raka.

Po zabiegu operacyjnym Pani Marianna obudziła się w szpitalnym łóżku. Jej ręka zawędrowała na klatkę piersiową i wyczuła bardzo duży opatrunek. „Przeżyłam operację” – pomyślała. Pani Marianna wiedziała, że teraz będzie już dobrze, wierzyła, że nie pojawią się przerzuty.

– Po wcześniejszych operacjach, jakie przeszłam, patrzyłam jak goi mi się rana, jak wygląda miejsce operowane – opowiada Pani Marianna.

– Po mastektomii przez kilka tygodni nie byłam w stanie popatrzeć na siebie w lustrze, mój wzrok w ogóle nie wędrował w tamtą stronę. Bałam się konfrontacji moich wyobrażeń z rzeczywistością, z własnymi obawami, bałam się deformacji. Z drugiej strony sama wybierałam sobie protezy piersi, bieliznę, jednak zawsze uważając, aby nie spojrzeć w „tę” stronę, na siebie. Miałam nieocenione wsparcie w mężu, który cały czas mnie pocieszał, że to tylko kawałek



Rzym, Muzeum Kapitołińskie, „Ranna Amazonka”, rzymska replika dzieła Fidiasza, V w. p.n.e.

ciała, który musiał być usunięty z powodu choroby. Pytał mnie, czy gdyby mu amputowano nogę, to przestałoby go kochać – śmieje się.

Stawić czoła lękom

Minęły dwa miesiące. Pani Marianna nauczyła się żyć ze świadomością, że wygląda inaczej niż inne kobiety. Przewartościowała również swoje życie. Zapisała się do Olsztyńskiego Towarzystwa

„Amazonki”. Odnalazła się w zupełnie nowych płaszczyznach, zaczęła działać społecznie, służyć radą i pomocą kobietom po mastektomii. Przyszedł również czas na stawienie czoła własnym lękom.

– Rano w łazience nagle zdecydowałam, że muszę spojrzeć w lustro, że muszę poznać własne ciało – wspomina Pani Marianna.

– Nie było już lez, tylko dystans do swojego ciała i chłodny osąd sytuacji, że bez problemu można tak żyć. Szybko wyleczyłam się z myśli, że brak piersi to coś strasznego, bo jest to tylko estetyczna wada, zauważalna głównie dla naszej psychiki.

W zmianie sposobu myślenia bardzo pomogły mi Amazonki, które poznałam w Stowarzyszeniu, a także świadomość, że są to kobiety, które

przeszły przez to samo co ja 10-20 lat wcześniej, nie miały przerzutów, nadal żyją, są uśmiechnięte, optymistyczne, zostały wolontariuszkami.

REKONSTRUKCJA PIERSI

W ciągu ostatnich lat sytuacja kobiet po operacji usunięcia piersi zmieniła się, ponieważ jednocześnie podczas zabiegu mastektomii często stosuje się również odtwórczą operację piersi. Powszechnie uznawany jest dodatni wpływ operacji odtwórczych na jakość życia kobiet po mastektomii. Taka możliwość zmniejsza obawę kobiet przed amputacją, więc przyspiesza zgłaszanie się do zasadniczego leczenia onkologicznego. Amputacja piersi przy chorobie nowotworowej powoduje u kobiety nie tylko kalectwo fizyczne - najczęściej towarzyszy temu mniejszy lub większy wstrząs psychiczny. Spowodowany jest poczuciem utraty kobiecości, wrażeniem niepełnej wartości, obawą przed odrzuceniem przez partnera. U wielu kobiet lęk przed utratą piersi sprawia, że odwołują się na leczenie onkologiczne.

Już od trzech kadencji Pani Marianna Kunikowska jest prezesem Olsztyńskiego Towarzystwa „Amazonki” (od października 2000 roku), które zrzesza w swoich szeregach ponad 150 kobiet. Amputacja piersi z powodu raka, obok niewątpliwego kalectwa fizycznego, wywołuje najczęściej również głęboki uraz psychiczny. Utrata piersi - symbolu kobiecości, atrakcyjności i macierzyństwa, rodzi obawy o brak akceptacji ze strony nie tylko partnera, ale i najbliższych, przyjaciół. U kobiety powstać może poczucie niepełnej wartości. Stan ten jest dodatkowym obciążeniem psychicznym przy i tak istniejącej (jak w przypadkach nowotworów o innym umiejscowieniu) zrozumiętej obawie o życie.

– Jako Amazonki uznałyśmy, że naszym najważniejszym zadaniem jest niesienie pomocy kobietom przed i po zabiegu odjęcia piersi, dlatego została powołana sekcja ochotniczek – wolontariuszek, które po przeszkoleniu przez psychoonkologa klinicznego odwiedzają kobiety na oddziałach chirurgii onkologicznej – mówi Pani Marianna Kunikowska. – Tu należy dodać, że od początku i do dnia dzisiejszego dyrekcje, ordynatorzy i personel oddziałów chirurgii onkologicznej wykazują duże zrozumienie dla naszej działalności.

Świadomość choroby nowotworowej powoduje szok i przerażenie u pacjentek. Nie wierzy się lekarzowi, gdy mówi, że rak jest uleczalny. Myślimy – on tak musi mówić, aby nas uspokoić, a my i tak jesteśmy stracone. Tym bardziej nie wierzymy rodzinie, przyjaciołom: – oni udają dla pocieszenia nas. Ale gdy przyjdzie do naszego łóżka kobieta, która sama przeszła przez to piekło, mimo to żyje, uśmiecha się i normalnie funkcjonuje, to jej zaufamy, że tak jak ona mamy szansę i nadzieję na wyleczenie.

Magdalena Kantorczyk

Gdy dziecko jest wcześniakiem...

Oddział Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka nie powinien różnić się niczym od Oddziału Intensywnej Terapii dla dorosłych pacjentów. Tak samo wymagana jest specjalistyczna aparatura monitorująca wszystkie funkcje życiowe, z jedną różnicą – specjalistyczny sprzęt przystosowany jest dla wcześniaków.

Ratowanie życia i zdrowia noworodka nie zaczyna się w chwili jego przyjścia na świat. Jeszcze będąc w łonie matki, dziecko z ciąży zagrożonej lub podwyższonego ryzyka jest odpowiednio przygotowywane do porodu. Personel zabezpiecza miejsce, w którym dziecko ma przyjść na świat, aby natychmiast pospieszyć mu z pomocą od razu po narodzinach.

Kasia ma 28 lat i mieszka koło Biskupca. Zawsze marzyła o dziecku i kiedy okazało się, że jest w ciąży jej radość nie miała końca. Regularnie chodziła ze swoim chłopakiem na wizyty do lekarza ginekologa. Wszystko było dobrze, dziecko prawidłowo się rozwijało. Aż pewnego dnia jej radość pękła jak bańka mydlana. Była w 5 miesiącu ciąży. Źle się poczuła, zaczęły jej odchodzić wody płodowe. Nie wiedziała, co się z nią dzieje. Zadzwoiła do swojej siostry, matki trójki dzieci, która kazała jej natychmiast jechać do szpitala. Pogotowie z Biskupca w pośpiechu przetransportowało ją do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Pani Kasia bała się, że straci dziecko. Dopiero w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Ginekologii Onkologicznej WSS w Olsztynie poczuła się bezpiecznie. Lekarze zajęli się nią i jej upragnionym dzieckiem. Tłumaczyli, że będą starali się zrobić wszystko, aby opóźnić poród, bo każdy dzień dłużej w łonie matki jest ważny



Aparat ultrasonograficzny

dla prawidłowego rozwoju noworodka. Uspokajali ją mówiąc, że zajmowali się wcześniakami z jeszcze wcześniejszych ciąż, które nie tylko przeżyły, ale rozwijały się normalnie i były zdrowe. W 25 tygodniu ciąży wdała się infekcja, o godzinie 13.00 Pani Kasia trafiła na blok porodowy, gdzie lekarze wykonali cesarskie cięcie. Mały Kubuś od razu trafił do inkubatora i został przewieziony do Oddziału Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka.

— *Nie mogłam uwierzyć, jak go po raz pierwszy zobaczyłam — wspomina pani Kasia. — Spodziewałam się, że będzie malutki, ale nie sądziłam, że aż tak. Gdybym chciała go wziąć na ręce, zmieściłby mi się na jednej dłoni. Jeszcze 4 miesiące powinien rozwijać się w moim brzuchu. Poza tym te wszystkie rurki, sprzęt do którego był podłączony... prawie nie było go widać pod tą całą aparaturą, która trzymała go przy życiu. Mój kontakt z nim ogranicza się jedynie do patrzenia na synka przez szybę inkubatora. Jestem dobrej myśli, nie przestaję wierzyć, że wszystko będzie dobrze, że jego płucka się rozwiną i zaczną same pracować, że sam zacznie jeść i będzie mógł pojechać ze mną do domu.*

Jak w łonie matki

W ostatnich latach wzrastają szanse na uratowanie coraz młodszych i mniejszych dzieci. Nawet te ważące 500 g mają szansę przeżyć, jeśli szpital, w którym przyszły na świat, dysponuje odpowiednią aparaturą medyczną. Wcześniaki przebywające w Oddziale Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka podłączone są do wielu urządzeń, niezbędnych przede wszystkim do utrzymania właściwej temperatury ciała dziecka, wspomaganie oddychania, monitorowania parametrów organizmu, podawania pokarmu i leków. Większość wcześniaków trafia po urodzeniu do inkubatora - panują tam warunki zbliżone do tych, które panowały w łonie matki. W inkubatorze utrzymywana jest temperatura 34-36°C oraz stała, wynosząca zazwyczaj 60% wilgotność powietrza. Jest to konieczne, ponieważ wcześniaki nie potrafią sa-



Aparat do mierzenia słuchu

modzielnie utrzymać właściwej temperatury ciała. Mają one niewystarczającą tkankę tłuszczową, a ich mięśnie są zbyt słabe, aby wytwarzać ciepło. Czasem inkubator wyposażony jest w wagę umożliwiającą bieżące kontrolowanie masy ciała maluszka.

