Kwartalnik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162
NR 36/3 lipiec – wrzesień 2012

X Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki

Drodzy czytelnicy

Mamy wiele powodów do dumy, które niestrudzenie prezentujemy na łamach Pulsu Szpitala. Od kwietnia 2011 roku w naszym szpitalu wykonywane są zabiegi wewnątrznaczyniowe, polegające na embolizacji tętniaków mózgu. Jesteśmy jedynym szpitalem w województwie warmińsko-mazurskim, który wykonuje takie procedury medyczne. Dr Anna Szalcunas w artykule „Tętniaki wewnątrznaczyniowe" dokładnie przedstawia jak wygląda taki zabieg, kto go wykonuje oraz jaka jest etiologia i diagnostyka tętniaków wewnątrznaczyniowych.

Także jako jedyni w naszym województwie wykonujemy transplantację nerki, do tej pory z powodzeniem przeszczepiliśmy 45 nerek. Postęp medycyny spowodował, że ciężko chorzy dostają szansę na nowe życie. Po raz pierwszy 4 czerwca przeszczepiliśmy nerkę podkowiastą. Jeżeli chcą Państwo dowiedzieć się na czym polega oryginalność takiej nerki, polecam artykuł Joanny Kostrzewy „Przeszczepiliśmy nerkę podkowiastą".

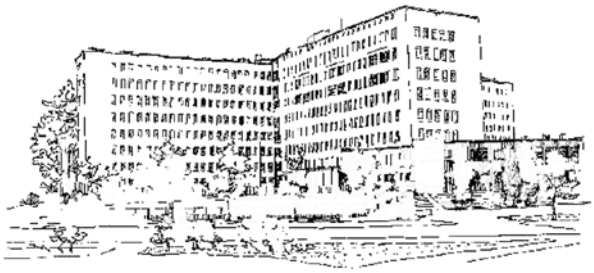
Jesień to pora Olsztyńskich Dni Nauki i Sztuki. I jak co roku Szpital wziął udział w tym przedsięwzięciu. 26 września odbył się Dzień Otwarty pn. „Pomagając innym pomagasz i sobie". Razem z Komendą Miejską Państwowej Straży Pożarnej w Olsztynie oraz Komendą Miejską Policji w Olsztynie zaprosiliśmy młodzież licealną i pracowników szpitala do obejrzenia pozorowanej akcji ratowniczej. Zarówno pokazy jak i wykłady cieszyły się ogromnym powodzeniem.

Ważnym wydarzeniem była też I Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Pielęgniarstwo – nauka i praktyka" pod hasłem „Nowe wyzwania, nowe możliwości". Współczesne pielęgniarstwo przeżywa okres dynamicznego rozwoju, a dzięki tej konferencji uczestnicy mogli podzielić się swoją wiedzą, doświadczeniem i podyskutować o przyszłości pielęgniarstwa.

Zapraszam do lektury.

Kornelia Kotwicka-Łucewicz

redaktor naczelna



Spis treści

3 Tętniaki wewnątrzczaszkowe
6 Pamięć i jej zagadki cz. 6
8 Informatyk to ma życie
10 Prodziekan ds. nauki
11 Przeszczepiliśmy nerkę podkowiastą
12 X Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki w Szpitalu
14 X Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki – galeria
16 Precyzyjny zespół
18 Nowe wyzwania,... ale czy nowe możliwości?
19 Małgośka mówią mi...
20 Dzień Aptekarza
21 Goście z Maastricht
21 Liryczny zakątek
22 Mamy się czym pochwalić
22 Wypadek masowy
24 Islandia – wyspa zrodzona w ogniu, wyrzeźbiona lodem – cz. 1
26 Bezpłatne porady prawne i obywatelskie
27 Krzyżówka

Tętniaki wewnątrzczaszkowe

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym od wielu lat, głównie dzięki zaangażowaniu dr n. med. Elżbiety Stefanowicz, przeprowadza się diagnostykę tętniaków wewnątrzczaszkowych, najpierw w formie badań angiograficznych w Pracowni Badań Naczyniowych, potem również w Pracowniach TK i MR. Również od wielu lat leczy się operacyjnie tętniaki wewnątrzczaszkowe i ich powikłania w Oddziale Neurochirurgii.

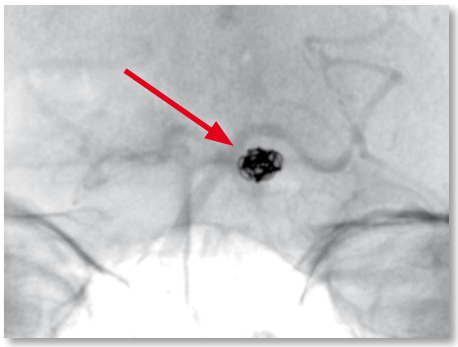
Od 2011 roku wykonywane są Dziale Radiologii i Diagnostyki Obrazowej zabiegi wewnątrznaczyniowe, polegające na embolizacji tętniaków mózgu, również z użyciem stentów naczyniowych. Zespół Pracowni Badań Naczyniowych i Radiologii Interwencyjnej, wykonujący embolizacje tętniaków wewnątrzczaszkowych to: Lekarze – Grzegorz Wasilewski, Pielęgniarki instrumentariuszki – Anna Tyllo, Janina Senderska, Anna Spychała, Technicy elektroradiologii – Paweł Mycio.
Rolę nauczyciela, a teraz kolegi, współpracownika i konsultanta pełni dr Krzysztof Brzozowski, przyjeżdżający z Warszawy, na co dzień pracujący w Pracowni Badań Naczyniowych i Radiologii Interwencyjnej Wojskowego Instytutu Medycznego. Pierwszy zabieg odbył się w kwietniu 2011 roku.

Do tej pory łącznie wykonano ok. 50 zabiegów embolizacji tętniaków mózgu.

Zabiegi są wykonywane w znieczuleniu ogólnym. Przez t. udową (nakłucie w pachwinie) wprowadzany jest cewnik do worka tętniaka i następnie implantowane są spirale – platynowe druciki o pamięci materiału, układające się kuliście, helikalnie, elipsoidalnie, wypełniające całe światło worka tętniaka, powodujące jego wykrzepienie i wyleczenie pacjenta.
W zależności od kształtu, wielkości tętniaka, jego „szyi" używane są także balony do remodelingu (kształtowania spiral), stenty – umożliwiają zaopatrzenie tętniaków z tzw. szeroką szyją – szerokim połączeniem z naczyniem – stent przykrywa odejście tętnika od naczynia i następnie przez jego oczka wprowadzane są spirale do worka tętniaka. Najnowsze stenty umożliwiają pokrycie wrót tętniaka z jego wykrzepieniem bez konieczności wprowadzania spiral do worka tętniaka.
Zabieg jest procedurą inwazyjną, odbywa się bez kraniotomii, bez chirurgicznej ingerencji w tkankę mózgową, jednak wprowadzone do światła naczyń cewniki mogą spowodować ich uszkodzenie, wytworzenie skrzepliny, skurcz, udar, przebicie worka tętniaka. Do leczenia kwalifikowane są tętniaki pęknięte, powiększające się, objawowe, średnie, duże. Kwalifikacja odbywa się wspólnie z lekarzami Oddziału Neurochirurgii, którzy od początku wspierali zespół radiologów interwencyjnych w podjęciu ryzyka wykonywania zabiegów wewnątrznaczyniowych.

Większość tętniaków może być zarówno zoperowana neurochirurgicznie jak i wewnątrznaczyniowo. Decyzja jest podejmowana wspólnie przez neurochirurgia, radiologia interwencyjnego i pacjenta. Wybierana jest metoda o największej skuteczności w danym tętniaku i jednocześnie o najmniejszym stopniu ryzyka okołooperacyjnego. Przed i po zabiegu pacjent jest pod opieką lekarzy z Oddziału Neurochirurgii WSS, współpraca z tym odziałem jest podstawą dobrego przygotowania pacjenta do operacji i prowadzenia pooperacyjnego.
Po zabiegu embolizacji pacjenci mają wykonywane badanie kontrolne ANGIO-MR w zależności od tętniaka po 1-6 miesiącach, i potem raz w roku. W przypadku niepełnej jednoczasowej embolizacji całego worka tętniaka zabieg jest powtarzany.

Wykonywanie zabiegów embolizacji wewnątrznaczyniowej tętniaków mózgu w Pracowni Radiologii WSS w Olsztynie poszerzyło i uzupełniło możliwości leczenia pacjentów z tętniakiem mózgu. Do tej pory część z nich, która nie kwalifikowała się do leczenia za pomocą operacji klasycznej, była odsyłana do ośrodków zabiegowych w Warszawie, Gdańsku, Lublinie. Teraz ten sam zabieg mogą mieć wykonany w Olsztynie, jest to bardzo ważne w przypadkach tętniaków pękniętych, które przebiegają najczęściej z poważnym stanem chorego.



Spirale embolizacyjne w worku tętniaka tętnicy podstawnej

W najbliższej przyszłości zespół radiologów interwencyjnych planuje wykonywanie zabiegów embolizacji malformacji tętniczo-żylnych naczyń mózgu, jak też embolizację guzów mózgu.
Bardzo ważną rolę odgrywa współpraca z zespołem Oddziału Neurochirurgii WSS, szczególnie z jego Ordynatorem – dr n. med. Waldemarem Ochem, który konsultuje wszystkie przypadki rozpoznanych tętniaków wewnątrzczaszkowych, bierze udział w podejmowaniu decyzji, a Jego zespół przygotowuje pacjentów do zabiegu i sprawuje opiekę pozabiegową.

Dzięki podejmowaniu przez lekarzy nowych wyzwań, dzięki współpracy między oddziałami oraz dzięki zrozumieniu istoty nowoczesnej medycy przez

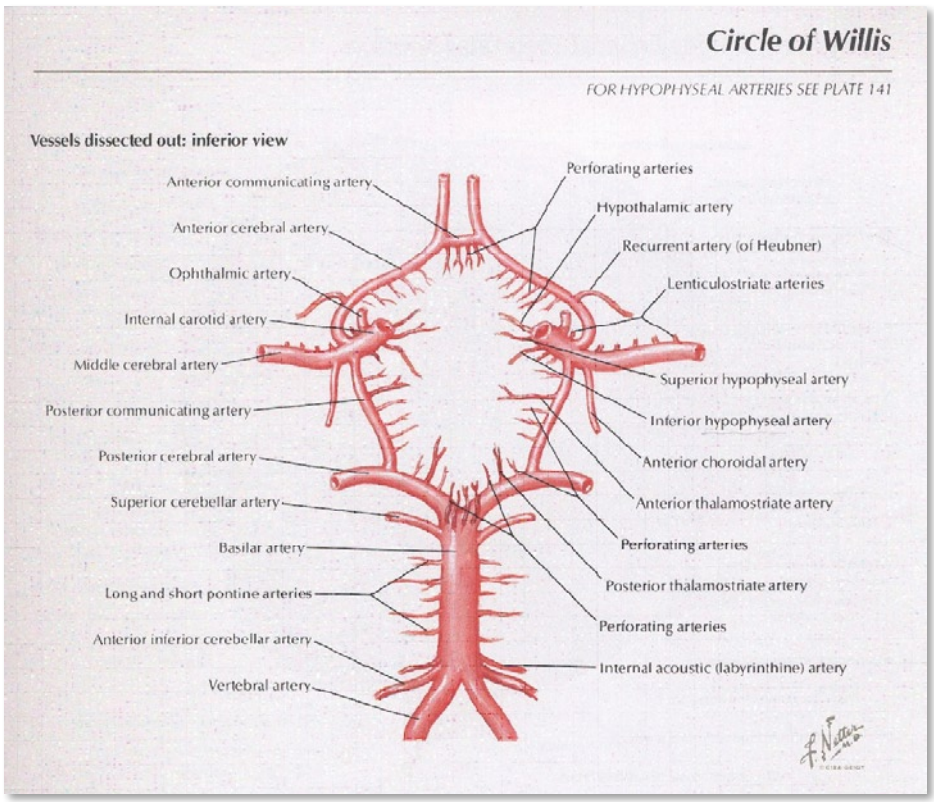
Spirale embolizacyjne

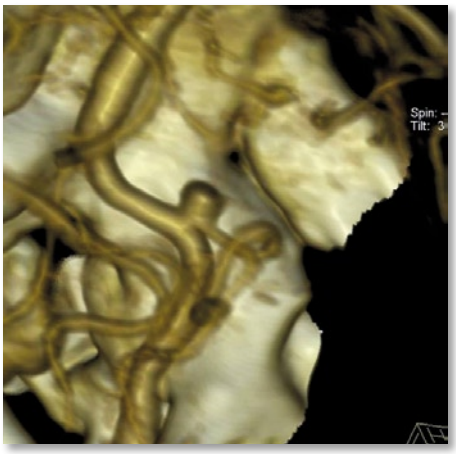
Spirale embolizacyjne i stent wewnątrznaczyniowy

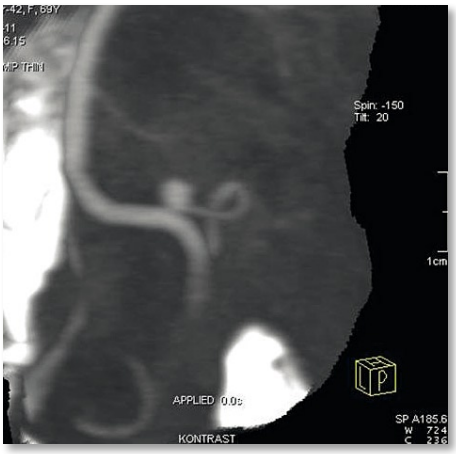
Dyrekcję Szpitala, wspierającą rozwój nowych technik zabiegowych poprzez finansowanie nauki lekarzy i zakup niezbędnego sprzętu do wykonywania nowych procedur, uczyniono następny krok w stronę polepszenia standardów leczenia w naszym szpitalu.