Łatwiejsze oddychanie

Kiedy rodzi się dziecko i występują wszelkie zagrożenia, zwłaszcza związane z funkcjami oddechowymi, dziecku trzeba natychmiast pomóc oddychać. Respirator jest jednym z najważniejszych urządzeń na oddziale wcześniaków.

— *Jeśli dziecko nie jest jeszcze gotowe oddychać samodzielnie, respirator będzie wykonywał za nie część oddechów — mówi dr n. med. Jolanta Meller, ordynator Oddziału Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka WSS w Olsztynie. — Kiedy dziecko jest podłączone do respiratora, rurka intubacyjna jest wprowadzana do jego tchawicy przez nos lub usta i umocowana do twarzy*

Ratunek dla płuc

Fundacja Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy realizuje Program Nieinwazyjnego Wspomagania Oddychania u Noworodków „Infant Flow”.

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 (AL), co w konsekwencji daje zwiększoną śmiertelność i wzrost wylewów wewnętrzczaszkowych. Drugim poważnym powikłaniem wentylacji mechanicznej jest przewlekła choroba płuc (CLD).

przy pomocy plastra. Lekarze programują urządzenie tak, aby wykonywało określoną liczbę oddechów na minutę, dostarczanych z odpowiednim ciśnieniem i stężeniem tlenu.

Jeżeli dziecko nie potrzebuje pomocy respiratora, ale nie jest całkiem gotowe oddychać w pełni samodzielnie, może mieć założone kaniule do nosa. Dzięki nim utrzymywany jest CPAP (continuous positive airway pressure), czyli ciągle dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych.

— Jedną z form CPAP-u jest urządzenie nazywane *Infant Flow* — mówi dr n. med. Jolanta Meller. — W ubiegłym roku nasz oddział otrzymał od WOŚP 2 takie aparaty. Jest to urządzenie do nieinwazyjnej wentylacji wcześniaków. Nie wymaga intubacji — do noska dziecka wprowadza się końcówkę donosową wykonaną z bardzo miękkiego silikonu. Może ją zastąpić szczelnie przylegająca maseczka.

Linie życia

Każde dziecko, zwłaszcza kiedy jego stan jest ciężki, bezwzględnie musi być podłączone do monitora funkcji życiowych, który mierzy saturację, częstość oddechu, częstość akcji serca, krzywą EKG, ciśnienie krwi metodą nieinwazyjną (za pomocą mankieta specjalnie dobranego dla dziecka). To jedno z najważniejszych urządzeń, które zazwyczaj podłączone jest do dziecka przez cały czas pobytu na oddziale wcześniaków.

Elektrody EKG — dwie na klatce piersiowej i jedna na brzuszku lub nodze — liczą liczbę oddechów i uderzeń serca na minutę. Obie liczby są stale wyświetlane na ekranie monitora, wraz z wykresem oddechu i czynności serca. Monitor wydaje głośny dźwięk, jeśli któryś ze wskaźników zbyt długo jest poza normalnym zasięgiem.

— Wcześniaki poruszając się w inkubatorze czasami powodują, iż czujni-

ki odłączają się bądź nie przywierają właściwie do ciała dziecka, co powoduje fałszywy alarm — mówi dr n. med. Jolanta Meller. — Dlatego pielęgniarki patrzą nie tylko na ekran monitora, ale również na dziecko, by stwierdzić, czy coś jest faktycznie nie tak.

Większość wcześniaków ma założony czujnik pulsoksymetru, przynajmniej na początku pobytu w szpitalu. Czujnik ten, zazwyczaj założony na rękę lub stopę dziecka, mierzy we krwi procent hemoglobiny wysyczonej tlenem. Pulsoksymetr stosowany dziś na większości oddziałów posiada czujnik ze specjalnym czerwonym światłem.

— Światło to prześwieca przez skórę dziecka i w oparciu o wykonane pomiary urządzenie wskazuje, czy wystarczająca jest ilość tlenu przenoszona przez krew dziecka — tłumaczy dr n. med. Jolanta Meller. — Ekran monitora wyświetla poziom saturacji, czyli wysycenia hemoglobiny tlenem.

Żywnienie maluszka

Częstym widokiem są również wkłucia dożylnie na rączkach, główce, czy stópkach wcześniaczków.

Wenflony — kaniule umieszczone w żyłach, służą do tego, aby wprowadzać płyny do krwiobiegu — używane są do żywienia pozajelitowego większości przedwcześnie urodzonych dzieci.

— Duży nacisk kładziemy na karmienie naturalne, zachęcając mamy do odciągania pokarmu — wyjaśnia dr n. med. Jolanta Meller. — W sytuacji, gdy jest to niemożliwe podajemy wcześniakom specjalnie przygotowywane mieszanki, czyli pokarm sztuczny, pokrywający zapotrzebowanie w zależności od stanu, masy ciała i wieku dziecka. Staramy się bardzo szybko pobudzać przewód pokarmowy noworodka do pracy, poprzez podawanie niewielkiej ilości pokarmu do żołądka. W momencie, kiedy stan wcześniaka ulega poprawie, przechodzimy na żywienie doustne. Jednak niedojrzałość układu pokarmowego może się również wyrażać w niewykształconym odruchu ssania i polykania lub brakiem między nimi koordynacji. Wcześniaki, które są zbyt małe, aby karmić je piersią lub butelką, mogą otrzymywać mleko przez cienką,



Infant Flow SiPAP

miękką rurkę wprowadzoną przez nos lub usta prosto do żołądka. Ta metoda nazywa się — karmieniem sondą. Sondę zakłada się łatwo, szybko i większość wcześniaków wydaje się w ogóle nie uważać jej obecności.

Wiele dzieci ma również więcej wkłuc do podawania antybiotyków i innych leków. Leki dawkowane są przy pomocy pomp infuzyjnych, które podają właściwą ilość leku w odpowiednich odstępach czasu.

Oddział dysponuje również aparatem USG, który sfinansowała WOŚP. Dzięki niemu można wcześniakom wykonać badania ultrasonograficzne przeciemięzkowe, a także badania echokardiograficzne serca. Oddział posiada także przewoźny aparat rtg, za pomocą którego można zbadać noworodka bez wyjmowania go z inkubatora.

Każde dziecko po urodzeniu ma wykonane przesiewowe badania słuchu, które kwalifikuje je do grupy dzieci zdrowych lub podwyższonego ryzyka. Aparat do wykonania tego badania Szpital otrzymał również od WOŚP.

— W ostatnich latach rodzi się coraz więcej wcześniaków wymagających intensywnej terapii — mówi dr n. med. Jolanta Meller, ordynator Oddziału Neonatologii i Intensywnego Nadzoru Noworodka WSS w Olsztynie. — Moim celem jest stworzenie profesjonalnego oddziału intensywnej terapii noworodka, podzielonego na odcinki opieki intensywnej, ciągłej i pośredniej, wyposażonego w profesjonalny sprzęt medyczny. Chciałabym również, aby w Szpitalu były miejsca hotelowe dla matek noworodków przebywających na naszym oddziale, aby mogły one cały czas przebywać ze swoimi dziećmi. Mam nadzieję, że nie pozostanie to jedynie w sferze marzeń, ale wkrótce się zrealizuje.

Magdalena Kantorczyk



Advance Infant Flow System



PROGRAM REGIONALNY
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Województwo
Warmińsko -Mazurskie



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



Unijne wsparcie!!!

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie pozyskał środki finansowe z Unii Europejskiej na realizację projektu „Zdążyć przed rakiem – wyposażenie Oddziału Gastroenterologicznego z Pracownią Endoskopową w sprzęt i aparaturę medyczną do diagnostyki i leczenia nowotworów przewodu pokarmowego”.

Projekt został wybrany do dofinansowania z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach:

Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury 2007-2013, Oś priorytetowa 3 Infrastruktura społeczna, Działanie 3.2 Wysoki poziom zabezpieczenia i dostępności medycznej i opiekuńczej oraz Poddziałanie 3.2.1 Infrastruktura ochrony zdrowia.

Całkowita wartość projektu kształtuje się na poziomie **1 456 050 zł**. Źródłami finansowania projektu będą **w 80% środki pochodzące z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego**, co stanowi **1 164 840 zł**, natomiast **w 20% z udziału własnego Szpitala**, co stanowi **291 210 zł**.

W wyniku realizacji projektu Szpital zakupi następujący sprzęt i aparaturę medyczną:

1. monitor medyczny LCD HD,
2. ultrasonograf z głowicami: liniową i CONVEX kompatybilny z gastroskopem ultrasonograficznym,
3. wózek kompletny do zestawów endoskopowych,
4. gastroskop ultrasonograficzny,
5. pompę do spłukiwania pola operacyjnego,
6. procesor VIDEO,
7. źródło światła,
8. kolonoskop wideo HDTV,
9. gastroskop wideo HDTV,
10. kolonoskop wideo,
11. gastroskop wideo,
12. zespół zasilania wodnego.

Zakup wybranego sprzętu będzie miał korzystny wpływ na funkcjonowanie WSS w Olsztynie, poprawi jakość świadczonych usług oraz skróci czas oczekiwania na badanie diagnostyczne i hospitalizację. Ponadto posiadanie



Uroczyste podpisanie umowy o dofinansowanie projektu odbyło się 16.02.2009 r. Od lewej: Urszula Paślawska – Wicemarszałek, Jacek Protas – Marszałek, Irena Kierzkowska – Dyrektor Szpitala

tak specjalistycznego sprzętu pozwoli Szpitalowi na udział w Ogólnokrajowym Programie Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Realizacja projektu przyniesie również społeczną korzyść – zmniejszenie śmiertelności na nowotwory układu pokarmowego, szybszy powrót chorych do zdrowia i do życia społecznego mieszkańców Warmii i Mazur.

Należy pamiętać, że województwo warmińsko-mazurskie jest jednym z dwóch regionów Polski, w którym zachorowalność i umieralność na nowotwory przewodu pokarmowego jest najwyższa, a choroby te plasują się na pierwszym miejscu pod względem liczby zachorowań. Wśród czynników wpływających na taki stan rzeczy jest ograniczony dostęp do diagnostyki na każdym etapie rozwoju choroby.