Rys historyczny

Pierwsze wzmianki o tętniakach wewnątrzczaszkowych są datowane na XVI wiek. Słowo tętniak (aneurism) pojawiło się po raz pierwszy w 1611 r. w Randall Colgrave's Dictionaire of the French and English Tongues. Tomas Willis pierwszy opisał i zilustrował nazwane jego imieniem koło tętnicze Willis'a w swojej książce De Cerebri Anatome w 1664 r.
W końcu XVI wieku, początku XVII pojawiały się publikacje opisujące tętniaki mózgu. Lancis w 1728 r. opisał teorię powstawania tętniaków jako poszerzenia tętnicy, sugerował jako pierwszy, że tętniaki powstają w wyniku wrodzonych wad ściany naczynia. Morgagni opisał przypadki pękniętych tętniaków w 1761 r. W 1835 r. opisano tętniak obejmujący tętnicę kręgową prawą (Yaskin i Alpers), opisali oni też przypadek pękniętego tętniaka tętnicy kręgowej w 1849 r. W tym czasie Bigelow podał przykład tętniaków mnogich. Gull w 1859 roku opisał najprawdopodobniej objawy skurczu naczyniowego wtórnego do przebytego krwawienia podpajeczynówkowego u jednej z jego pacjentek. Bagley w 1928 opisał skutki podawania krwi do przestrzeni podpajęczynówkowych mózgowia (doświadczalne na psach). Forbus w 1930r. opisał patologię tętniaków mózgu – zawsze pojawiają się w podziale tętnic, defekt ściany naczynia w jego podziale – „locus minoris resistentiae".







Badanie Angio CT diagnostyka tęniaka wewnątrzczaszkowego

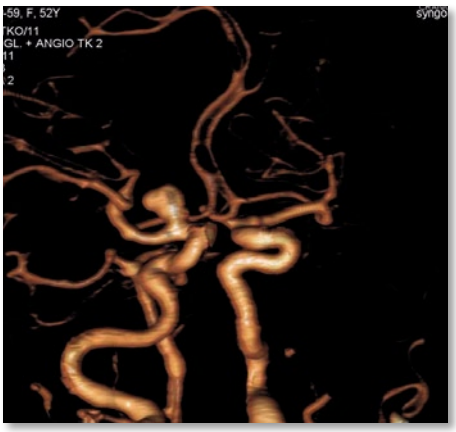
Historia tętniaków wewnątrzczaszkowych w radiologii:

- 1895 r. – wykrycie promieni X przez W.K. Roentgena.
- Spiess i Pfeiffer w 1921r. opisali przypadek tętniaka ze zwapniałą ścianą zlokalizowanego na tętnicy szyjnej wewnętrznej (C4). Od tej pory zwapnienia i ubytki w ścianie kości czaszki są traktowane jako jeden z możliwych objawów tętniaka na zdjęciu rtg.
- Pierwsza angiografia była wykonana u psa w roku 1926 – Moniz. U człowieka wykonał on pierwszą angiografię naczyń mózgowych w 1927 r. (pacjenci zmarli). Dott zaczął stosować angiografię mózgową w tym samym czasie, w 1933 r. opisał przypadek 23 letniego pacjenta z krwawieniem podpajęczym i objawami z III nerwu czaszkowego, arteriografia ukazała owalny tętniak wielkości 7 mm w miejscu połączenia tętnicy szyjnej wewnętrznej ICA i tętnicy łączącej tylnej, tętniak został potwierdzony operacyjnie, pacjent przeżył.
- Pierwsze badanie Angio-KT wykonano w 1992 roku.

Tętniak wewnątrzczaszkowy to według Leksykonu Radiologii (2003) nieprawidłowy twór naczyniowy, którego światło jest połączone ze światłem naczynia macierzystego.
Tętniaki mózgu są najczęstszą patologią naczyń mózgowych, niosącą, w przypadku ich pęknięcia, największy odsetek ciężkich zachorowań i zgonów, w porównaniu do innych schorzeń naczyń mózgowych, takich jak malformacje naczyniowe, przetoki tętniczo-żylne, naczyniaki. Ich dokładna diagnostyka jest podstawowym warunkiem oceny przedoperacyjnej, służącej do podjęcia właściwego leczenia i zminimalizowania skutków krwawienia z pękniętego tętniaka.

Patogeneza tętniaków wewnątrzczaszkowych

Pochodzenie tętniaków jest nadal zagadnieniem dyskusyjnym. Główne trzy teorie ich powstawania zakładają tło wrodzone, nabyte i połączenie obu. Jedna z teorii patogenezy tętniaków mówi o defekcie ściany tętnicy w zakresie błony środkowej i blaszki sprężystej zewnętrznej (jej degeneracja jest



Tętniak tętnicy szyjnej wewnętrznej (okolicy podziału)

Stan po jego embolizacji

stałym procesem starzenia się naczyń związanym z wiekiem).

Etiologia tętniaków wewnątrzczaszkowych:

- wrodzone (97 %),
- zapalne – mycotic aneurysms (3 %),
- w przebiegu zmian miażdżycowych,
- pourazowe,
- w przebiegu choroby nowotworowej (pierwotnej OUN, meta),
- narkomania,
- zaburzenia tkanki łącznej,
- dysplazja włóknisto-mięśniowa.

Czynniki ryzyka:

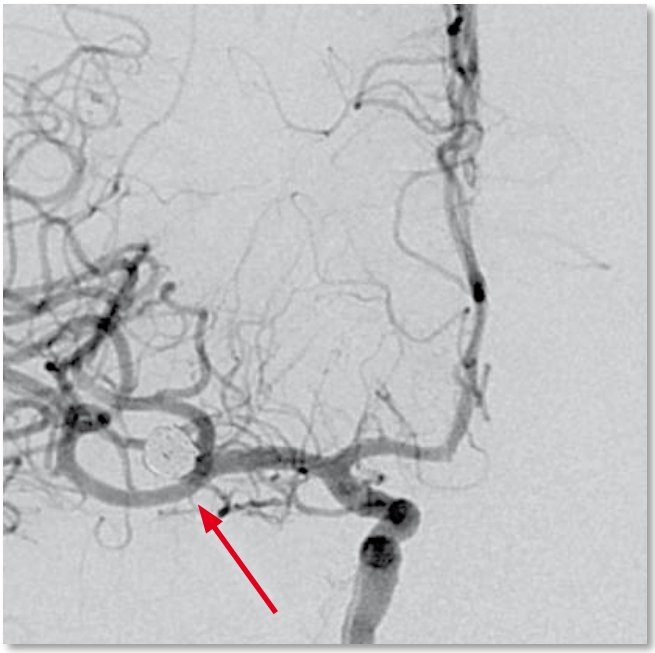
- obciążony wywiad rodzinny,
- płeć żeńska,
- wiek > 50 r. życia,
- palenie papierosów,
- doustna antykoncepcja,
- zespół Marfana, pseudoxanthoma elasticum, zespół Ehlers-Danlosa,
- wielotorbielowatość nerek,
- asymetria / nieprawidłowości koła Willis'a,
- malformacje tętniczo-żylne w obrębie mózgowia (zwiększony przepływ przez naczynia mózgowe).

Podział tętniaków ze względu na ich wielkość:

- bardzo małe < 3 mm,
- małe 3-6 mm,
- średnie 6-15 mm
- duże 15-25 mm
- olbrzymie > 25 mm.

Występowanie tętniaków w Polsce szacuje się na 8-10/100 tysięcy, rocznie 3-3,5 tysiąca.
Szczyt występowania – 55-60 r. życia, 15-45 r. życia – 40 % tętniaków.

Ze względu na lokalizację największe ryzyko pęknięcia tętniaka jest wtedy, gdy jest on położony w miejscach podziału, zagięciach tętnic. Ryzyko pęknięcia tętniaka 1-2 % na rok i kumuluje się w czasie. Większość tętniaków objawia się krwotokiem wewnątrzczaszkowym będącym bezpośrednim zagrożeniem życia chorego, pozostałe dają objawy zmiany ekspansywnej lub są wykrywane przypadkowo. Wielkość tętniaka rośnie wraz z wiekiem chorego, a do jego pęknięcia dochodzi najczęściej pomiędzy 40 a 60 rokiem życia, gdy osiąga on rozmiary 6-15 mm. Spośród tętniaków o wielkości 3-5 mm pęka ok. 25 %, 6-10 mm – ok. 41 %, 11-15 mm – ok. 87 %, a powyżej 15 mm – 100 %. Uważa się, że tętniaki o średnicy mniejszej niż 3 mm rzadko są przyczyną krwotoku podpajęczynówkowego. Krwotok podpajęczynówkowy spowodowany pęknięciem tętniaka wewnątrzczaszkowego obarczony jest ok. 35-40 % śmiertelnością, a u 40 % pacjentów może być przyczyną trwałego ubytku neurologicznego.



Stan po embolizacji tętniaka tętnicy mózgu środkowej prawej

Diagnostyka tętniaków wewnątrzczaszkowych

Diagnostyka wymaga wykonania angio-KT z podaniem za pomocą strzykawki automatycznej środka cieniującego. Badanie to umożliwia uzyskanie obrazów zbliżonych jakością do obrazów angiografii dotętniczej. Stosuje się tutaj algorytmy obróbki obrazu: MPR (multiplanar reconstruction), MIP (maximum intensity projection), SSD surface shaded display, VRT volume rendering technique), neuro DSA (z automatyczną substrakcją kości), które umożliwiają uwidocznienie i dokładną ocenę tętniaków nawet o średnicy rzędu 2-3 mm.

Angiografia kontrolna po wprowadzeniu spiral embolizacyjnych do worka tętniaka

Badanie KT odgrywa ważną rolę w ocenie powikłań wad naczyniowych. Pozwala na ocenę świeżo wynaczynionej krwi, różnicowanie krwiaków śródmózgowych, obrzęku, rozległości zmian niedokrwiennych, szerokości układu komorowego.
Ważną informacją z wykonanego przed badaniem ANGIO-KT sekwencyjnego badania KT mózgowia jest lokalizacja krwawienia podpajęczynówkowego. Na tej podstawie często możemy wstępnie przypuszczać gdzie jest zlokalizowany tętniak, który pękł (ważne przy tętniakach mnogich).

lek. med. Anna Szalcunas

Pamięć i jej zagadki cz. 6

Każdy z nas przechowuje w swojej pamięci liczne i różne zapisy swojej osobistej historii. To domena pamięci autobiograficznej. Z utrwalaniem prywatnych zdarzeń wiążą się specyficzne trudności – część z nich szybko zapominamy, a inne są bardzo uporczywe i wyraziste. Dlaczego tylko niektóre zdarzenia z naszej osobistej historii zyskują na znaczeniu kosztem innych, stopniowo zapominanych?

W poprzednim odcinku zajęliśmy się jedną z zagadek pamięci autobiograficznej, dotyczącą zjawiska amnezji dziecięcej. Prawdopodobnie z powodów rozwojowych (niedostatecznie wykształcone mózgowie, brak samoświadomości i brak umiejętności językowych) pierwsze lata życia są objęte praktycznie całkowitą niepamięcią. Później, w toku normalnego rozwoju takie zjawisko nie występuje. W ramach pamięci autobiograficznej pojawia się jednak specyficzna zdolność wzmacniania zapisu osobistej historii.

Efekt lampy błyskowej

Weźmy prosty przykład. Proszę spróbować najpierw odpowiedzieć na pytanie: (1) co zjadłeś(-aś) pięć dni temu w trakcie obiadu? O ile się nie mylę, jest problem w odpowiedzi na to pytanie. Obiad sprzed pięciu dni stanowi fragment osobistej historii, ale zazwyczaj zostaje zapomniany. Niekiedy trzeba nieźle wysilić się, by coś takiego odtworzyć. Jeśli nie zdarzyło się w czasie obiadu coś wyjątkowego lub nie towarzyszyły temu jakieś specjalne emocje, jego zapis znika w zakamarkach pamięci. Teraz jednak proszę odpowiedzieć na inne pytania: (2) co robiłeś(-aś) 11 września 2001 roku, gdy dowiedziałeś(-aś) się, że terroryści zaatakowali wieże WTC w Nowym Jorku, (3) co robiłeś(-aś) 10 kwietnia 2010 roku, gdy dowiedziałeś(-aś) się, że samolot prezydencki rozbił się pod Smoleńskiem.

Pytania (2) i (3) zdecydowanie różnią się od pytania (1).Wydarzenia takie jak atak terrorystyczny w Nowym Jorku czy katastrofa lotnicza z udziałem głowy państwa są niewątpliwie ważne dla biegu historii. Są one także ważne z perspektywy działania ludzkiej psychiki. Wielu ludzi na tyle silnie przeżywa takie wyjątkowe zdarzenia, że ma poczucie zapamiętania wielu szczegółów z tego okresu, znacznie więcej, niż w przypadku codziennych zdarzeń. Dlatego bez zbytniego wysiłku nawet po latach ludzie opisują detale swojego życia w dniu 11.09.01 lub 10.04.10.

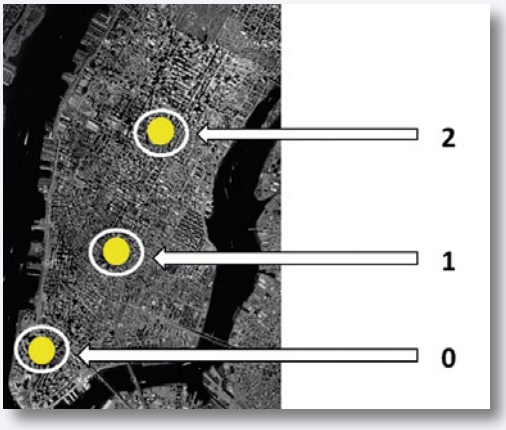
W psychologii na oznaczenie wyjątkowej pamięci autobiograficznej używa się terminów *pamięć fleszowa* lub *efekt lampy błyskowej*. Oba terminy wskazują na coś w rodzaju umysłowego „oświetlenia" wybranych zdarzeń. Dzięki temu możemy bardzo szczegółowo zapamiętać np. co zjedliśmy na obiad zaraz po tym, jak dowiedzieliśmy się o katastrofie w Smoleńsku. Wspomniane umysłowe „oświetlenie" zdarzeń należy traktować metaforycznie – chodzi o to, że silne emocje mogą utrwalić w pamięci nie tylko informacje o ważnym zdarzeniu, ale także okoliczności z naszego życia towarzyszące czasowo takiemu zdarzeniu.

Jak fotografuje pamięć fleszowa?

Jaki jest dokładny tryb działania efektu lampy błyskowej? W jednej z koncepcji – autorstwa psychologów Browna i Kulika (1977) – istnieje umysłowy mechanizm funkcjonujący na zasadzie „teraz zapisuj". Dzięki temu jakieś ważne zdarzenie zostaje zapamiętane, a przy okazji możemy utrwalić szczegóły z naszego życia w tym czasie. Potencjalna wartość mechanizmu „teraz zapisuj" wydaje się oczywista – jesteśmy w stanie dobrze i szczegółowo zapamiętać ważne zdarzenie. Nie ma też specjalnych podstaw do wątpienia w wiarygodność tego typu pamięci, gdyż ludzie zapamiętują takie informacje mimowolnie i nierzadko uważają, że świetnie je pamiętają. Właśnie poczucie wyjątkowej nieomylności pamięci fleszowej stanowi kolejny objaw *efektu lampy błyskowej*.
Pod adresem pamięci fleszowej sformułowano jednak liczne wątpliwości. Przede wszystkim niejasny jest sposób działania mechanizmu „teraz zapisuj".

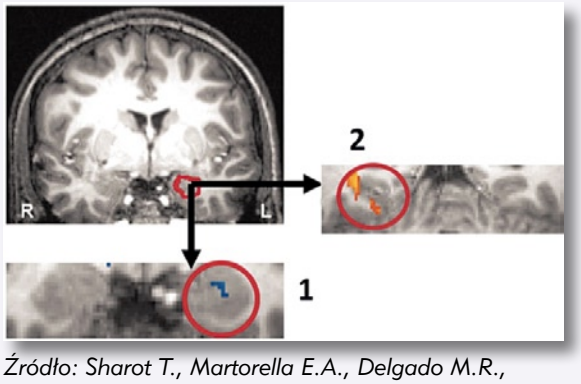
PAMIĘĆ FLESZOWA W MÓZGU

Gdzie w mózgu tkwią zapisy efektu lampy błyskowej? Tali Sharot wraz ze współpracownikami postanowili to sprawdzić. Osobami badanymi (N=24) byli świadkowie ataków na WTC w Nowym Jorku w 2001 roku (tzw. wydarzenia 9/11). Zadaniem osób badanych było przedstawienie relacji z tego co pamiętają z dnia ataku oraz z wybranych zdarzeń z poprzednich lat. Okazało się, że odległość od miejsca ataku (obszar 0 na zdjęciu satelitarnym) różnicowała osoby badane w zakresie pamięci. Mieszkańcy Dolnego Manhattanu (obszar 1 na zdjęciu) – najbliżej ataku – opisywali swoje wspomnienia z 9/11 w sposób bardziej rozbudowany, detaliczny i emocjonalny, niż wspomnienia z poprzednich lat. Natomiast mieszkańcy Środkowego Manhattanu (obszar 2 na zdjęciu) – dalej od miejsca ataku – przedstawiali wspomnienia z dnia ataku, które specjalnie nie różniły się od wspomnień zdarzeń z innych lat.



Źródło: Sharot T., Martorella E.A., Delgado M.R., Phelps E.A. (2007). How personal experience modulates the neural circuitry of memories of September 11. Proceedings of the National Academy of Sciences, 104(1), s. 389-394. Adaptacja własna

Okazało się, że wskazane różnice mają swoje odzwierciedlenie w aktywności mózgowej. Badacze zaobserwowali znacznie silniejszą aktywność lewego ciała migdałowatego u osób z Dolnego Manhattanu podczas myślenia o wydarzeniach 9/11 w porównaniu do osób ze Środkowego Manhattanu (ryc. obok). Z różnych badań wynika, że ciała migdałowate są czymś w rodzaju emocjonalnego centrum w mózgu. To właśnie ciała migdałowate wraz towarzyszącymi hormonami stresu wpływają na zapis informacji w pamięci długotrwałej.
Ale cytowane badania zespołu Sharot ujawniły coś nieoczekiwanego. U mieszkańców Dolnego Manhattanu zaobserwowano znacznie słabszą aktywność w tylnych obszarach kory okołohipokampalnej (ryc. obok). Te obszary uczestniczą w zapisie i przywoływaniu szczegółów sceny lub zdarzenia.



Źródło: Sharot T., Martorella E.A., Delgado M.R., Phelps E.A. (2007). Art. cyt. Adaptacja własna

Uzyskany wynik pozwala na następującą konstatację. Silna aktywność lewego ciała migdałowatego wyjaśnia emocjonalną naturę pamięci fleszowej, zdolność zapamiętania okoliczności traumatycznego zdarzenia oraz silne przekonanie, że taka pamięć jest bardzo wiarygodna. Z kolei niska aktywność okołohipokampalna wyjaśnia relatywnie słabą rzetelność informacji z pamięci fleszowej.

Zgodnie z koncepcją Browna i Kulika, zapis niektórych informacji ma charakter czegoś zbliżonego do fotografii lub klipu filmowego. Oczywiście od razu pojawia się tutaj zarzut, że przecież w naszych mózgach nie ma aparatów fotograficznych czy kamer wideo. Poza tym dokładna analiza trafności zapisu informacji w ramach pamięci fleszowej ujawniła coś zaskakującego. Osobista pewność co do nieomylności zapisu pamięciowego nie zawsze pokrywa się z rzeczywistą trafnością. Przykładowo, w badaniu Neissera i Harscha (1992) skupiono się na pamięci związanej z katastrofą promu Challenger. Osoby badane przedstawiały wspomnienia dotyczące otrzymania wiadomości o eksplozji Challengera po 24 godzinach, 2 latach i 6 miesiącach oraz 3 latach. Okazało się, że po trzech latach tylko 7% badanych potrafiło dokładnie przypomnieć okoliczności katastrofy. 25% badanych przedstawiało informacje kompletnie niezgodne z okolicznościami katastrofy. Co ciekawe większość osób badanych była silnie przekonana o nieomylności pamięci z czasów katastrofy.

Inna wątpliwość pod adresem pamięci fleszowej dotyczy opcji „teraz" w funkcji „teraz zapisuj". Jak można stwierdzić, że zapis fleszowy działa właśnie w danym momencie? Przypomnijmy sobie okoliczności, gdy usłyszeliśmy po raz pierwszy o katastrofie smoleńskiej. Być może źródłem informacji było radio, ale zaraz potem pojawiły się inne źródła: TV, wypowiedzi innych ludzi, czasopisma, portale internetowe. Późniejsze informacje nałożyły się na wcześniejsze i w efekcie trudno ustalić genezę tworzenia w pamięci szczegółów zapisu okoliczności związanych z wydarzeniami smoleńskimi. Dlatego opcja zapisu „teraz" jest raczej fikcyjna.

Pod wpływem emocji

Jednym z warunków działania pamięci fleszowej są emocje, a dokładnie silne przeżywanie zdarzeń. Wydaje się, że takie emocje gwarantują trafność zapisu pamięciowego. Gdy dowiedzieliśmy się o atakach na WTC oraz o katastrofie smoleńskiej, przypuszczalnie byliśmy w stanie pobudzenia fizjologicznego manifestującego się m.in. stanami zaskoczenia czy przerażenia. Doświadczając emocji możemy nieco inaczej spojrzeć na wydarzenia i nasze życie, niż gdyby takich emocji nie było. Być może odmienny stan psychiczny towarzyszący wydarzeniom o znacznej randze społecznej pozwala na trwalszą pamięć szczegółów z tamtych czasów. Tak jednak nie jest.

Okazuje się, że choć emocje mogą faktycznie wzmacniać zapis pamięciowy, to silne emocje – wręcz przeciwnie – mogą znacznie zniekształcać pamięć zdarzeń. Pod wpływem nasilonych emocji lub traumy zmniejsza się zakres uwagi, a pamięć ma charakter tunelowy – zapamiętujemy głównie elementy centralne, natomiast informacje peryferyczne znacznie mniej. Takie zjawisko dobrze ilustruje tzw. *efekt skupienia na broni*. Ofiary napadów z bronią często świetnie pamiętają wygląd określonej broni (bo na niej skupili się centralnie w obawie o swoje życie), ale już praktycznie nic nie pamiętają na temat wyglądu przestępcy (to jest wówczas informacja peryferyczna).