Alicja Biernacka

Dajmy szansę pacjentom z urazami wielonarządowymi

W ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2007-2013, Priorytet XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia, Działanie 12.1 „Rozwój systemu ratownictwa medycznego” Szpital złożył wniosek pt. „Dajmy szansę pacjentom z urazami wielonarządowymi – Jakość i kompleksowość usług SOR Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie”. Całkowita wartość projektu 1 908 510,72 zł. Wniosek został pozytywnie rozpatrzony pod względem formalnym i przeszedł do dalszego etapu oceny.



ZPORR
Zintegrowany Program
Operacyjny
Rozwoju Regionalnego



UNIA
EUROPEJSKA

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego

Warto walczyć do końca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie otrzymał informację z Departamentu Zarządzania Programami Rozwoju Regionalnego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego, że ma szansę pozyskania niewykorzystanych środków w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego z poprzedniego okresu finansowania 2004-2006. W związku z tym Szpital zyskał możliwość skorzystania ze środków ZPORR na dofinansowanie projektu „Doposażenie bloków operacyjnych i pracowni diagnostycznych WSS w Olsztynie” w ramach Priorytetu 1 (Rozbudowa i modernizacja infrastruktury służącej wzmocnieniu konkurencyjności regionów). Projekt ten napisany i złożony przez Szpital w 2006 r. uchwałą Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego nie został wybrany do dofinansowania w ramach ZPORR z uwagi na brak dostępnych środków i znalazł się na liście rezerwowej projektów.

TERAZ MAMY SZANSĘ NA DUŻE DOFINANSOWANIE!

Całkowity koszt Projektu kształtuje się na poziomie 2 559 736,50 zł, kwota dofinansowania (75%) wyniesie 1 919 802,40 zł, a wkład własny (25%) wyniesie 639 934,14 zł.

W ramach projektu Szpital zakupi potrzebny sprzęt i aparaturę medyczną:

1. zestaw do witrektomii tylnej (1 szt.),
2. podstawowy zestaw mikronarzędzi do witrektomii (1 szt.),
3. filtr do endolazera (1 szt.),
4. odwracacz obrazu do mikroskopu operacyjnego (1 szt.),
5. aparat do znieczulania (3 szt.),
6. moduły monitorowania parametrów życiowych pacjentów (7 zestawów),
7. adapter – oprzyrządowanie uzupełniające (2 komplety),
8. monitor czynności życiowych pacjenta (4 szt.),
9. zestaw artroskopowy z oprzyrządowaniem (1 szt.),

10. przewoźny aparat RTG z ramieniem C (1 szt.),
11. stół operacyjny mobilny specjalistyczny do ortopedii i traumatologii (1 szt.),
12. zestaw laparoskopowy (1 szt.),
13. zestaw narzędzi laparoskopowych wielorazowego użytku (1 szt.),
14. nóż harmoniczny – zestaw do cięcia i koagulacji wykorzystujący technologię ultradźwiękową (1 szt.),
15. stół operacyjny chirurgiczny (1 szt.),
16. aparat do zamykania naczyń krwionośnych (1 szt.),
17. rejestrator pH przelykowy z impedancją wewnątrzprzelykową (1 szt.),
18. diatermię chirurgiczną (1 szt.),
19. automatyczną myjnię termiczną do endoskopów (1 szt.),
20. oprzyrządowanie do automatycznej myjni termicznej do endoskopów (1 zestaw)

W wyniku realizacji projektu bloki operacyjne oraz pracownie diagnostyczne zostaną doposażone w nowy sprzęt, co będzie miało bezpośrednie przełożenie na poprawę jakości leczenia. Skróceniu ulegnie okres oczekiwania na badania, wprowadzone zostaną nowe wysokospecjalistyczne usługi, skróci się czas trwania hospitalizacji.

Projekt dotyczy usług medycznych wysokospecjalistycznych – chirurgicznych, ortopedycznych, gastroenterologicznych, okulistycznych, anestezjologicznych oraz radiologicznych.

Alicja Biernacka

Informacja o Radzie Społecznej

W dniach 26.01.2009r. oraz 19.02.2009r. w Sali Konferencyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie odbyło się posiedzenie Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. W posiedzeniu uczestniczyli członkowie Rady Społecznej, dyrekcja Szpitala oraz związki zawodowe. Na spotkaniu 26 stycznia członkowie Rady opiniowali:

1. Plan finansowy Szpitala na 2009 rok.
2. Plan inwestycyjny Szpitala na 2009 rok.
3. Posiadanie wkładu własnego przez Szpital, w celu pokrycia 20% całkowitych wydatków kwalifikowalnych projektu pt. „Zdażyć przed rakiem – doposażenie Oddziału Gastroenterologicznego z Pracownią Endoskopową w sprzęt i aparaturę medyczną do

diagnostyki i leczenia nowotworów przewodu pokarmowego” dofinansowanego z Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2007-2013.

4. Zaciągnięcie przez Szpital kredytu na inwestycję budowy bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni.
5. Zmianę w Regulaminie Porządkowym, polegającą na wprowadzeniu do struktury organizacyjnej Działu Patomorfologii komórki Prosektura (część sekcyjna).
6. Sprzedaż aparatury do hemodializy Szpitalowi Powiatowemu im. Jana Pawła II w Bartoszycach.

Natomiast na spotkaniu 19 lutego członkowie Rady opiniowali:

1. Posiadanie wkładu własnego przez Szpital, w celu pokrycia 15% całkowitych

wydatków kwalifikowalnych projektu pt. „Doposażenie bloków operacyjnych i pracowni diagnostycznych WSS w Olsztynie” dofinansowanego z Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego na lata 2004-2006.

2. Zakup aparatury medycznej i sprzętu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2007-2013.
3. Przyjęcie darowizn przez Szpital:
 - a) darowizna gotówkowa przekazana przez PZU Życie w Olsztynie na zakup aparatu do pomiaru rzutu serca do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - b) darowizna rzeczowa do Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Ginekologii Onkologicznej w postaci aparatu USG.

Alicja Biernacka

Koło Deminga musi się toczyć

Dwudziesty pierwszy wiek to wiek jakości

J.M. Juran

To wypowiedziane zdanie obiegło zapewne cały świat. Tym niemniej jak złożonym, skomplikowanym jest zagadnienie jakości może świadczyć fakt, że trudno jest przyjąć jednoznaczną definicję jakości. Przytoczę zaledwie jedną z nich, bardzo ogólną, ale myślę, że obligującą organizacje do ciągłego analizowania i podejmowania nowych działań.

„Jakość jest tym, czego brak oznacza straty dla wszystkich” - G. Taguchi.

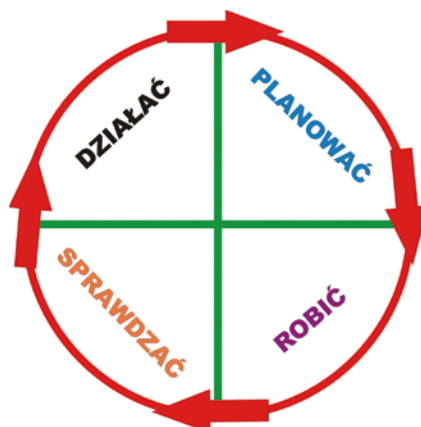
W naszym szpitalu zorganizowane i sformalizowane działania zmierzające do doskonalenia jakości podjęto w 2002 roku. Opracowano i wdrożono wymagania standardów akredytacyjnych, opublikowanych w Programie Akredytacji Szpitali w 1998r. przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Standardy te mają długą historię i w toku zmian organizacyjnych i kulturowych ulegały wielokrotnym zmianom. Idea akredytacji placówek medycznych ma swój początek w USA w pierwszych latach 20 wieku i była odpowiedzią na niską jakość usług szpitalnych. W Polsce prace nad opracowaniem systemu akredytacji i dostosowaniem do spełnienia warunków przez szpitale rozpoczęto w latach dziewięćdziesiątych, czego efektem jest Program Akredytacji Szpitali opracowany przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Kolejnym działaniem podjętym przez szpital, było opisanie i wdrożenie systemu zarządzania w oparciu o międzynarodowe normy jakości ISO 9001 i normy odnoszące się do ochrony środowiska ISO 14001. Normy te również mają swoją długą światową tradycję. Pierwsza norma ISO 9001 została opracowana w 1987r. poczym kilkakrotnie ulegała nowelizacji.

Jak wiemy, jedną z ważnych zasad zarządzania jakością, jest ciągle doskonalenie.

Zasada ta jak widać, spełniona jest również w ujęciu ogólnym, odnoszącym się do standardów, wymagań systemów budowania i oceny jakości.

W 2009 roku czekają nas kolejne zmiany wymagań standardów akredytacyjnych i wymagań normy ISO 9001. Zmiany te zostały zapowiedziane i opublikowane. Polska publikacja zmienionej normy EN-PN ISO 9001-2008 nastąpiła w listopadzie i będzie obowiązywała od listopada 2009 r., natomiast certyfikaty wydane według starej normy będą ważne do listopada 2010 r. Zmiany dotyczą kilku punktów normy i z pewnością będziemy się musieli do nich dostosować. Zobligują nas między innymi do



większego nacisku na spełnianie wymagań ustawowych i przepisów prawa w zakresie prowadzonej działalności. Większą uwagę zwraca na proces zakupu zlecanego na zewnątrz, jak również na własność pacjenta, za którą oficjalnie uznano jego dane osobowe. W naszym przypadku jest to cały proces gromadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej.

Dużo więcej pracy czeka nas w przypadku wprowadzania zmian wynikających z wymagań standardów akredytacyjnych.



W 15 obszarach zawarte są wymagania, które w wielu pozycjach zostały rozszerzone i doprecyzowane. Obejmują cały proces świadczenia usług medycznych w warunkach szpitala. Porównując do poprzednio obowiązujących, bardziej koncentrują się na procesie przyjęcia do szpitala, diagnostyki i leczenia, ze szczególnym uwzględnieniem monitorowania i analizy wykraczające nawet poza opiekę szpitalną. Odnoszą się również do obowiązku opracowywania standardów i procedur postępowania medycznego, jak również aktywnego i świadomego włączenia pacjenta w proces terapeutyczny.