W SKRÓCIE

- szczególnym typem pamięci autobiograficznej jest pamięć fleszowa – pod wpływem silnych emocji pozwala ona zapamiętać nie tylko ważne zdarzenie społeczne, ale także okoliczności uzyskiwania wiedzy o tym zdarzeniu
- pamięci fleszowej towarzyszy silne przekonanie o nieomylności własnych wspomnień
- wspomnienia fleszowe mogą być mało trafne

Specyficzny flesz

Pomimo różnych – opisanych wyżej – wątpliwości pod adresem pamięci fleszowej wiadomo, że taka pamięć występuje w specyficznych okolicznościach pobudzenia emocjonalnego i charakteryzuje się zmienną dynamiką w zależności od np. typu sytuacji, sposobu jej nagłośnienia w mediach i odległości pobytu od miejsca zdarzenia. Cechą specyficzną pamięci fleszowej jest uporczywość wspomnień w zakresie mało istotnych szczegółów z okoliczności ważnego zdarzenia. Poza tym pamięć fleszowa jest mało wiarygodna co do detali zapamiętanych informacji o zdarzeniu i stanowi raczej coś w rodzaju osobistej interpretacji emocjonalnego zdarzenia. Z taką interpretacją trudno dyskutować, gdyż jest opakowana silnym przekonaniem o realności zapamiętanych zdarzeń.

dr Piotr Markiewicz

CHCESZ WIEDZIEĆ WIĘCEJ?

- Maruszewski, T. (2005). Pamięć autobiograficzna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Draaisma, D. (2006). Dlaczego życie płynie szybciej, gdy się starzejemy. O pamięci autobiograficznej. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Informatyk to ma życie...

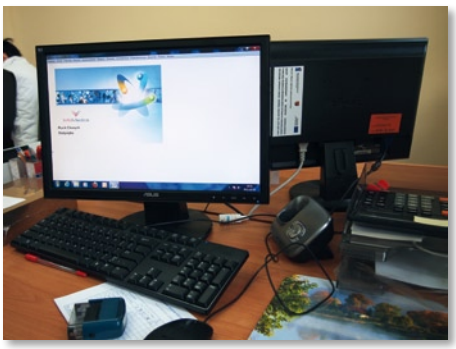
Rozmawiamy z Radosławem Kowalskim, który od 1 marca 2012 r. sprawuje funkcję kierownika Działu Informatyki w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

– Jakie bieżące prace wykonuje Dział Informatyki?

– W codziennej pracy zajmujemy się usuwaniem wszelkich usterek w sprzęcie komputerowym i wspomagamy użytkowników w ich zmaganiach z komputerem. Kreujemy i moderujemy strony internetowe wewnętrzną oraz zewnętrzną. Pod naszą opieką są zestawy komputerowe razem z monitorami i drukarkami. Oczywiście nadzorujemy wdrożone w Szpitalu oprogramowania. Nasz najważniejszy flagowy produkt, Infomedica, składa się z wielu modułów m. in.: Ruch Chorych z Izbą Przyjęć, czyli procedury, od przyjścia pacjentów do szpitala, aż do wypisu oraz moduł Apteka i Apteczki oddziałowe. W tym roku doszedł moduł Laboratorium, czyli elektroniczne zlecanie badań laboratoryjnych.

– A na czym polega ten moduł?

– Lekarz zleca badanie laboratoryjne, następnie pielęgniarka w oddziale pobiera od wskazanego pacjenta materiał do badania np. krew. Probówkę okleja kodem kreskowym i w komputerze wybiera z listy pacjentów odpowiednią osobę, od której pobrała materiał. Wybiera rodzaj badania jakie ma być zrobione, ręcznym skanerem skanuje kod kreskowy i wysyła zlecenie do laboratorium poprzez sieć komputerową. Kiedy materiał zostaje dostarczony, laborantka skanuje kod kreskowy na próbce i od razu w komputerze może odczytać informację jakie badania ma wykonać. Po wykonaniu badania laborantka sprawdza wynik i autoryzuje go. Po autoryzacji wynik jest widoczny w systemie komputerowym w oddziale, z którego badanie zostało zlecone. Najważniejsze jest, że wynik można szybko zobaczyć i nie trzeba czekać, aż zostanie on dostarczony z laboratorium. Zaletą tego modułu jest oszczędność czasu, szybko zlecamy badanie bez zbędnej papierologii i wynik szybko wraca na oddział. Moduł ten został wdrożony w połowie kwietnia tego roku, ponieważ wdrożenie zakończyło się sukcesem, poszliśmy za ciosem i w tym momencie włączamy Zakład Bakteriologii, a w kolejce do wdrożenia czeka Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej tzw. Krwiodawstwo.



Sprzęt komputerowy współfinansowany przez UE

– Jakie są plany rozwoju Działu?

– Chcielibyśmy powiększyć nasz Dział o kolejnego pracownika. Związane jest to szczególnie z rozbudową Szpitala i powstaniem nowego bloku operacyjnego oraz centralnej sterylizatorni. Na samym bloku będzie 14 stanowisk komputerowych i kilka w centralnej sterylizatorni. Dodatkowo dojdzie obsługa systemu audiowizualnego oraz kamer. Ponadto, chociaż nie wiem, czy to nie jest już sfera marzeń, chcielibyśmy przeprowadzić się do jednego, porządnego, dużego pomieszczania lub dwóch mniejszych. Ważne jest, żebyśmy byli w jednym budynku. W tej chwili jesteśmy rozdzieleni, dwóch pracowników jest w budynku głównym szpitala na 7 piętrze, a pozostałych dwóch w budynku przy Żołnierskiej 16 B. Nie jest to dobre rozwiązanie. Powinniśmy mieć pomieszczenia w głównym budynku szpitala, bo to właśnie tu dochodzi do głównych awarii. Mam nadzieję, że uda się Dyrekcji wygospodarować dla nas odpowiednie miejsce, gdy zacznie się remont 7 piętra.

– Jak wygląda informatyzacja Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie na tle innych szpitali?

– Na pewno znajdujemy się w czołówce szpitali. Jesteśmy liderem, jeżeli chodzi o elektroniczne zlecanie badań. Naszym następnym atutem jest teleradiologia. Współpracujemy, w zakresie udostępniania badań, z firmą zewnętrzną NuMed, która wykonuje tomografię i rezonans magnetyczny. Do tej pory lekarze musieli czekać na płytkę CD z obrazami. W tej chwili lekarze, przez specjalną przeglądarkę internetową, zaraz po wykonaniu badania przez technika, mogą oglądać wyniki badań. Teleradiologia w Polsce nie jest jeszcze na tak zaawansowanym poziomie. Ponadto jesteśmy przygotowani też na poszerzenie usług teleradiologicznych na jednostki, które są poza Olsztynem. Dany szpital, może wysyłać do nas zdjęcia, które będą opisywane przez naszych radiologów. Jest to kwestia rozwoju, umów ze szpitalami i chęci współpracy. Również dzięki projektowi „e-Pacjent" nadrobiliśmy zaległości w rejestracji internetowej.

– Wspomniał Pan o projekcie współfinansowanym przez Unię Europejską pn. „e-Pacjent – Rozbudowa systemu usług elektronicznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie". Co szpital zyskał dzięki temu projektowi?

– Flagowym produktem projektu jest tytułowy „e-pacjent", czyli możliwość rejestracji do poradni szpitalnych przez internet. Na Szpitalnym Portalu Informacyjnym będzie możliwość założenia konta, wyboru odpowiedniej poradni oraz terminu, który został udostępniony przez szpital i rejestracji do tej poradni drogą elektroniczną. Sukcesywnie będziemy udostępniać poszczególne poradnie. Na początek będą to dwie pilotażowe poradnie. Sprawdzimy jaki będzie ruch oraz ile osób się zarejestruje. Na stronie internetowej szpitala na pewno będzie komunikat, a w szpitalu zostanie przeprowadzona akcja informacyjna. Kolejnym modułem, według mnie najważniejszym, jest moduł Laboratorium, który przyniósł największe korzyści szpitalowi.
Następnie moduły Zakażenia szpitalne, Archiwum, Blok operacyjny, Teleradiologia oraz moduł Business Intelligence. Ten ostatni to oprogramowanie

dla zarządu, księgowości i działu kontrolingu. Jest to tak zwana hurtownia danych, do której raz lub dwa razy w miesiącu będą spływały wszystkie dane kosztowe z systemu finansowo-księgowego i systemu medycznego (statystyk medycznych). Na podstawie tych danych, dzięki różnym ich konfiguracjom, będzie można tworzyć własne wykazy, wykresy oraz prezentacje.

– Ale „e-Pacjent" to nie tylko zakup i wdrożenie oprogramowania, to również zakup sprzętu.

– Dzięki realizacji projektu mamy bardzo dobre i nowoczesne serwery oraz macierze dyskowe. Zakupiliśmy sprzęt komputerowy i drukarki. Kupiliśmy również tzw. ścianę ognia czyli firewall. Jest to urządzenie, które pozwala nam ograniczać i pilnować dostępu osób nieupoważnionych do naszej sieci. Z technicznego punktu widzenia jesteśmy bardzo mocno zinformatyzowani.

– Czy w Szpitalu realizowane są inne inwestycje współfinansowane przez UE?

– Niedługo już będziemy beneficjentem programu realizowanego przez Uniwersytet Warmińsko-Mazurski pn. „Rozwój infrastruktury e- Kortowo i telemedycyny" dotyczącego rozwoju m.in. szerokopasmowej sieci światłowodowej. Uniwersytet połączył szpitale, w których są oddziały klinicznie światłowodową siecią, dzięki której będziemy mieli dostęp do baz Uniwersytetu i również przez tę sieć będzie udostępniony bardzo szybki internet. Sieć światłowodowa została już do szpitala podciągnięta. Czekamy teraz na tzw. urządzenia brzegowe. Kortowo jeszcze czeka na rozstrzygnięcie przetargu na dostawcę tych urządzeń Mam cichą nadzieję, że jeszcze w tym roku będziemy mieli szybszy internet.

Nowy serwer

– A co to za urządzenie stoi w holu na wysokim parterze?

– W ramach projektu „Rozbudowa infrastruktury szerokopasmowego dostępu do Internetu i sieci PIAP-ów w Województwie Warmińsko-Mazurskim" realizowanego przez Urząd Marszałkowski na wysokim parterze zainstalowano PIAP. Jest to stanowisko z darmowym dostępem do internetu. Każdy kto przebywa w Szpitalu i chce skorzystać z internetu ma taką możliwość. Również w obrębie koła o średnicy 20 metrów od PIAP-u można skorzystać z internetu poprzez wi-fi, czyli sieć bezprzewodową.

– Czy ma Pan plany na bardziej odległą przyszłość?

– W moich planach, chociaż może bardziej na razie w sferze marzeń, jest wdrożenie aplikacji elektronicznego obiegu dokumentów. Mnie osobiście denerwuje nadmiar papierów. Elektroniczny obieg dokumentów polega na tym, że tworzę dokument, elektronicznie przekazuję dalej do osób, których ta sprawa dotyczy i mam potwierdzenie odbioru. Ta aplikacja ma podobne działanie do poczty internetowej, a dokumenty nie muszą zalegać w kancelarii, czy na półkach. Niestety są to dosyć kosztowne systemy, a żeby założyć odpowiednią bazę trzeba zeskanować dokumenty np. zarządzenia czy umowy. I dalej każdy przychodzący dokument należy skanować, aby móc go elektronicznie przesyłać. Ważne jest, że nie trzeba kserować i rozdawać dokumentów.
Chciałbym również zrezygnować z małych drukarek w szpitalu. W oddziale np. w sekretariacie zainstalowana byłaby jedna, porządna drukarka sieciowa, która ma także funkcję ksera. Jest to drukarka szybka i wydajna. A poprzez sieć drukować mógłby każdy. Oczywiście koszt jednorazowego zakupu jest dużo większy, niż małej drukarki, ale biorąc pod uwagę koszty eksploatacji taki zakup w długim terminie opłacałby się. Zaoszczędzilibyśmy na pewno na serwisie. Duża drukarka, przystosowana do przemysłowej liczby wydruków oczywiście będzie wymagała dużo mniejszych nakładów naprawczych.

Stanowisko z dostępem do internetu – PIAP

Małe drukarki są najczęściej przystosowane do domu i do małych biur. Przy tej ilości wydruków, które robi się w szpitalu, niestety coraz częściej się psują. Już od jakiegoś czasu taka centralna drukarka działa na Kardiologii i zdaje jak najbardziej egzamin.

– Co Pan najbardziej lubi w swojej pracy?