Spełnienie wymagań będzie oceniane na podstawie wyniku obserwacji bezpośredniej, wywiadu z pracownikami, wywiadu z pacjentami, przeglądu dokumentacji szpitala i przeglądu dokumentacji medycznej.

Mając na uwadze konieczność przeprowadzenia weryfikacji obowiązujących procedur i zapisów jakości, Komitet Jakości już rozpoczął intensywne prace przygotowawcze. Tak więc koło Deminga musi toczyć się nieustannie.

Mamy nadzieję, że wzorem lat poprzednich uzyska on wsparcie merytoryczne i zaangażowanie wszystkich tych, którzy mają świadomość, że jakość to nie puste słowo, a konkretne działania służące zapewnieniu bezpieczeństwa, satysfakcji pacjentów i pracowników.

Hanna Taraszkiewicz
Przełożona Pielęgniarek

Szczęśliwe zakończenie

W 21 nr. Pulsu Szpitala mogliśmy przeczytać informację o Pani Monice Żywickiej, u której w 11 tygodniu ciąży zdiagnozowano dużą, 10 cm torbiel, grożącą poronieniem. W Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Ginekologii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie wykonano zabieg usunięcia torbieni metodą laparoskopową. Zabieg się udał, a Pani Monika mogła wrócić do domu. Dzisiaj z radością możemy Państwu powiadomić, że 24.11.2009 r. o godz. 20:20 Pani Monika urodziła zdrową córeczkę Kamilę. Od momentu operacji, opiekę nad pacjentką sprawował dr n. med. Tomasz Waśniewski. Do 32 tygodnia Pani Monika musiała leżeć, a 41 tygodnia nastąpiło rozwiązanie ciąży za pomocą cesarskiego cięcia. Dziecko jest zdrowe, waży 3,7 kg i mierzy 57 cm.



Stawiamy czoła wyzwaniom!

W wyniku dokonujących się przemian politycznych i gospodarczych zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej nabrało nowego wymiaru. Szybki rozwój technologii medycznych, globalizacja, a co za tym idzie wzrastająca konkurencja wymaga stosowania coraz wydajniejszych i sprawniejszych systemów zarządzania. W obecnych warunkach najważniejszą rzeczą jest, by efektywnie wykorzystać potencjał pracowników. Pracowników, którzy wiele rzeczy chcieliby zrobić, ale nie wiedzą jak? Tempo zmian nie daje szans marudom. Jest to szansa dla ludzi twórczych, z wizją i nie bojących się wyzwań. Dyrektor szpitala, który jest liderem powinien przygotować organizację do działania w warunkach konkurencji, ale też to on nadaje ton zmianom.



Uczestnicy szkolenia

dr Krzysztof Broclawik

Trener i konsultant zarządzania, psycholog. Adiunkt w Instytucie Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wykładowca na studiach podyplomowych w WSB-NLU w Nowym Sączu i Akademii Ekonomicznej w Krakowie. Stały współpracownik i wykładowca Krajowej Szkoły Administracji Publicznej. Posiada certyfikat trenera zarządzania Office of Personal Management (USA) oraz certyfikaty Thames Valley University w Londynie w zakresie doradztwa i oceny oraz treningu i rozwoju. Tematyka prowadzonych szkoleń: zarządzanie organizacjami, zarządzanie personelem, zarządzanie zespołem, zarządzanie zmianą, zarządzanie projektami, zarządzanie kryzysowe, zachowania organizacyjne, kultura organizacji, kreatywność, przywództwo, komunikacja i negocjacje, ocenianie i motywowanie.

Dyrektorzy współpracujących ze sobą szpitali wyszli naprzeciw potrzebom obecnej sytuacji i zdecydowali o wspólnym szkoleniu.

Szkolenie odbyło się pod koniec stycznia i skierowane było do kadry najwyższego szczebla zarządzania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie i Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu. Tematem przewodnim szkolenia były „Wyzwania w dobie zmian”.

Celem tego szkolenia było zdobycie i rozszerzenie wiedzy, m.in. na temat motywowania i integrowania zespołu, budowania zaangażowania, poszukiwania i rozwijania talentów, umiejętności rozwiązywania problemów wymagających twórczości, zarządzania dla rezultatów, zarządzania projektem oraz roli pracowników w zmieniającym się systemie.

Wieczorne spotkanie było okazją do integrowania się pracowników obu szpitali.

dr Marcin Kautsch

Ekspert Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Jest adiunktem w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Instytutu Zdrowia Publicznego CMUJ oraz Honorary Visiting Lecturer, Health Policy & Management, School of Health & Related Research (SchARR) University of Sheffield w Wielkiej Brytanii. Zajmuje się m.in. zarządzaniem strategicznym, oceną zakładów opieki zdrowotnej oraz badaniami w zakresie zarządzania zdrowiem publicznym. Konsultant i trener, współautor programów badawczych, współautor książek: „Zarządzanie służbą zdrowia: planowanie”, „Managing Health Services in Poland” i „Zarządzanie w opiece zdrowotnej”.

Na uwagę zasługuje fakt, że uczestnicy 3-dniowego szkolenia mieli okazję pracować z trenerami, którzy na co dzień pracują w Instytucie Zdrowia Publicznego CM Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie i współpracują w wieloma szpitalami w zakresie tworzenia i realizowania różnych projektów medycznych. Dr Marcin Kautsch zapoznawał nas z zewnętrznymi i wewnętrznymi uwarunkowaniami wprowadzania zmian w zakładzie opieki zdrowotnej, a dr Krzysztof Broclawik mówił o tajnikach zarządzania zespołem profesjonalistów. Szkolenie było bardzo ciekawe, momentami emocjonujące, zmuszało nas do samodzielnej, twórczej pracy. Nam, uczestnikom tego szkolenia uświadomiono, zgodnie z tym co głosił Włodzimierz Majakowski, że „jednostka nic nie znaczy”.

dr n. ekon.

Elżbieta Majchrzak-Kłokocka



Kadra zarządzająca Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

Sprawdzian wiedzy i umiejętności ratownika

18 grudnia 2008r. w Szkole Policealnej „Medyk”, w Olsztynie odbyły się ćwiczenia dla przyszłych ratowników medycznych. Była to specjalnie organizowana pozoracja katastrofy, mająca na celu sprawdzenie wiedzy i umiejętności zdobytej w takcie nauki.

Głównym pomysłodawcą wprowadzenia tej formy nauczania jest Pani Jolanta Kłoczewska, dyrektor szkoły. Goszcząc w czerwcu francuskich uczniów ze szkoły medycznej chciała pokazać wiedzę i umiejętności przyszłych polskich ratowników podczas akcji, jaka mogłaby się wydarzyć w rzeczywistości. Słuchaczom szkoły tak bardzo spodobał się pomysł pani dyrektor zorganizowania pozoracji katastrofy, że na stałe zapisał się jako jeden z elementów nauczania.

Uczniowie są dumni, że „Medyk” jako jedyny w Polsce wprowadził tę metodę do edukacji młodzieży, łącząc przyjemne z pożytecznym. Wymagania, jakie stawiali sobie uczniowie rosły z każdym

semestrem. Słuchaczom nie wystarczała już tylko opinia grona pedagogicznego, dotycząca pracy ratowników podczas pozorowanej katastrofy i zwrócili się z prośbą do pani dyrektor, o zaproszenie niezależnych obserwatorów. Na prośbę drugiego roku klasy wieczorowej ratowników, pani dyrektor zaprosiła jako obserwatorów pielęgniarki oddziałowe z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Goście mieli okazję obserwować akcję ratowniczą przeprowadzoną przez ratowników klasy wieczorowej, których zadaniem było w pierwszej kolejności opanowanie pozorowanej paniki poszkodowanych, a następnie skoordynowanie działań ratowniczych ze strażą pożarną i policją.

Współpraca ze Szkołą Policealną „Medyk” w Olsztynie



Poszkodowany był nieprzytomny, brak tętna na tętnicy promieniowej, oddech przyspieszony. Po badaniu urazowym okazało się, że poszkodowany ma ciało obce w klatce piersiowej, otwarte złamanie podudzia, ranę ciętą głowy, jest we wstrząsie krwotocznym. Czynności: zabezpieczenie drożności dróg oddechowych i podanie tlenu, zabezpieczenie elementu tkwiącego w klatce piersiowej, zabezpieczenie złamania otwartego, założenie kołnierza ortopedycznego, założenie dwóch wkuc dożylnych, przetoczenie płynów infuzyjnych, podanie leków, zabezpieczenie poszkodowanego na desce ortopedycznej i zabezpieczenie komfortu cieplnego.



Ratownicy w towarzystwie grona pedagogicznego i niezależnych obserwatorów. Od lewej: dr Beata Woźnicka – opiekun semestru wieczorowego, Bożena Romaniec – opiekun I roku ratowników medycznych, Małgorzata Pochodaj – zastępczyni pielęgniarki oddziałowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego WSS w Olsztynie, Anna Maria Jędrzejewska – lider Zespołu R3, ratownik medyczny, Monika Kaliszuk – pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Ginekologii Onkologicznej WSS w Olsztynie, Tomasz Koźniewski – członek zespołu R3, ratownik medyczny, Jolanta Kłoczewska – dyrektor Szkoły Policealnej „Medyk”, Anita Sabady – ratownik medyczny, Angelika Grzelewska – członek zespołu R3, ratownik medyczny.



Dziewczyna z podciętymi żyłami, przywiązana drutem kolczastym. Była przytomna. Stan poszkodowanej stabilny. Czynności: odcięcie drutu kolczastego, założenie szybkiego opatrunku ostonowego i pod okiem członka ekipy ratunkowej, opuszczenie strefy zagrożenia.



Poszkodowana była nieprzytomna, z nożem w klatce piersiowej, brak tętna na tętnicy promieniowej, spłycony i zwolniony oddech. Czynności: w pierwszej kolejności zaintubowanie, zabezpieczenie noża tkwiącego w klatce piersiowej (ulożenie gazy jałowej wokół noża i bandaży tak, aby nóż się nie przesunął), założenie kołnierza ortopedycznego, podanie leków przeciwbólowych, przeciwstrząsowych, płynów infuzyjnych, założenie dwóch wkuć. Ułożenie na desce ortopedycznej, okrycie folią życia, przetransportowanie do szpitala.