– W szpitalu pracuję już 12 lat i lubię to, że jest to właśnie Szpital. Tutaj nie można się nudzić, każdego dnia dzieje się coś innego. W innych instytucjach nie ma takiej różnorodności. W szpitalu każdy oddział to inna specyfika. Ciekawe w tej pracy jest to, że spotyka się wiele różnych osób. Zaczynając od sekretarek medycznych, poprzez pielęgniarki, lekarzy, pracowników kadr, bhp, kontrolingu, działu technicznego i innych. Jest tak dużo specjalności, których w innej firmie trudno spotkać. Ponadto ludzie są sympatyczni. To też wpływa na to, że lubię przychodzić do pracy. Lubię wiele osób w szpitalu, lubię swoich współpracowników, osoby z firm zewnętrznych współpracujących ze Szpitalem. Ściśle współpracujemy z firmą Asseco, a obopólna sympatia sprawia, że współpraca jest efektywna.

– Dziękuję za rozmowę.

core

Prodziekan w Szpitalu

Fot. Janusz Pająk

Rozmawiamy z dr hab. n. med. Tomaszem Stomporem, prof. UWM, ordynatorem Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, który od 1 września 2012 r. pełni obowiązki Prodziekana ds. Nauki Wydziału Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

– Co należy do zadań Prodziekana ds. Nauki?

– Jednym z najważniejszych zadań jest koordynowanie działań Wydziału Nauk Medycznych w zakresie tworzenia dorobku naukowego, w tym stymulowanie różnego rodzaju aktywności, które mają zachęcać do pisania prac naukowych przez pracowników Wydziału. Każdy z pracowników nauki ma świadomość, że dzisiaj wszystko podlega tzw. ocenie parametrycznej. Zgodnie z zasadą „jak nie publikujesz to nie istniejesz", każdy ma świadomość tego, że musi prowadzić badania naukowe, a następnie publikować je w najlepiej „punktowanych" czasopismach medycznych o zasięgu międzynarodowym. Następne zadanie, już na poziomie administracyjnym, to monitorowanie i raportowanie tego dorobku. Bardzo istotne jest, żeby zbierać dane systematycznie i dokumentować wszystkie osiągnięcia w zakresie publikacji naukowych, zorganizowanych konferencji, uzyskanych stopni naukowych, oraz – jeżeli to ma miejsce – patentów czy wdrożeń. Publikacje są punktowane poprzez różnego rodzaju rankingi. Z jednej strony są to punkty Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a z drugiej – punkty określane jako impact factor (współczynnik oddziaływania). Te ostatnie są przyznawane za najwyżej cenione publikacje, opublikowane w czasopismach z prestiżowej listy filadelfijskiej. Kolejna kwestia to pozyskiwanie środków na badania naukowe, czyli współuczestniczenie w redagowaniu grantów statutowych, które mają na celu pozyskanie funduszy na bieżącą działalność naukową. W dzisiejszych realiach finansowanie uczelni jest proporcjonalne do miejsca, jakie zajmują one w rankingach, a z kolei ten ranking jest tworzony przez jakość dydaktyki i pracy naukowej, która jest prowadzona na uczelni. Na początku roku 2013 uczelnie wyższe czeka procedura „parametryzacji", czyli precyzyjnego i wielowątkowego podsumowania działalności naukowej za lata 2009-2012; na tej podstawie zostanie ustalony nowy ranking uczelni w Polsce i aktualna pozycja Uniwersytetu i Wydziału, a w konsekwencji – finansowanie działalności badawczej.

– Czy pełnienie funkcji Prodziekana jest dla Pana wyzwaniem?

– Ogromnym. Dlatego, że już dotychczas funkcjonowałem w wymiarze odpowiadającym dwóm etatom. Są to obowiązki akademickie profesora nadzwyczajnego, które polegają na koordynowaniu i prowadzeniu dydaktyki na poziomie Kliniki, ale także poza nią, działalności naukowej oraz codzienna praca z Pacjentami w strukturach Szpitala (w tym prowadzenie dynamicznie rozrastającej się Poradni Transplantacyjnej). Wydawało się, że brakuje mi jeszcze „trzeciego etatu", więc już go mam. Zatem jest to duże wyzwanie, zarówno jeśli chodzi o czas, jaki trzeba poświęcać tej pracy, jak i o nowe umiejętności. Lekarze w toku rozwoju zawodowego nie są kształceni w umiejętnościach menedżerskich, ekonomiczno-finansowych czy prawnych, dotyczących sposobów organizacji i finansowania badań naukowych, więc będę musiał przejść szybki kurs.

– Co dla Szpitala oznacza, że Prodziekan ds. Nauki jest ordynatorem jednego z jego oddziałów?

– W związku z ogólną przychylnością władz wydziału i uczelni moja rola nie jest tutaj aż tak kluczowa, niemniej na różnych etapach będę mógł wspomóc poszczególne działania. Prodziekan ds. Nauki uczestniczy także w prowadzeniu przewodów doktorskich, w przyszłości – także habilitacyjnych. To jest moja rola, żeby wspierać wszystkie te osoby, które mają ambicje naukowe, a które do tej pory wyjeżdżały do Białegostoku czy Gdańska po to, żeby tam zdobywać stopnie naukowe. Myślę, że mogę bardzo aktywnie wspierać tego typu aspiracje. Wiem, że takie plany ma wielu młodych kolegów z naszego szpitala. I może właśnie moją obecność w tej roli warto byłoby pod tym kątem wykorzystać. Nową formą rozwoju naukowego, którą będziemy chcieli prowadzić będą studia doktoranckie na Wydziale; mam nadzieję, że korzystać z nich będą niektórzy z naszych Absolwentów – pojawią się oni przecież już za niecałe dwa lata. Mam nadzieję, że moja wiedza z zakresu „grantologii" również mogłaby przydać się osobom ubiegającym się o zewnętrzne środki na badania naukowe.

– Jak połączy Pan obowiązki ordynatora i prodziekana?

– Doświadczenie wielu Kolegów pełniących tę funkcję w naszym Uniwersytecie, jak i moich Przyjaciół z innych Uczelni wskazuje, że jest to możliwe do zrobienia. Jeszcze nie wiem do końca jak, ale mam nadzieję, że się to po prostu uda. Myślę, że trzeba włożyć sporo wysiłku organizacyjnego i jeszcze lepiej wykorzystać czas. W trakcie wykładu inauguracyjnego na Wydziale Ekonomii UWM padły słowa, że jednym z najbardziej twórczych sposobów pracy jest działanie pod presją, więc może właśnie tutaj jest klucz do sukcesu (byle presja nie przekraczała granic rozsądku...). Z całą pewnością jest to wyzwanie i liczę na to, że wszyscy Państwo – moi życzliwi przyjaciele w szpitalu – będą mnie wspierać. Wielkie wsparcie i pomoc znajduję wśród najbliższych Współpracowników z Oddziału i Kliniki Nefrologii, którzy sprawiają, że ta działalność jest w ogóle możliwa.

– Gratuluję wyboru na funkcję Prodziekana ds. Nauki, życzę wielu sukcesów w pracy i dziękuję za rozmowę.

core

Przeszczepiliśmy nerkę podkowiastą

W ostatnich latach nastąpił w Polsce intensywny rozwój transplantologii. Przeszczepienie serca, nerek i wątroby stało się już uznanym schematem leczenia schyłkowej niewydolności tych narządów nie tylko wśród lekarzy, ale i wśród reszty społeczeństwa. Postęp medycyny spowodował, że bardzo ciężko chorzy dostają szansę na nowe życie będąc zgłoszonym do przeszczepienia.

Pomimo wzrostu liczby przeszczepianych narządów w Polsce w ostatnim dziesięcioleciu, liczba osób oczekujących na przeszczepienie nadal znacznie ją przewyższa. Ze statystyk Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplat" wynika, że na dzień 31 sierpnia 2012r. na Krajowej Liście Oczekujących na Przeszczepienie znajduje się 2265 osób, z czego aż 1562 osób oczekuje na przeszczepienie nerki. Uznaje się, że brak organów jest jedną z przyczyn ograniczających ilość zabiegów, które mogą uratować życie i przywrócić zdrowie ciężko chorym ludziom.

Niektóre odmiany anatomiczne nerek (na przykład nerka podkowiasta, nerka położona w miednicy, agenezja nerki, mnogie tętnice, mnogie żyły nerkowe) bądź patologie (na przykład pojedyncze torbiele w nerkach, pojedyncze złogi w nerkach) wymagają indywidualnej, wnikliwej oceny zespołu transplantacyjnego, jednakże nie wykluczają możliwości pobrania i skutecznego przeszczepienia.

Nerka podkowiasta (ang. horseshoekidney) jest jedną z częściej występujących wad rozwojowych nerek. Częstotliwość występowania szacuje się na 1:400-1:800. Polega ona na połączeniu się dolnych biegunów nerek poprzez cieśń zbudowaną z miąższu nerkowego bądź z tkanki łącznej. Można ją przeszczepić en block albo po wcześniejszym jej rozdzieleniu. Transplantacja nerki en block czy rozdzielonej zależy od kilku czynników takich jak wiek dawcy, morfologia cieśni nerek czy anatomia naczyń nerki. Nerka podkowiasta jest zwykle położona niżej. Zazwyczaj wada ta nie powoduje żadnych dolegliwości, w niektórych przypadkach wywiera ucisk na moczowody, utrudniając odpływ moczu. Opisał ją po raz pierwszy De Carpi w 1522 roku, a szczegółowo przedstawił Morgagni w 1820 roku.

Zaotrzewnowy Allogenny Przeszczep Nerki Podkowiastej, pobranej od zmarłego dawcy odbył się w naszym Szpitalu po raz pierwszy 4.06.2012r. Operacja przebiegła pomyślnie, a pacjent miesiąc po operacji wyszedł ze szpitala z „pracującą nerką", ciągle spadającym poziomem kreatyniny we krwi (w dn. wypisu poziom kreatyniny wynosił 1,1 mg%, gdzie w dniu przyjęcia poziom ten wynosił 8,3 mg%). Hemodializy przestały być konieczne, a pacjent wrócił do normalnego trybu życia.

mgr Joanna Kostrzewa

X Olsztyńskie Dni Nauki i Sztuki w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym

W Szpitalu 26 września odbył się Dzień Otwarty pn. „Pomagając innym pomagasz i sobie". Razem z Komendą Miejską Państwowej Straży Pożarnej w Olsztynie oraz Komendą Miejską Policji w Olsztynie zaprosiliśmy młodzież licealną i pracowników szpitala do obejrzenia pozorowanej akcji ratowniczej.

Pierwsza część spotkania rozpoczęła się o godzinie 12:00 na placu przed Szpitalnym Klinicznym Oddziałem Ratunkowym. Obserwatorami akcji byli uczniowie z II, IV oraz VI Liceum Ogólnokształcącego w Olsztynie, a także młodzież ze Szkoły Policealnej im. Zbigniewa Religi w Olsztynie. Dyrektor Szpitala Irena Kierzkowska powitała zebranych gości.

Irena Kierzkowska dyrektor WSS w Olsztynie

Swoją obecnością zaszczycili nas Ryszard Wasiński Dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego oraz prof. Jerzy Jaroszewski Prorektor ds. Nauki i Współpracy z Gospodarką Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Dzięki uprzejmości firmy Pomoc Drogowa Angielczyk na plac przywieziono auto po wypadku. Wolontariusze z PCK w Olsztynie odegrali rolę poszkodowanych. Akcja ratownicza została poprowadzona przez Policję, Pogotowie Ratunkowe i Straż Pożarną. Służby ratownicze zademonstrowały tempo oraz sposób udzielania natychmiastowej pomocy poszkodowanym.