Zdaniem obserwatora

Pani Małgorzata Pochodaj, zastępczyni pielęgniarki oddziałowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego WSS w Olsztynie: „Uważam, że uczniowie sprawnie przeprowadzili działania medyczne. Obserwując ich w trakcie akcji, mimo nielicznych błędów, jakie tam popełnili, dało się zauważyć, że potrafią sobie poradzić w tego typu okolicznościach. Uczniowie pozytywnie mnie zaskoczyli pomysłowością i umiejętnością opanowania swoich emocji. Uważam za interesujący ten sposób nauczania przyszłych ratowników medycznych, którzy w trakcie takich ćwiczeń mają okazję sprawdzić nabyte umiejętności. Obserwacja takiej akcji była nowym, pozytywnym doświadczeniem w moim życiu, dzięki któremu mogę spokojniej patrzeć w przyszłość naszego ratownictwa medycznego. Bardzo chętnie jeszcze niejednokrotnie chciałabym mieć okazję skorzystać z zaproszenia na tego typu ćwiczenia przyszłych ratowników”.

Uczniowie klasy dziennej przygotowali dla nich nie lada orzech do zgryzienia. Na piętrze opuszczonego budynku, w godzinach nocnych, około 40 osobowa grupa ludzi zorganizowała dyskotekę satanistyczną, gdzie doszło do licznych rytualnych okaleczeń oraz prób samobójczych. Uczestnicy tej zabawy byli pod wpływem środków odurzających. Pierwszy zespół ratowniczy już na klatce schodowej natknął się na człowieka, który popełnił samobójstwo przez powieszenie. Po wejściu na piętro pozostałe zespoły nie widziały nic poza zapalonymi świecami. Mrok rozdzierały przeraźliwe krzyki, jęki i muzyka. Zabezpieczający teren akcji strażacy oświetlili pomieszczenie ratownikiem, którzy mogli zająć się poszkodowanymi.

Ta improwizowana akcja ratownicza była sprawdzianem nie tylko wiedzy i umiejętności uczniów „Medyka”, ale także ich wytrzymałości psychicznej. Po zakończonych działaniach słuchacze czuli pewien niedosyt i uważali, że nie stanęli jednak na wysokości zadania. Uważali,



Poszkodowana leżała nieprzytomna, brak tętna na tętnicy promieniowej, oddech zwolniony, rana cięta głowy, uraz jamy brzusznej, wstrząs krwotoczny. Czynności: zabezpieczenie rany głowy, założenie kołnierza ortopedycznego, podanie płynów infuzyjnych, zabezpieczenie poszkodowanej na desce ortopedycznej (przygotowanie do transportu), zabezpieczenie komfortu cieplnego (okrycie folią życia), podanie leków przeciwbólowych i przeciwstrząsowych, podanie tlenu, założenie dwóch wkuć i odtransportowanie do szpitala.

Zdaniem obserwatora

Monika Kaliszuk, pielęgniarka Oddziału Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Ginekologii Onkologicznej WSS w Olsztynie: „Jako obserwator uczestniczyłam w prowadzonej akcji ratowniczej w wykonaniu słuchaczy olsztyńskiej szkoły ratownictwa medycznego. Bardzo pozytywnie oceniam przygotowanie oraz wielkie zaangażowanie uczestników przeprowadzonych ćwiczeń. Umiejętna ocena sytuacji, koordynacja, prowadzenie akcji ratowniczej łącznie z ewakuacją poszkodowanych, pod bacznym okiem specjalistycznej kadry nauczycielskiej, to dla młodzieży bardzo cenne doświadczenie. Po zakończonej akcji pani dyrektor szkoły oraz opiekunowie klas omówili jej przebieg, wyciągnęli wnioski, co również ma wielkie znaczenie. Uważam, że całe przedsięwzięcie, mimo braku doświadczenia młodych ludzi przygotowano i przeprowadzono w sposób bardzo profesjonalny. W dzisiejszej, niespokojnej rzeczywistości, wszyscy jesteśmy narażeni na nieprzewidziane sytuacje i zagrożenia. Należałoby sobie życzyć, aby wszystkie akcje przyszłych ratowników medycznych przebiegały tak sprawnie, jak na ćwiczeniach. Dla mnie, jako dla osoby z dużym doświadczeniem zawodowym było to naprawdę duże przeżycie.”

że podczas akcji panował jednak chaos, ratownicy, którzy mieli przeprowadzić segregację medyczną poszkodowanych nie wywiązali się całkowicie ze swoich obowiązków i w konsekwencji liderzy zespołów ratowniczych musieli kierować się swoją intuicją w przeprowadzeniu akcji. Niektórzy słuchacze nie mogli poradzić sobie z opanowaniem własnych emocji i ulegli panice. To główne elementy, nad którymi muszą jeszcze pracować przyszli ratownicy medyczni.

Taka ostra krytyka świadczy o tym, jak wiele wymagają od siebie przyszli ratownicy medyczni, którzy dążą do perfekcjonizmu w tym co robią.

Anna Maria Jędrzejewska
lider Zespołu R3
ratownik medyczny

Wenezuela – sekret Karaibów cz. III

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.

Niewiele jest już na świecie równie pięknych, dynamicznych i zarazem magicznych miejsc. W tym wspaniały wodospad *Salto Kama* ok. 55 metrów wysokości, który utworzył się w miejscu, gdzie dno rzeki zapada się nagle o około 50 metrów. Kosztujemy kąpieli w wodnej mgłę wodospadu udekorowanego tęczę – niezapomniane wrażenia. Wodospad ten imponująco wygląda również z samego dołu – dwie potężne kaskady wody z hukiem opadają na usiane głazami dno rzeki. Wodospad *Yuruani* przy wiosce San Francisco de Yuruani to kolejny wodospad, który na tle malowniczych tepuy prezentuje się wspaniale.

Następny postój mamy przy potoku *Quebrada Pacheco*, gdzie zażywamy relaksujących kąpieli w naturalnych „jaczuzi”, wyżłobionych w kamiennym dnie wgłębiach.

Kolejne чудо, to wodospad *Quebrada de Jaspe – Jaspisowy Potok*, z łożyskiem rzeki z półszlachetnego jaspisu jest prawdziwym cudem przyrody. Całe dno tej kaskady składa się z niezwykłego, mieniącego się w słońcu czerwonego jaspisu, a wokół otacza go las tropikalny.

Następnego ranka na lotnisku w Santa Elena wsiadamy do pięciosobowych, małych samolotów typu Cessna, aby dotrzeć do najwyższego wodospadu na świecie – *Salto Angel* – ukrytego

wewnątrz gigantycznej góry stołowej *Auyantepui*. Przelot nad parkiem narodowym Canaima, to fascynujące przeżycie. Wśród mgieł widoczne są szerniałe skały o kształtach powstałych w wyniku milionów lat erozji, porośnięte tropikalnym lasem, a typowa góra tepuya wznosi się na wysokość ok. 1500 m nad sawanną. Wśród gór wiją się rzeki tworząc linie jak z prehistorycznych rysunków naskalnych. (...)

Auyantepui jest największą tepuyą na La Gran Sabanie, o powierzchni ok. 700 km kw., z najwyższym wodospadem świata *Salto Angel* – 978 m. „*Auyantepui*” w narzeczu Indian Pemón znaczy „Góra Diabła”, a według indiańskiej mitologii na szczycie góry mieszkały złe duchy.

Indianie mówią, że kiedyś nie było tam wodospadu. Była tam wioska, w której żyła piękna Indianka Churum, córka szamana. O jej względy starało się czterech przyjaciół: tropiciel, wojownik, myśliwy i rybak, którzy postanowili o nią walczyć. Ustalili, że Churum zdobędzie ten, który pierwszy osiągnie wierzchołek góry. Każdy z nich, w noc poprzedzającą wyścig, myślał jak tu wyprzedzić rywala: czy zrzucić na nich kamienie, wciągnąć w wir rzeki, a może pomylić im ścieżki, czy też użyć łuku i strzał. Ostatecznie jednak nie potrafili zwrócić się przeciwko sobie i razem dobiegli na szczyt. Szaman nie chciał oddać swojej pięknej córki żadnemu z nich i rzucił straszny czar,

który miał zmienić ich w kamienie. Czar jednak odbił się od ścian kanionu i trafił w serce Churum. Jej serce pękło z takim trzaskiem, że otworzyła się góra i wypłynął z niej wodospad. Tylko z samolotu widać, że góra ma rzeźczywiście kształt pękniętego serca. Ale pemońska opo-



Na ulicy miasta *Ciudad Bolívar*

wieść o Churum powstała w czasach, kiedy o samolotach nie śniło się jeszcze nawet aniołom! Kto im powiedział, jak z nieba wygląda ich góra?

Wodospad wypływający ze zbocza Góry Diabła został odkryty w 1935r. przez amerykańskiego pilota *Jimmiego Angela* i od jego nazwiska został nazwany *Salto Angel* („salto” po hiszpańsku znaczy wodospad). Droga na szczyt *Auyantepui* to trudna i przynajmniej pięciodniowa marszruta, a łącznie z zejściem wyprawa dla dobrze przygotowanych turystów trwa ok. 11 dni.

Angel w 1937 r. zorganizował na szczyt tepuy wyprawę z zespołem, w którym był między innymi topograf i inżynier-podróżnik. Na szczycie *Auyantepui* swoim jednopłatowcem *Flamingo*, którego nazwał „*Río Caroni*”, Angel wylądował 9 X 1937 r. ale samolot zapadł się w grząskim podłożu, a pilot wraz z załogą musieli pieszo zejść na dół, co zajęło im 11 dni. Kolejne próby dotarcia do złota nie przyniosły rezultatów – Angel nigdy nie odnalazł „złotej rzeki”. Zmarł w Panamie w 1956 r., a jego prochy (na jego prośbę) rozsypano nad wodospadem, noszącym jego imię. Mimo, że wielu podróżników i Indian widziało ten wodospad wcześniej, nadano mu imię *Salto Angel*, czyli *Anielski Wodospad*, nie tylko ze względu na barwny życiorys *Jimmiego Angela*, ale bardziej ze względu na jego nazwisko – „anioł” najlepiej pasujące do mieniającej się kaskady wody spadającej z nieba. (...)

Laguna Canaima jest punktem wyjściowym do wypraw do wodospadu *Salto Angel*. Koryto rzeki *Caroni* rozgałęzia się na krótko przed najsłynniejszą w Wenezueli indiańską wioską *Canaima* i opada równoległe przez wiele wodospadów do laguny. (...) Z laguny rozciąga się wspaniały widok na wodospady, w tym na *Salto Sapo* (wodospad „Żaba”) i *Salto Hate* (wodospad „Siekiera”). Pod kurty-



Salto Angel i *Auyan tepui*

nami wody tych wodospadów znajdują się ukryte ścieżki, prowadzące na ich końce, a przejście pod wodospadami jest główną atrakcją parku. Indianie łodziami, oczywiście z silnikami motorowymi, urządzają nam przejażdżkę po wodach tej rajskiej laguny, ale już wkrótce czekają nas ekstremalne wrażenia. Przejście pasażem pod wodospadem zaczynamy od *Salto Sapo*, który w porze suchej ma mniej wody i jest dobrym wstępem do dalszych zmagania z wodospadem „*Siekiera*”, którego nazwa już wystarczająco mówi sama za siebie. Ścieżki pod wodospadami są strome i śliskie, trzeba bardzo uważać i co najważniejsze mieć buty o dobrej podeszwie, najlepiej „tepej”, przeznaczonej do sportów wodnych.

Wokół unosi się wodna mgła, trzeba więc dobrze zabezpieczyć sprzęt fotograficzny – najlepiej zapakować go w foliowe woreczki, które trzeba mieć na szyi, bo ręce muszą być wolne do chwytania czegoś i kogokolwiek w czasie ewentualnego upadku.

Przejście pod *wodospadem Żabą* było początkowo nieciekawe, wszyscy tak się „usztyniliśmy”, że nie patrzyliśmy wokół, tylko pod nogi. Szczęśliwie wszystko poszło sprawnie. Najgorsze w tych przejściach jest to, że trzeba je odbyć podwójnie – najpierw w jedną a potem w drugą stronę, niestety na końcu nie czeka lektyka, a nóżki już się trochę trzęsą. Po krótkim odpoczynku dochodzimy do potężnego wodospadu „*Siekiera*”, a jego wzburzone wody uderzają w dół z taką gwałtowną siłą, że już wiem skąd wzięła się ta prosta, ale treściwa nazwa.

Najgorsze jest to, że ścieżki za wodospadem wcale nie widać, jest całkowicie przykryta falami spływającej wody... nie wiemy co nas tam dalej czeka. Ale nie po to jechaliśmy prawie na koniec świata, żeby sobie postać przy wodospadzie – strasznie nas korci, żeby jednak spróbować. Obawy wszystkich wyśmiewa nasz Indiana Jones, który okazuje się fajnym kolegą i zarządza, że idziemy jedną grupą trzymając się za ręce. I tak zjednoczeni łańcuchem rąk i marzeniami o przygodzie, powolutku ruszamy. Mimo, że huk opadającej wody jest ogluszający i tak słyszę jak wali mi serce, chyba głębiej niż Churum! Ale w pewnym momencie znika strach, jest tak pięknie i niesamowicie, że śmiejemy się, robimy pamiątkowe zdjęcia, a niektórzy szaleją

wchodząc na krawędź wodospadu – tak działa adrenalina! Przejście pod tym wodospadem uzmysłowiło mi, że nie znamy do końca własnych ograniczeń i to, co z pozoru jest dla nas niewykonalne, ostatecznie okazuje się możliwe do zrobienia i co najważniejsze, daje strasznie dużo satysfakcji.

Po tych ekscytujących przeżyciach czekały na nas wygodne leżaki nad brzegiem laguny i smakowity obiad. A później typowy zestaw turystyczny – tysiące zdjęć, zakupy w sklepie z pamiątkami i dalej w drogę. Łącznie, w czasie tej wyprawy przebyliśmy prawie trzy tysiące kilometrów, z tego tysiąc w powietrzu.

Loty nad *Gran Sabana* są niebezpieczne – wiatr uderzając w pionowe ściany gór tepuy tworzy kominy powietrzne, które mogą całkowicie zaburzyć sterowność samolotu. Dwa tygodnie po powrocie do Polski usłyszałam smutną wiadomość o kraskie takiego samolotu nad *Gran Sabana* i śmierci około dwudzie-



Laguna Canaima i wodospad Siekiera

stu pasażerów. Teraz my wyruszamy na spotkanie z przeznaczeniem. Na szczycie tepuy, z której spływa najdłuższy wodospad świata, turyści nie docierają. Ściany są prawie pionowe i przez to niedostępne, można natomiast podejść całkiem blisko ściany wody i wykąpać się w naturalnym skalnym basenie od strony rzeki *Churun*. Ale taka piesza wyprawa zajmuje około 11 dni. Nam musi wystarczyć lot nad *Auyan tepui* i naszym „upadającym aniołem”. Widoki są niesamowite – surowe, pionowe skały otoczone bezkresną dżunglą. Jest mało miejsca i trudno zrobić dobre zdjęcie, tym bardziej, że raz za razem czujemy silne uderzenia wiatru w samolot.

Nagle nasz pilot pokazuje coś ręką... tak, jest... długi, prawie kilometrowy, biały welon, spływa z tych gołych ścian. Nie wytrzymujemy i wszyscy krzyczymy...

angel, angel, a ja czuję się jak fanka kosmicznej kapeli rokowej na ich wielkim koncercie. Szal, ekscytacja, radość. Pilot, chyba trochę zdziwiony tym naszym dziwnym zachowaniem, jako jedyny z całej „eskadry” zawraca, robi kolejne kółko i... „wpływa” do Kanionu Diabła. Ale to jeszcze nie koniec, bo tuż nad wodospadem otwiera okienko z mojej strony. Zimny wiatr wpada do środka, a ja mogę wychylić się trochę z samolotu (tak, tak, to wszystko prawda i są na to świadkowie!), robię zdjęcia, a na koniec macham mojemu aniołkowi na pożegnanie. Teraz już mogę wracać do domu – zadanie wykonane! (...)

Ostatni etap podróży – odpoczynek na karaibskiej wyspie *Margarita*. *Margarita* to położona na północ od wenezuelskiego wybrzeża, skąpana w słońcu wyspa, „perła Karaibów”, której dzieje wiążą się zarówno z wojowniczym szczeniem *Indian Karaibów*, od którego wzięło nazwę niespokojne *Morze Karaibskie*, jak i z konkwistadorami ogarniętymi „per-

łową gorączką”, którzy już od 1501 r. wyławiali miesięcznie ok. 300-500 kg pereł, a ich uroda wywarła wpływ na europejską modę XVI i XVII wieku(...)

Na wyspie mieszkaliśmy w luksusowym kompleksie hotelowym, gdzie do dyspozycji mieliśmy wiele atrakcji. Ale my już tęskniliśmy do naszych Indian i hamaków, a wymyślne smakołyki serwowane w hotelowych restauracjach i barach nie mogły się równać ze smakiem pierwszy raz kosztowanego manioku i kassawy.

Napływ turystów zmienia życie Indian i wpływa na całe ich środowisko. Z pewnością już wkrótce część z tych wspaniałych dziwów przyrody zniszczy się pod naszymi butami. Na szczęście jest wielu ludzi, dla których tradycja, lokalna kultura i piękno przyrody są ważniejsze, niż kolejne, betonowe hotele i autostrady. Noc w hamaku pod rozgwieżdzonym niebem, to najbardziej luksusowy hotel, w jakim kiedykolwiek byłam! A pomocna dłoń przyjaciela przy wspinaczce pod górę jest bezcenna... za resztę zapłacisz kartą!

Emilia Paszkowska

Koniec części III ostatniej
Cały sekret Karaibów znajdziesz na stronie
www.wss.olsztyn.pl

z cyklu **Z KART HISTORII**

Nasz szpital ma prawie 40 lat. Wśród nas są osoby, które pracują od samego początku jego istnienia. Pamiętając, że 1/3 życia spędzamy w pracy, zdajemy sobie sprawę, że tak długi okres jest skarbnicą ciekawych zdarzeń i wspomnień z życia bohaterów tego cyklu, ale i samego szpitala.



Skarbnica ciekawych zdarzeń i wspomnień

Dzisiaj pragnę przedstawić Państwu Pana dr. n. med. Władysława Opackiego – specjalistę położnictwa i ginekologii.

– **Od kiedy pracuje Pan w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie?**

– Myślę, że warto przypomnieć, że w latach sześćdziesiątych szpitalem wojewódzkim był obecny Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie i tam właśnie rozpocząłem swoją pracę, najpierw jako asystent, później jako zastępca ordynatora oddziału ginekologiczno-położniczego dr. n. med. Henryka Makowskiego. W tym to szpitalu w roku 1965 zrobiłem specjalizację I stopnia, a w 1969 r. specjalizację II stopnia.

W 1970 roku powstał nowy szpital wojewódzki, którego dyrektorem był Jan Maksay. W nowym szpitalu stanowisko ordynatora Oddziału Ginekologicznego objął doktor Makowski. Ja dołączyłem do nowopowstałego oddziału 1 I 1971 r. tak, jak poprzednio na stanowisko z-cy ordynatora. Na takim stanowisku pracowałem aż do emerytury, także gdy ordynatorem został dr n. med. Marek Stefanowicz.

– **Jak wyglądała struktura oddziału ginekologicznego w tamtym okresie?**

Był to duży oddział, umiejscowiony na tej samej kondygnacji, co obecnie. W 1971 r. otwarto tu również Trakt Porodowy, posiadający 5 stanowisk porodowych i salę przedporodową. Od początku szpital był placówką referencyjną dla innych szpitali, więc trafiały do nas pacjentki z całego województwa i niejednokrotnie były to najtrudniejsze przypadki, także ginekologiczno-onkologiczne. Szpital tak jak i teraz posiadał konsultacyjną poradnię ginekologiczną, może tylko nie było tak wyodrębnionych w niej specjalizacji.