Uczestnicy Olsztyńskich Dni Nauki i Sztuki

Na placu

W rozbitym samochodzie znajdowały się dwie osoby, obok leżał trzeci poszkodowany, którym był pieszy. Przygodny świadek zdarzenia zadzwonił pod numer 112 i zawiadomił o wypadku: podał nazwisko, miejsce zdarzenia, rodzaj wypadku, prawdopodobną liczbę osób poszkodowanych oraz informację, że świadkowie zdarzenia podjęli resuscytację osoby leżącej na jezdni. Następny świadek wypadku poprosił osoby z tłumu o zabezpieczenie przed nadjeżdżającymi samochodami podczas, gdy jeszcze jeden uczestnik zdarzenia ocenił stan przytomności poszkodowanego, drożność dróg oddechowych, oddechy i rozpoczął uciskanie klatki piersiowej. Po ok. 0,5-1 min. od zawiadomienia usłyszano sygnały alarmowe. Na miejscu jednocześnie pojawiła się Straż Pożarna i Policja. Policja zabezpieczyła miejsce zdarzenia, Straż rozpoczęła wydobycie poszkodowanych ze zniszczonego samochodu. Nadjechał również Ambulans Medyczny. Zespół Ambulansu ocenił stan poszkodowanego pieszego (0,5-1 min. resuscytacja, maska tlenowa, wkłucia, płyny iv, monitoring). Po 1 min. zadecydowano o natychmiastowym przewiezieniu poszkodowanego do Szpitala.

Młodzież licealna ...

chętnie uczestniczyła w zajęciach

Podczas wydobywania poszkodowanych z samochodu okazało się, że kierowca nie daje oznak życia, dlatego pasażer był wydobywany jako pierwszy. Nadjechała karetka i ratownicy ocenili stan poszkodowanego pasażera samochodu, zabezpieczyli poszkodowanego i zabrali do Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego. Kierowca został uznany za zmarłego.

Akcja zakończyła się odtransportowaniem rannych do SOR. Wszystkie działania były omawiane przez st. kpt. Sławomira Filipowicza. Młodzież dzięki tej akcji poznała zasady współpracy poszczególnych ekip ratowniczych.

Druga część spotkania odbyła się w szpitalnej sali konferencyjnej. Wykłady rozpoczął Krzysztof Kisiel – Kierownik Wojewódzkiego Centrum Powiadamiania Ratunkowego omawiając

Uczestnicy quizu ...

i wykładów

Lek. med. Małgorzata Ciszewska ze Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego

znaczenie numeru 112. Następnym prelegentem była dr Małgorzata Ciszewska, która przedstawiła zasady udzielania pierwszej pomocy. Poprowadziła również quiz, który sprawdził wiedzę obecnych na omawiany temat. Pięć dwuosobowych drużyn miało zadanie zademonstrować udzielenie pomocy w sytuacjach zagrożenia życia. Losowano następujące sytuacje:

1. Na zajęciach 25-letni mężczyzna zgłasza, że źle się czuje, kołacze mu serce, jest mu słabo. Mężczyzna jest blady, spocony, trzęsą mu się ręce. Wiesz, że choruje na cukrzycę.
2. Na ulicy widzisz ok. 75-letnią kobietę, która stoi niepewnie, przytrzymuje się ściany. Kobieta prosi Cię o pomoc, mówi, że czuje się słabo, kręci jej się w głowie.
3. Jesteście z kolegami na obiedzie. Nagle, wśród śmiechów i gwaru, jeden z kolegów zaczyna kaszleć gwałtownie, wciąga głęboko powietrze, pokazuje na jedzenie, chyba się zakrztusił.
4. Kolega, o którym wiesz, że choruje na padaczkę, skarży się na ból głowy. Nagle traci przytomność, przewraca się i zaczyna drgawkować.
5. Podczas imprezy urodzinowej kolegi, w trakcie przygotowywania frytek, jedna z koleżanek poparzyła prawe ramie i przedramię gorącym olejem. Krzyczy głośno.

Wystawa w holu szpitalnym cieszy się dużym zainteresowaniem

Aktorami wcielającymi się w rolę osób potrzebujących pomocy byli wolontariusze z PCK. Po wręczeniu nagród uczestnikom quizu odbył się pokaz udzielania pierwszej pomocy z użyciem fantomu przeprowadzony również przez wolontariuszy z PCK. Na zakończenie zaproszono wszystkich obecnych do obejrzenia wystawy fotograficznej znajdującej się w holu korytarza na wysokim parterze. Wystawa, którą i można obejrzeć na ostatniej stronie Pulsu Szpitala, została przygotowana przez Barbarę Szymczuk z Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji.

core

Pokaz udzielania pierwszej pomocy

Pierwsza pomoc – zasłabnięcie

Pierwsza pomoc udzielona choremu na cukrzycę

Pierwsza pomoc przy zakrztuszeniu

Pierwsza pomoc – poparzenie

Serdeczne podziękowania kierujemy do:

- lek. med. Małgorzaty Ciszewskiej ze Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego
- asp. Małgorzaty Demianiuk z Komendy Miejskiej Policji w Olsztynie,
- st. bryg. mgr inż. Marka Eljasiaka Zastępcy Komendanta Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej,
- st. kpt. Sławomira Filipowicza Rzecznika Prasowego Komendanta Miejskiego Państwowej Straży Pożarnej,
- st. sierż. Krzysztofa Wasyńczuka Oficera Prasowego Komendy Miejskiej Policji w Olsztynie,
- Krzysztofa Kisiela – Kierownika Wojewódzkiego Centrum Powiadamiania Ratunkowego,
- Mieczysława Angielczyka z firmy Pomoc Drogowa Angielczyk,
- dyrektorów i uczniów szkół: Liceum nr II, IV, VI oraz Szkoły Policealnej im. Zbigniewa Religi w Olsztynie,
- wolontariuszy PCK,
- oraz strażaków, policjantów i ratowników medycznych, którzy codziennie narażają swoje zdrowie i życie pomagając potrzebującym.

POMAGAJĄC IN
POMAGASZ I SO
26.09.2012 R. GODZ.
X OLSZTYŃSKIE DNI NAU
w Wojewódzkim Szpitalu
Specjalistycznym w Olsztynie

INYM
OBIE
12:00
KI I SZTUKI

Precyzyjny zespół

O Dziale Aparatury Medycznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym rozmawiam z kierownikiem Działu mgr inż. Grzegorzem Olszewskim

– Kiedy zaczął Pan pracę w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie?

– Pracę w szpitalu rozpocząłem 1 września 2011 r. Po rozmowach wstępnych z dyrektorem Barabaszem, moja kandydatura została rozpatrzona pozytywnie i nie ukrywam, że z tego powodu bardzo się ucieszyłem. Z wykształcenia jestem elektronikiem medycznym. Skończyłem Politechnikę Gdańską na Katedrze Elektroniki Medycznej i Biomedycznej, tam zdobyłem tytuł magistra inżyniera elektroniki medycznej. Wcześniejsza moja praca w latach 2002-2004 związana była ze szpitalem powiatowym w Biskupcu. Zajmowałem się tam aparaturą medyczną i informatyzacją szpitala, czyli podobnym zakresem jak tutaj. Moje doświadczenie zawodowe nie jest związane tylko z aparaturą medyczną, ale również z ogólnie pojętą elektroniką. Pracowałem na statku przy batymetrii morskiej, czyli obsłudze pól naftowych, które są u nas na Bałtyku. Była to praca również związana z elektroniką. Tam poznałem pracę w zespole. Byłem odpowiedzialny za pracę na aparaturze pomiarowej, jaką są echosondy wielowiązkowe, czyli nic innego jak USG, tylko o innych gabarytach i do innych zastosowań. Była to ciekawa praca, ale ciągnęło mnie do tego czego nauczyłem się na studiach, a poza tym o pracy w szpitalu zaważyły w jakiś sposób tradycje rodzinne. Moja mama była pielęgniarką.

Początkiem moich działań w WSS były prace w kierunku informatyzacji i wdrożenia systemu informatycznego „gxAparatura" do nadzoru aparatury medycznej, który dzięki mojej inicjatywie, dyrekcja zgodziła się zakupić. Dzięki temu systemowi możemy nadzorować aparaturę medyczną przy pomocy oprogramowania. Program sam informuje nas, kiedy aparatura ma być poddana przeglądowi, dzięki niemu także widzimy historię przeglądów i nie musimy takiej informacji szukać w konkretnej teczce urządzenia.

– Jak dużo aparatury obejmuje ten program?

– Dokładnie możemy to zaraz sprawdzić (patrzy na monitor i już po kilku sekundach), 1806 pozycji. W sytuacji, gdy jest zakupywany nowy sprzęt, automatycznie wprowadzany jest do programu. Korzyść z tego jest taka, że np. pielęgniarki oddziałowe, które zarządzają stanem ewidencyjnym oddziału, mogą w tym programie od razu zgłosić potrzebę usunięcia awarii. W naszym dziale stale to śledzimy i reagujemy na każde wezwanie. Do tej pory takie zgłoszenie trafiało najpierw do kancelarii szpitalnej, skąd osoba z naszego zespołu je odbierała. Teraz wszystko dzieje się automatycznie. W istotny sposób skraca to czas od zgłoszenia do koniecznej interwencji. Priorytetem jest, aby od zgłoszenia do oferty cenowej minęło maksymalnie dwa dni. I tak też staramy się, by w tym czasie zgłosić ofertę cenową do akceptacji.

Przy naprawie aparatury medycznej

– Jaką (procentowo) liczbę aparatury Państwo sami serwisujecie, a jaką serwisy zewnętrzne?

– Dokładnie trudno powiedzieć, myślę że ok. 400 pozycji serwisujemy we własnym zakresie. Dzięki naszym staraniom i Działu Zamówień Publicznych podpisywane są umowy serwisowe z firmami, które mają autoryzację producenta na serwisowanie danej aparatury.

– Tak duża liczba sprzętu wymaga pracy wielu osób. Ile osób zatrudnionych jest w Dziale?

– Zatrudnionych jest 5 osób: dwóch techników, dwóch inspektorów i ja. Technicy są odpowiedzialni za naprawę tej aparatury, która jest pod opieką Działu Aparatury Medycznej. Inspektorzy natomiast są odpowiedzialni za utrzymanie w ruchu aparatury serwisowanej przez firmy zewnętrzne. Są oni odpowiedzialni za kontakt, za terminowość zlecanych przeglądów, za terminowość zleconych napraw i za to, by jak najszybciej uzyskać ofertę na naprawę, aby wyłączenie danego sprzętu było jak najkrótsze.

– Czy program komputerowy ma nieograniczoną pojemność, jeżeli chodzi o liczbę objętego nadzorem sprzętu?

– Tak, jego pojemność jest nieograniczona. Np. do nowo wybudowanego bloku operacyjnego zakupionych zostanie ok. 455 pozycji nowego sprzętu, który wejdzie w system „gxAparatura".

– Widzę, że w pomieszczeniach Działu znajduje się bardzo dużo dokumentów, czego one dotyczą?

– Jest to dokumentacja serwisowa, która zawiera cały życiorys danego urządzenia, od założenia paszportu, protokołu

instalacji, protokołu pierwszego szkolenia po zlecone przeglądy. Ze względu na dużą liczbę sprzętu, dokumentacji tej wciąż przybywa, a mamy obowiązek przechowywać ją 5 lat po wycofaniu danego urządzenia z eksploatacji. Dokumentacja, póki sprzęt funkcjonuje, nie może być przekazana do archiwum, lecz musi być stale do dyspozycji. Nasza praca polega głównie na tym, by przestrzegać ustawy o wyrobach medycznych i wykonywać przeglądy i naprawy zgodnie z tą ustawą.

– Czy to jest ciekawa praca?

– Dla mnie tak. Bo pracujemy z dużą liczbą ludzi, a nasze obowiązki są wymierne i służą konkretnemu celowi.

– Czy widzi Pan dalsze perspektywy rozwoju dla tej specjalizacji oraz komórki w której Pan pracuje?

– Myślę, że tak. Na pewno stale wzrasta liczba nowoczesnej aparatury do dokonywania przeglądów. Wymogiem jest, by każdy przegląd kończył się testem bezpieczeństwa i aby pracować zgodnie z ustawą. Takie urządzenia szpital musi posiadać i egzekwować od firm zewnętrznych by takim testem kończyły się ich przeglądy.

– Jeżeli nie ma żadnej awarii, jak często dokonuje się przeglądów?

– Średnio raz do roku, oczywiście w zależności o rodzaju aparatury. Aparatura do RTG wymaga niekiedy dwóch przeglądów w ciągu roku, aparatura stosowana na kardiochirurgii np. płucoserce wymaga przeglądu raz na kwartał. Najczęściej wypada więc kilka przeglądów dziennie w ciągu całego roku.

– Czy przepisy Polskie i Unijne różnią się pod względem wymogów?

– Przepisy polskie dążą do tego, by spełniać przepisy unijne.