– **Jak wspomina Pan pracę i ludzi, z którymi Pan pracował?**

Najtrudniejsze były dyżury mimo, że wówczas zawsze było trzech lekarzy dyżurujących, a teraz jest tylko dwóch. Wtedy zdarzało się, że wyjeżdżaliśmy w teren

do trudnych przypadków operacyjnych w innych szpitalach, nawet poza Olsztynem. Lekarz dyżurujący zawsze musiał być przygotowany do możliwości takiego wyjazdu, a zdarzało się, że jeździł również sam ordynator mimo, że nie miał wówczas dyżuru. Zespół był zgrany, a starsi koledzy szkolili młodszych, nie skąpiąc im wiedzy. Wówczas tworzyliśmy obecną kadrę.

– **A jeżeli chodzi o wyposażenie oddziału, jak to wtedy wyglądało?**

Następowało to powoli, ale pamiętam, że jako jedni z pierwszych otrzymaliśmy kardiografy i aparaty USG. Był to bardzo drogi sprzęt, który dzisiaj jest standardowym wyposażeniem oddziału.

– **Dlaczego wybrał Pan taką właśnie specjalizację?**

Przede wszystkim dlatego, że chciałem pomagać kobietom. Poza tym jest to niezwykle trudny i ryzykowny zawód, a ja lubię takie wyzwania. Szpital był ściśle związany z Akademią Medyczną w Białymstoku, z Kliniką Pana Profesora Stefana Soszki. Klinika ta reprezentowała bardzo wysoki poziom naukowy i wiodła prym w dziedzinie cytologii. W Akademii Medycznej w Białymstoku w 1979 r. uzyskałem tytuł naukowy doktora nauk medycznych. Wówczas nie było w regionie tak dużo lekarzy z tytułem doktora, jak teraz. Jestem autorem i współautorem 15 prac naukowych z zakresu położnictwa i ginekologii. Od lat sześćdziesiątych, po uzyskaniu odpowiednich uprawnień zajmuję się cytologią. Na bazie tutejszego oddziału, najpierw przy współdziałaniu ekipy prof. Soszki, a później z Panią mgr Ławczyńską prowadziłem kursy cytologiczne dla lekarzy naszego i sąsiednich regionów. Byłem przez dwie kadencje wiceprezesem Olsztyńskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, a przez dwie następne kadencje prezesem. Na początku lat dziewięćdziesiątych byłem powołany



dr n. med. Władysław Opacki

na stanowiska konsultanta wojewódzkiego ds. położnictwa i ginekologii. Funkcję tę pełniłem dwa lata. Z perspektywy czasu ugruntowałem się w przekonaniu, że wybierając ten zawód podjąłem słuszną decyzję.

– **Czy pamięta Pan coś szczególnego ze swojej praktyki lekarskiej?**

Było bardzo dużo takich ciekawych i trudnych przypadków, ale również wiele satysfakcji z wykonanej pracy. Miło wspominać poród trojaczków. Z dumą muszę przyznać, że opiekowałem się ich przyszłą mamą i udało się doprowadzić ciążę aż do 35 tygodnia, co nie jest łatwe w takim przypadku. Poprzez cesarskie cięcie przyszło na świat dwóch chłopców i dziewczynka, wszyscy w słusznej wadze: 1200, 2000 i 1800 g. Dzisiaj mają już ok. 10 lat.

– **Wiem że nadal pracuje Pan w naszym szpitalu...**

Tak, co prawda do zeszłego roku pracowałem także na dyżurach, a teraz już tylko w poradni. Pracuję tu na 1/2 etatu tj. trzy razy w tygodniu. Mimo, że mam już ok. 70 lat nadal jestem aktywny zawodowo i to nie tylko w tym szpitalu. Dbam o swoją kondycję fizyczną, a praca nadal sprawia mi dużo satysfakcji.

– **Dziękuję za rozmowę i życzę dalszych sukcesów zarówno w życiu zawodowym, jak i osobistym.**

Barbara Szymczuk

CZEKOLADA

Od tysiącleci, czekolada jest fenomenem, budzącym niemałe emocje, który fascynował i nadal zadziwia ludzi. Niegdyś spożywana w postaci napoju, czekolada była stosowana przez lekarzy jako panaceum na liczne dolegliwości.

Czekoladzie przypisuje się zarówno dobre, jak i niekorzystne właściwości. Jest produktem bardzo złożonym, z chemicznego punktu widzenia. W jej skład wchodzi:

Węglowodany – podstawowe źródło energii dla organizmu człowieka, zwłaszcza dla mózgu.

Magnez – regulujący sprawność komórek nerwowych, będący budulcem zębów i kości, dodaje energii, poprawia nastrój i rozjaśnia umysł.

Tłuszcze roślinne – obniżające poziom „złego cholesterolu”.

Żelazo – będące niezbędnym czynnikiem produkcji czerwonych krwinek, rozprzodających tlen po całym organizmie.

Cynk i selen – wpływający na podniesienie poziomu endorfin, substancji redukujących poziom stresu.

Teobromina – najważniejszy alkaloid czekolady, wykazuje niewielki, korzystny, wpływ na umysł. Choć jej stężenie jest niewielkie, ma ona właściwości moczopędne.

Fenyletyloamina – będąca jedną z endorfin, ma działanie antydepresyjne. Ten sam związek wydzielany jest przez mózg człowieka zakochanego. Wywołuje on uczucie szczęścia, powoduje poprawę nastroju, a nawet euforię. Dlatego czekolada traktowana jest jak afrodyzjak. Wprawdzie żadne poważne badania naukowe nie potwierdziły tego faktu, dla naszego dobrego samopoczucia możemy nadal w to wierzyć.

Wapń i białko – stanowiące budulec kości, wzmacniające układ odpornościowy.

Flawonoidy – powodujące zwiększenie odporności na infekcje, regulują-

ce właściwe napięcie mięśni i naczyń krwionośnych.

Serotonina – zawarta w czekoladzie pomaga kontrolować nadciśnienie. 40 g czekolady ma równie korzystny wpływ, jak lampka czerwonego wina. Poza tym, czekolada zawiera witaminy B6, B2, A, E, B3, B12, kwas foliowy i kofeinę.

Kakaowiec

Nazwa kakaowca – drzewa, bez którego nigdy nie usłyszeliśmy o czekoladzie – brzmi *theobroma cacao*, co oznacza napój bogów. Czerwonawe lub brązowe nasiona (ziarna kakaowe) w liczbie od 20 do 60 sztuk, pogrążone są w białym, różowym lub czerwonym, przyjemnie pachnącym, o słodkawym smaku miąższu. Pół kilograma wyrobów czekoladowych można uzyskać z dwóch garści wysuszonego ziarna kakaowego. Produkcja czekolady jest bardzo skomplikowanym procesem, wymagającym stosowania dużej liczby maszyn, urządzeń i agregatów. Tylko nieliczne fabryki mogą sobie pozwolić na produkcję czekolady na dużą skalę. Tłuszcz kakaowy jest zaliczany do jednych z cenniejszych tłuszczów, ze względu na bardzo dużą trwałość, liczoną w latach.

Czekolada jest doskonałym źródłem tłuszczu, węglowodanów, białek i błonnika. Jej wartość energetyczna wynosi około 500 kcal/100 g.

Jednak już w XVI wieku zorientowano się, że minusem zbyt częstego picia czekolady jest nadmierny przyrost wagi oraz psucie się zębów. U osób uczulonych, nadmiar słodkości może

wywoływać bóle migrenowe. U kobiet cierpiących na zespół napięcia przedmiesiączkowego, może ona pogorszyć samopoczucie. Nadmierne spożycie czekolady może także spowodować dolegliwości przewodu pokarmowego.

Czekolada a psychologia

Nowozelandzki psychoterapeuta Murray Langham twierdzi, że to, po jaki rodzaj czekoladki sięgamy najchętniej, może zdradzać pewne cechy naszego charakteru.

I tak zwoleńnicy:

- czekolady mlecznej – to osoby romantyczne i skłonne do nostalgii,
- białej czekolady – osoby niezdecydowane,
- czekolady deserowej – to ludzie myślący perspektywnie,
- gorzkiej czekolady – osoby lubiące rzeczy dobrej jakości,
- czekolady z nadzieniem kawowym – to ludzie niecierpliwi,
- czekolady z pomarańczowym nadzieniem – osoby świetnie sprawdzające się w nadzwyczajnych sytuacjach,
- czekolady nadziewanej toffi – to ludzie zmysłowi
- migdałów w czekoladzie – osoby myślące szybko i lubiące eksperymenty,
- brazylijskich orzechów w czekoladzie – osoby stylowe i kulturalne,
- czekoladek w kształcie trójkąta – egoiści pragnący być w centrum uwagi, mało wrażliwi na potrzeby innych,
- czekoladek kwadratowych – osoby uczciwe, na których można polegać,
- czekoladek w kształcie diamentów – osoby, które lubią być rozpieszczane.

Źródło:

Dom czekolady – internet



Zanim życie znów Was pochłonie

Jest w Olsztynie miejsce, w którym możemy ukryć się przed codziennością i tempem życia. Tu czeka nas chwila rozkoszy dla ciała i dla ducha. W niezwykle nastrojowym pomieszczeniu wita nas uśmiechnięta i ciepła właścicielka, drobniotka osóbką z miłością do czekolady, Pani Ewa Ziomek-Opalińska. Właśnie z nią rozmawiam o tym, jak można realizować marzenia.

— Kiedy w Olsztynie powstała ta uroczą czekoladziarnia?

— Moją działalność rozpoczęłam w grudniu 2007 r. Muszę przyznać, że nie było łatwo. Bardzo chciałam, aby lokal znajdował się w obrębie starego miasta, a ten tu, gdy podpisywałam umowę na wynajem, nie wyglądał zachęcająco. Chyba tylko ja z mojej rodziny i przyjaciół dojrzałam w nim potencjał, gdyż patrzyłam na niego oczami wyobraźni.

— A właśnie skąd pomysł na czekoladziarnię?

Zainspirował mnie film „Czekolada” — Lasse Halstrom, który wywarł na mnie ogromne wrażenie. Fakt, że jestem trochę podobna do głównej bohaterki pomógł mi również przy podpisaniu umowy z Panem Jackiem Sikorą ze Świdnicy, który w głównej mierze jest dostawcą naszego asortymentu. Bardzo chciałabym mieć własną manufakturę wyrobów czekoladowych, ale produkcja czekolady to bardzo złożony i kosztowny proces. Niewiele jest zakładów cukierniczych, które tym się zajmują. Pan Jacek Sikora znany jest ze swoich wyro-

bów, a można go zobaczyć w programie telewizyjnym „Słodki drań” na kanale Kuchnia TV.

— Czy w naszym regionie jest wiele takich miejsc jak Pani lokal?

Najbliższa czekoladziarnia znajduje się w Trójmieście. Z praktyki wiadomo, że takie miejsce ma swoich szczególnych klientów i sprawdza się w dużych aglomeracjach miejskich powyżej 320 tys. mieszkańców. Dlatego Pan Jacek Sikora nie był do końca przekonany, czy Olsztyn będzie odpowiednim miastem i znajdą się w nim amatorzy pralinek. Poza tym picie czekolady nie jest popularne w naszym kraju. Dawniej traktowano to jako luksus i to tylko dla wybranych. Dzisiaj liczba klientów stale rośnie i coraz więcej jest smakoszy tego wspaniałego napoju.

— Jaką grupę wiekową najczęściej można tu spotkać?

Mój najmłodszy klient miał pół roku, a najstarszy to pani w wieku 92 lat, która tak polubiła tu przychodzić, że widzimy się regularnie dwa razy w miesiącu. Przed południem często można spotkać

tu osoby z Uniwersytetu III wieku, a po południu ludzi, którzy pragną spotkać się po pracy lub młodzież dyskutującą przy filiżance lub fontannie czekolady.

— Widzę, że praca sprawia Pani ogromną radość...

— Tak spełniłam swoje marzenie i praca ta daje mi wiele satysfakcji. Spotykam tu wielu wspaniałych ludzi i pragnę im wszystkim podziękować, bo to właśnie dzięki nim ten lokal ciągle istnieje.

— Dziękuję Pani bardzo za miłą rozmowę, a dla czytelników naszego kwartalnika mam dobrą wiadomość.

Wśród osób, które wyślą właściwe rozwiązanie naszej krzyżówki rozlosowane będzie zaproszenie dla dwóch osób do czekoladziarni Pani Ewy Ziomek-Opalińskiej „Świat mało znany” przy ul. Mazurskiej 6 (w podwórzu) w Olsztynie, czynnej w godz. 12.00-18.00.

Barbara Szymczuk



Od lewej Katarzyna Wróblewska i Ewa Ziomek-Opalińska

Przepisy:

Czekoladowe fondue

Składniki:

400g śmietany kremówki,
2 tabliczki (200g) gorzkiej czekolady,
2 tabliczki (200g) czekolady mlecznej,
dowolne owoce np. jabłka, banany,
gruszki, ananasy, truskawki, kiwi,
winogrona itp. ewentualnie: herbatniki
maślane, cienkie ciasteczka, biszkopty,
orzechy, cukierki-pianki itp.
sok cytrynowy.

Przygotowanie:

Śmietanę podgrzać w garnku. Dodać kawałki czekolady ciemnej oraz czekolady mlecznej, mieszając, roztopić w śmietanie. Wszystko przelać do naczynia do fondue i utrzymywać w ciepłe na specjalnym podgrzewaczu. Owoce lub inne smakołyki pokroić na małe kawałki i zanurzać w ciepłym sosie. Przed spożyciem przez chwilę ostudzić. Kawałki bananów, jabłek lub gruszek skropić sokiem z cytryny, aby nie zbrązowiały.

Czekolada po meksykańsku

Porcja na 2 filiżanki

Składniki:

150 ml mleka,
3 łyżki śmietanki kremówki (36 %),
5 dag drobno posiekanej
gorzkiej czekolady,
1 łyżeczka cukru pudru,
spora szczypta chili i cynamonu

Przygotowanie:

150 ml mleka wymieszać z 3 łyżkami śmietanki kremówki (36 %), podgrzać na minimalnym ogniu. Dodać 5 dag drobno posiekanej, gorzkiej czekolady, mieszać do rozpuszczenia. Wsypać łyżeczkę cukru pudru i po sporej szczypcie chili i cynamonu, wymieszać i rozlać do 2 filiżanek. Napój można pić od razu, aby jednak wydobyć pełny aromat, warto czekoladę po przygotowaniu schłodzić, a następnie ponownie podgrzać. Dla odważnych: świeże strączki czerwonego chili zanurzyć do połowy w rozpuszczonej na parze gorzkiej czekoladzie. Uwaga !!! Bardzo ostra!

Źródło:

Dom czekolady – internet

K r z y ż ó w k a

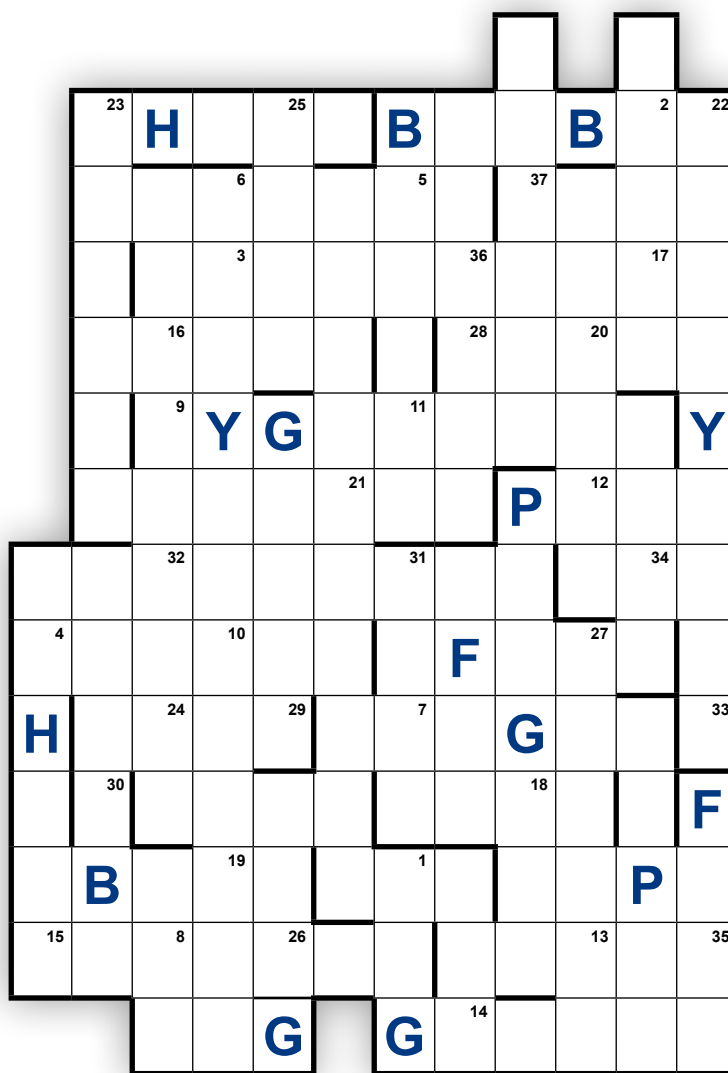
Jolka

23

Objaśnienia 50 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery B, F, G, H, P i Y. Na ponumerowanych polach ukryto 37 liter 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 oraz nr kontaktowy. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań rozlosujemy dwuosobowe zaproszenie do czekoladziarni w Olsztynie.

Nagrodę książkową za prawidłowe rozwiązanie krzyżówki otrzymuje **Władysława Goliasz**. Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



- ulica z naszym szpitalem • wino z ryżu • Mongoł na talerzu • czar • uchodzi w Lizbonie • dawny podróżnik • 3.78 litra w USA • chłonny lub żeglarski • talerze, czynsze • partnerka Kena • jeden cios • biogeocenoza • stolica Tybetu • lekcja dana za karę • pomyślność, szczęście • alkaloid krzewu andyjskiego • rudera, upadek • rajd, zjazd • plynie w Żylinie • lingwista • koalicja Krzaklewskiego • lęk, strach • gorący zwolennik • na nim głowa • dostojnik, prominent • ostatni Mohikanin • skutek • uchodzi w Kaliningradzie • psia noga • grecka nazwa bogini Dżehuti • urzędnik PRL z ul. Mysiej • zagroda z ciemnych krzewów • rośliny lecznicze • tyle arów w 1 ha • śpiewała „Gdzie ci mężczyźni” • ręczny wyrób artystyczny • arabski koczownik • piłka za linią • pojazd małego Kubicy • żołnierz nowo wcielony • świeży wyciąg wodny z ziół • frazes, ogólnik • grecki bóg miłości • kryjówka przed bombami • Śląski nad Bobrem • kapa, nakrycie • lekkokonny spod Samosierry • najwyższy urzędnik spartański • zniesienie, kasacja • tętno szpitala

BJER

Rozwiązanie krzyżówki nr 22 z 22 numeru Pulsu Szpitala:
„Ryby, grzyby, wieprzowina potrzebują szklanki wina”



To było tak

To było tak: w ciemności nocy
Z gałązki wylazł żywy pączek.
Rozklejał się, ptakami kwiląc;
O świcie-westchnął. To początek.

Godzinę blisko się dokwiecał,
Leniwie drzemiąc w ciepłej wiośnie.
Ciągnęły go z lepkiego gniazdka
Kwieciste ptaki coraz głośniej.

Godzinę blisko się upierzał,
Barw upatrując po ogrodzie.
Wyciągał go z zawięzi miękkiej
Skrzydlaty wietrzyk coraz słodziej.

O, patrz jak biją się o ciebie,
Złączone w jeden zgiełk pstrokaty:
Ptaki świergotem coraz tkliwszym,
Coraz żarliwszą wonią kwiaty!....

Julian Tuwim