– Jak się Panu układa współpraca z zespołem?

– Miałem to szczęście i przyjemność, że dołączyłem do już zgranego zespołu. Są to profesjonaliści. Pan Ryszard Wlaźlak jest technikiem, ma uprawnienia i kwalifikacje by wykonywać prace związane z mechaniką precyzyjną i optyką. Przeszedł liczne kursy doskonalące i jest wysoko wykwalifikowanym pracownikiem. Pani Barbara Pacewicz jest z wykształcenia technikiem elektroniki medycznej i również poparte jest to wieloma szkoleniami, w których uczestniczyła, czy to z aparatury diatermii chirurgicznej, czy aparatury do terapii nerkozastępczej, czy aparatury EKG. Pan Waldemar Kowalczyk, nasz inspektor, ma wieloletnie doświadczenie w pracy z aparaturą rentgenowską i jest to poparte również szkoleniami firm, w których pracował. Tomasz Bartczak jest z wykształcenia informatykiem i jego praca związana jest głównie z system komputerowym, o którym wcześniej mówiłem. Pracuje najkrócej, ale jest pracownikiem bardzo chłonnym na przyswajanie nowej wiedzy i podejmowanie nowych wyzwań.

Od lewej: Tomasz Bartczak, Barbara Pacewicz, Waldemar Kowalczyk, Ryszard Wlaźlak, Grzegorz Olszewski

– Znajdujecie się Państwo w dwóch różnych budynkach szpitala, jak to rozwiązaliście logistycznie?

– Tutaj w budynku administracyjnym, obok przychodni stomatologicznej, trzymamy wszystkie dokumenty, mamy dostęp do magazynków, gdzie możemy przetrzymać aparaturę przekazywaną do serwisu. Na VII piętrze budynku głównego natomiast, gdzie pracuje Pani Basia i Pan Rysiek, odbywają się szybkie interwencje naprawcze zarówno w oddziałach, jak i na miejscu. Tam jest główny warsztat pracy i niezbędne do tego narzędzia. Naszą dbałością jest to, by przeglądy były wykonywane tutaj na miejscu po to, by wyłączenie danej aparatury związane było tylko i wyłącznie z pracą przeglądową, a nie również z transportem. Tak też sporządzane są umowy serwisowe.

– Jakie ma pan inne zainteresowania nie związane z pracą?

– Każdy z nas ma ciekawe zainteresowania. Moim konikiem jest stara motoryzacja. Jest to drogie hobby, więc na razie zbieram tylko literaturę. Interesuję się konkretnymi modelami samochodów, jest to Warszawa 203 Combi, Syrena 104 i 105 ewentualnie Fiat 508 (produkcja przedwojenna i z okresu PRL realizowana w Polsce). Wiem, że motoryzacją interesuje się również pan Ryszard, który w młodości brał udział w zawodach motocyklowych. Poza tym cały czas jest aktywnym krótkofalowcem. Pani Basia, jedyna kobieta w zespole, mobilizuje nas, żeby trzymać się w ryzach i dzięki niej w dziale panuje dobry nastrój. Jest to osoba bardzo rodzinna, zawsze wspominająca swoje wnuki, z którymi spędza dużo czasu i jest z nich dumna. Pan Waldek również ma piękne hobby. Jest to wioślarstwo i w sezonie letnim pochłania go ono w całości. Bierze on nawet udział w zawodach zarówno w Polsce, jak i w Niemczech. Pan Tomek także interesuje się motoryzacją. Nasze zainteresowania poszerzają nasze horyzonty i pozwalają spojrzeć na wiele rzeczy, także zawodowych, z różnej perspektywy.

– Dziękuję bardzo za rozmowę.

Barbara Szymczuk

Nowe wyzwania,...ale czy nowe możliwości?

Zainteresowanie wykładami było ogromne

„Nowe wyzwania, nowe możliwości" to hasło przewodnie I Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo – nauka i praktyka", która odbyła się w dniach 4-5 października 2012 roku w Olsztynie.

Konferencję objęła Patronatem Honorowym **Małżonka Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pani Anna Komorowska**, która tym razem nie mogła zaszczycić organizatorów i uczestników swoją obecnością, ale złożyła deklarację uczestnictwa w planowanej przyszłorocznej konferencji. W imieniu Pani Prezydentowej adres odczytała Pani poseł Beata Bublewicz.

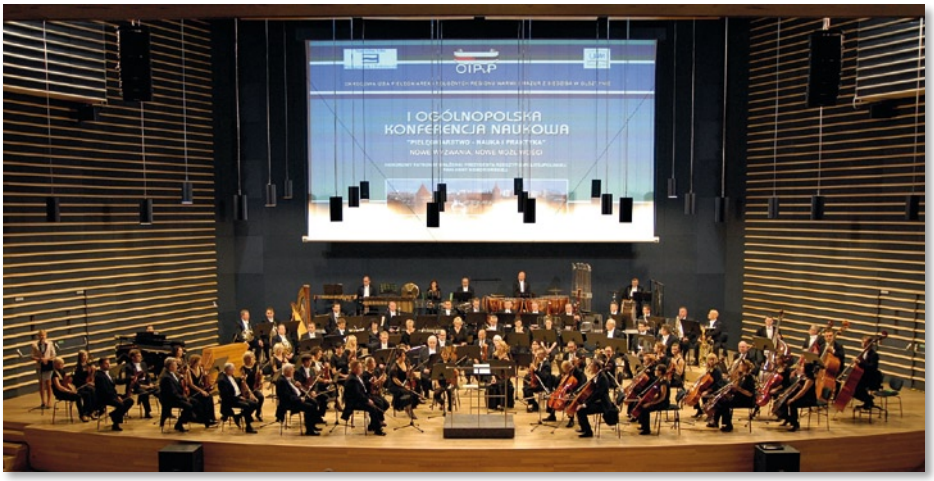
dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokocka Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego

Organizatorem konferencji była Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie, a partnerami byli Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych w Warszawie oraz Wydział Nauk Medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Nie zawiedli partnerzy medialni, TVP Olsztyn oraz Magazyn Pielęgniarki i Położnej, a także firmy prezentujące swoje produkty stosowane w codziennej pracy pielęgniarek i położnych.

W konferencji wzięło udział około 250 uczestników i zaproszonych gości z całej Polski oraz pielęgniarki z korporacji zawodowej z Obwodu Kaliningradzkiego, a wszystko po to, aby podzielić się swoją wiedzą, doświadczeniem i podyskutować o przyszłości pielęgniarstwa.

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk Prezes Naczelnaj Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

Uroczyste otwarcie konferencji odbyło się w Warmińsko-Mazurskiej Filharmonii. Rozpoczęło się uroczystym koncertem, który zachwycił nie jednego wymagającego melomana. Część naukową rozpoczęto sesją plenarną, w której między innymi wystąpiła dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz dr hab. n. med. prof. nadzw. Anna Abramczyk, od niedawna kierownik Katedry Pielęgniarstwa na Wydziale Nauk Medycznych UWM w Olsztynie.



Koncert Orkiestry Symfonicznej zainaugurował konferencję

Drugi dzień konferencji rozpoczęła Pani Maria Danielewicz, Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie witając wszystkich uczestników oraz szeroką grupę specjalistów z różnych dziedzin pielęgniarstwa i położnictwa życząc twórczych i owocnych obrad.

Maria Danielewicz Przewodnicząca ORPiP

Sesja plakatowa

W sześciu sesjach, w tym sesji plakatowej poruszano bardzo ważne tematy, zwłaszcza związane z opieką okołooperacyjną, problemami jakości, opieką nad matką i dzieckiem czy zarządzaniem w opiece zdrowotnej, które cieszyły się ogromnym zainteresowaniem, a jednocześnie wzbudzały wiele emocji. Warsztaty szkoleniowe znalazły swoje miejsce i rzesze zainteresowanych uczestników konferencji, szczególnie te dotyczące bezpiecznego przenoszenia pacjentów z ograniczoną zdolnością ruchową.

Pielęgniarki z Kaliningradu z wielki zainteresowaniem wsłuchiwały się w tematykę prezentowanych prac oraz czynnie uczestniczyły w warsztatach. Koleżanki z Kaliningradu, które w towarzystwie Pani Hanny Taraszkiewicz

Goście z Obwodu Kaliningradzkiego

Przewodniczący Sesji Plakatowej dr n. med. Jacek Perliński i dr n. med. Aleksandra Gutysz-Wojnicka oraz Maria Danielewicz

odwiedziły nasz szpital zapoznały się z organizacją i funkcjonowaniem SOR-u, z ogromnym zainteresowaniem oglądały specjalistyczny sprzęt, zapoznały się z obowiązującą dokumentację pielęgniarską, analizowały procedury higieniczne, wiele uwagi poświęciły zapobieganiu zakażeniom szpitalnym.

Podkreślenia wymaga również czynny udział w konferencji pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Pani Hanna Taraszkiewicz, zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa przedstawiła problemy monitorowania bezpieczeństwa opieki w okresie okołooperacyjnym. Autorka tego artykułu w swoich wystąpieniach dotknęła tematu szeroko pojętej jakości, między innymi mówiła o problemach w opiece nad pacjentem hospitalizowanym oraz satysfakcji pacjentów hospitalizowanych z opieki realizowanej przez pielęgniarkę. Profesor Tomasz Stompór, obecnie prodziekan ds. nauki oraz dr n. med. Tomasz Waśniewski wraz z innymi członkami Komitetu Naukowego recenzowali zgłoszone prace do prezentacji i publikacji oraz przewodniczyli sesjom dotyczącym współczesnych wyzwań pielęgniarstwa i położnictwa.

Należy podkreślić, że współczesne pielęgniarstwo tak w Polsce jak i na całym świecie przeżywa okres dynamicznego

Jednej sesji naukowej przewodniczył prof. Tomasz Stompór

rozwoju. W dążeniu do zapewnienia możliwie najlepszej opieki nad zdrowiem wzbogaca się wiedza pielęgniarek i położnych, ulega zmianie praktyka zawodowa i rola pielęgniarki i położnej. Również wiedza z dziedziny organizacji i zarządzania znalazła swoje należne miejsce i nieodłącznie towarzyszy pracy pielęgniarek. Dlatego też zaangażowanie autorki w prace na rzecz rozwoju pielęgniarstwa poprzez przewodniczenie komitetowi organizacyjnemu konferencji, prace w komitecie naukowym czy udział w wydaniu publikacji jest dowodem na to jak wiele można osiągnąć pracując w interdyscyplinarnym zespole fachowców.

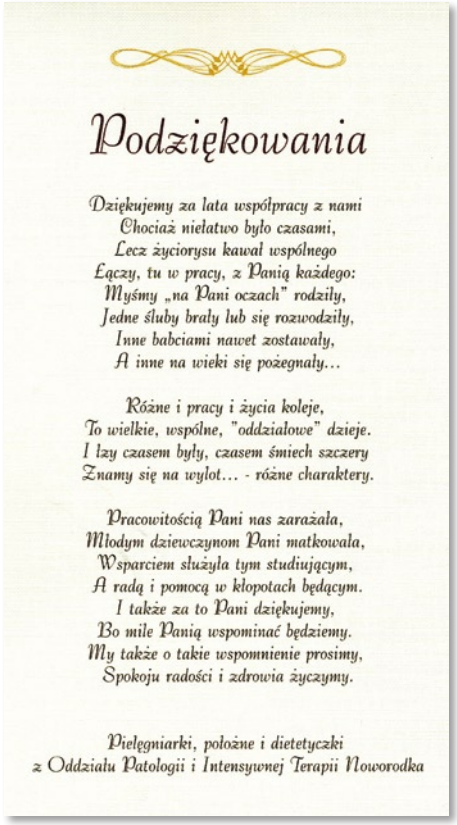
dr n. ekon.
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

Małgośka mówią mi...

Wiele osób pracujących w szpitalu to osobowości nietuzinkowe, pełne optymizmu i dobrej energii. Właśnie do tych osób należy Małgorzata Zając, która przez wiele lat była Oddziałową Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Pani Małgosia przeszła już na emeryturę i Jej koleżanki z pracy specjalnie dla Niej napisały podziękowania za wspólne lata pracy. Zamieszczamy je poniżej.

My (zespół redakcyjny) również serdecznie dziękujemy pani Małgosi za

współpracę. Zawsze poświęcała nam uwagę i z uśmiechem pomagała realizować wspólne przedsięwzięcia. Ale najbardziej ujęła nas swoim wielkim sercem, którym dzieliła się z najmniejszymi obywatelami, przychodzącymi na świat w naszym szpitalu. W pracę angażowała się całą sobą i z poświęceniem wykonywała swoje obowiązki. Pani Małgosia to wspaniała pielęgniarka i cudowny człowiek. Dziękujemy, że pracowała Pani w naszym Szpitalu.



Podziękowania

Dziękujemy za lata współpracy z nami
Chociaż niełatwo było czasami,
Lecz życiorysu kawał wspólnego
Łączy, tu w pracy, z Panią każdego:
Myśmy „na Pani oczach" rodziły,
Jedne śluby brały lub się rozwodziły,
Inne babciami nawet zostawały,
A inne na wieki się pożegnały...

Różne i pracy i życia koleje,
To wielkie, wspólne, "oddziałowe" dzieje.
I łzy czasem były, czasem śmiech szczery
Znamy się na wylot... - różne charaktery.

Pracowitością Pani nas zarażała,
Młodym dziewczynom Pani matkowała,
Wsparciem służyła tym studiującym,
A radą i pomocą w kłopotach będącym.
I także za to Pani dziękujemy,
Bo mile Panią wspominać będziemy.
My także o takie wspomnienie prosimy,
Spokoju radości i zdrowia życzymy.

Pielęgniarki, położne i dietetyczki
z Oddziału Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka

Dzień Aptekarza

W związku z Ogólnopolskimi Dniami Aptekarza (przypadającymi na 26 września) rozmawiamy z Panią Wandą Długi, mgr farmacji, kierownikiem Apteki Szpitalnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

– Dzień aptekarza ściśle związany jest z liturgicznym wspomnieniem św. Kosmy i Damiana. To patroni farmaceutów i aptekarzy, prawda?

– Tak, stanowią oni uosobienie wyższych wartości oraz wierności wzniosłym zasadom i ideałom zawodowym. Obaj doskonalili się w sztuce lekarskiej i umiejętności sporządzania leków. W ikonografiach święci Kosma i Damian przedstawiani są jako ludzie młodzi, ubrani w wytworne szaty, z narzędziami medycznymi, pudełkami maści, łyżką aptekarską, moździerzem i laską Eskulapa. Patroni aptekarzy są męczennikami, ale my życzymy sobie byśmy nie stali się cierpiętnikami i ofiarami choćby przepisów prawa. Na szczęście, póki co, zmiany idą w dobrym kierunku.

– Jaką rolę pełni Apteka w szpitalu?

– Posiadanie apteki w szpitalu po prostu się opłaca, co udowadniają wszelkie analizy farmakoekonomiczne. Bo kto dopilnuje, aby pacjent nie otrzymał leków wstrzymanych, wycofanych, przeterminowanych, kto sporządzi leki, będzie prowadził ewidencję produktów leczniczych? Kto dopilnuje, żeby leki się nie marnowały, udzieli obiektywnej informacji o leku? Kto będzie monitorował działania niepożądane, weźmie odpowiedzialność materialną za zakupione leki? Kto wreszcie przygotuje SIWZ (Specyfikację istotnych warunków zamówienia)? Takich pytań jest wiele, ale odpowiedź tylko jedna: w szpitalu jest apteka a w niej farmaceuci wykonujący usługi farmaceutyczne. Jesteśmy nieliczną grupą zawodową w naszej jednostce, a zadań przed nami coraz więcej. Zmienia się rola farmaceuty, w której tradycyjne przygotowanie leków i ich dyspensowanie zastępowane jest stopniowo usługami o charakterze klinicznym. Od farmaceutów coraz częściej oczekuje się przyjęcia odpowiedzialności za działania związane z maksymalizacją efektów uzyskiwanych przez lekarzy.
W Aptece mamy do czynienia nie tylko z tradycyjną recepturą, czy recepturą jałową, ale również z recepturą specjalistyczną. Dzięki temu, że apteka przeszła kilkumiesięczną modernizację posiadamy dwie izby recepturowe i dwie pracownie zaawansowane technologicznie. W pracowniach:

- żywienia pozajelitowego,
- leków cytostatycznych (przygotowanych w dawkach indywidualnych),

leki przygotowuje się zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki Wytwarzania (GMP). Bezpieczny jest więc i lek i personel. Taki sposób sporządzania leków zapewnia też dostęp do pełnej dokumentacji wykonania leku (ile, kiedy i kto przygotował). Powoduje również, że wykorzystuje się precyzyjnie całą zawartość każdej fioli, ampułki. Zmienione zapisy prawne umożliwiają nam wykonywanie tych leków dla pacjentów innych szpitali. Póki co jesteśmy jedyną taką apteką w województwie warmińsko-mazurskim, która spełnia wszelkie wymagania prawne i może świadczyć swoje usługi na zewnątrz. Od trzech lat w skład pomieszczeń apteki wchodzi również magazyn wyrobów medycznych, obejmujący ponad 2000 pozycji. Właśnie zakończyliśmy proces przejmowania ostatnich sterylnych wyrobów medycznych.

– Jaką drogę trzeba przejść, aby otrzymać dyplom farmaceuty i czy są dodatkowe specjalizacje po ukończeniu studiów wyższych?

– Studia farmaceutyczne obejmują cały obszar wiedzy o leku i dają podstawy do wykonywania dość różniących się zawodów. Po wykonaniu i obronie pracy magisterskiej obowiązuje 6 miesięczny staż i dopiero po jego ukończeniu i uzyskaniu Prawa Wykonywania Zawodu można rozpocząć samodzielną pracę jako mgr farmacji. Na ogół praca farmaceuty kojarzona jest z apteką otwartą, z którą wszyscy się stykają w życiu codziennym. Apteka to tylko jedno z ogniw łańcucha dystrybucyjnego leków. Od apteki ogólnodostępnej bardzo różni się apteka szpitalna, hurtownia farmaceutyczna, czy hurtownia farmaceutyczna leków weterynaryjnych.
Absolwenci studiów farmaceutycznych pracują w zakładach produkcji leków, kosmetyków, laboratoriach analitycznych, czy badawczych. Taka różnorodność pracy wymaga specjalistycznego szkolenia podyplomowego. Stąd różnorodność specjalizacji: analityka farmaceutyczna, bromatologia, farmacja apteczna, farmacja kliniczna, farmacja przemysłowa, farmacja szpitalna, farmakologia, lek roślinny, mikrobiologia i biotechnologia farmaceutyczna, toksykologia, zdrowie publiczne, zdrowie środowiskowe.

Dodam przy tej okazji, że mgr farmacji pracująca w naszej aptece jest w trakcie specjalizacji z farmacji klinicznej. Idea farmacji klinicznej polega na usytuowaniu farmaceuty w roli partnera lekarza w decyzjach, dotyczących doboru leków oraz monitorowaniu spożycia leków. Jest ona z powodzeniem realizowana od wielu lat we wszystkich rozwiniętych krajach.

– Jaki zespół ludzi pracuje w naszej Aptece Szpitalnej?

– Stanowimy nieliczną grupę zawodową w szpitalu. Zespół apteki liczy ogółem 17 osób, w tym 13 osób personelu fachowego: 4 magistrów farmacji i 9 techników farmaceutycznych, spośród których 4 osoby posiadają wyższe wykształcenie – także z innych dziedzin nauki. Są wśród nich ekonomista, matematyk, inż. ochrony środowiska i inż. zootechnik oraz mgr administracji. Dwie osoby wykonują czynności księgowe, a dokumentów codziennie jest ogrom. Wspiera nas też dwóch pracowników zatrudnionych jako fasowacze, którzy każdego dnia zmagają się z rozpakowywaniem dostarczonych przesyłek leków, płynów infuzyjnych, opatrunków i wyrobów medycznych, a następnie przygotowują je do transportu na oddziały. Dzięki temu, że jest to zespół osób z bardzo dobrym przygotowaniem merytorycznym i utożsamiających się ze swoim miejscem pracy, jesteśmy w stanie podołać coraz to nowym wyzwaniom.

– Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk

Goście z Maastricht

W dniach 27-29 października 2012 roku w Olsztynie gościła delegacja Uniwersytetu w Maastricht (Holandia). Celem pobytu Gości z Holandii było zawarcie oficjalnego porozumienia o współpracy z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie.

Uroczyste podpisanie porozumienia, sygnowanego przez Jego Magnificencję Rektora UWM, prof. Ryszarda Góreckiego oraz prof. Alberta Scherpboera – Dziekana Wydziału Zdrowia Medycyny i Nauk Przyrodniczych Uniwersytetu w Maastricht, miało miejsce w dniu 28 października. Współpraca dotyczyć będzie w pierwszym rzędzie tego właśnie Wydziału oraz Wydziału Nauk Medycznych UWM w Olsztynie. Koordynatorem współpracy ze strony polskiej jest prof. Piotr Zaborowski natomiast z holenderskiej – prof. Cas van der Vleuten. Współpraca jest owocem wieloletniej współpracy Prof. Zaborowskiego z holenderskim uniwersytetem.

Porozumienie dotyczy m.in. wdrażania na WNM UWM nowoczesnych metod dydaktyki, realizacji wspólnych projektów badawczych, wymiany i kształcenia studentów, doktorantów, i pracowników naukowych, wspólnej organizacji seminariów, konferencji i warsztatów naukowych.

Jednym z istotnych elementów wizyty gości holenderskich było zapoznanie się z bazą dydaktyczno-naukową WNM. Dlatego nie mogło podczas ich pobytu zabraknąć wizyty w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, w którym realizowany jest program dydaktyczny na wszystkich kierunkach Wydziału. Goście z Maastricht zostali przyjęci przez Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych Szpitala, mgr Michała Danowskiego, a następnie – w towarzystwie niżej podpisanego – zwiedzali nasz Szpital. W trakcie wizyty mieli okazję zapoznać się z Oddziałami: SOR, OIOM, Diagnostyki Obrazowej, Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych, Laryngologii i Chirurgii. Spotkali się także z Ordynatorami naszego Szpitala, doktorem Piotrem Malinowskim i Rakeshem Jalali, którzy dokonali prezentacji kierowanych przez siebie jednostek. Duże zainteresowanie wzbudziła inwestycja, jaką jest nowy blok operacyjny. Wielkie wrażenie zrobił na nich także widok z okien wyższych pięter naszego Szpitala – ciągnące się „po horyzont" tuż za granicami Olsztyna lasy widoczne z okien od strony siedziby NFZ. W trakcie wizyty Goście z Maastricht byli zainteresowani systemowymi rozwiązaniami dotyczącymi opieki zdrowotnej w Polsce, zasadami jej finansowania, kierunkami rozwoju Szpitala i jego bazą dydaktyczną.

Delegacja z Maastricht w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii

W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

Krótki pobyt w Szpitalu zrobił na Holendrach duże wrażenie; wyrazili oni nadzieję na rozwój współpracy międzywydziałowej także z udziałem naszego Szpitala i zatrudnionych w nim lekarzy prowadzących pracę dydaktyczno-naukową.

Tomasz Stompór

Liryczny zakątek

Natchnieni przez fraszkopisarza lekarza patomorfologa Andrzeja Pukińskiego tworzymy w Pulsie Szpitala nowy cykl artykułów „Liryczny zakątek". Zapraszamy wszystkich do przesyłania swojej twórczości. Wszystkie prace umieścimy w Pulsie Szpitala. Dzisiaj przedstawiamy fraszki filozoficzno-reflefksyjne.

Bądź kajakarzem do końca swych dni,
co w górę rwącej rzeki się pnie,
bo gdy tylko na chwilę zabraknie Ci sił
na pewno cofniesz się.

Gdy niewłaściwy Hetman dowodzi oddziałem
to oddział traci duszę i jest jego ciałem.
A że ciało często jest niedoskonałe
to odwrócenie stanu rzeczy niemożliwym się staje.

Jechałem wczoraj samochodem drogą,
gdzie występek i brawura gorsze być nie mogą.
Prym zaś wiodą bryki oznaczone „W" literką,
jakby przepustką na bezkarność wielką.
Kierujący zaś twardziela przypomina,
a obok niego „długoblond" dziewczyna.

Gdy kura znosi złote jaja
o kurnik zadbać chciałoby się chcieć.
Lecz zawiść ludzka podpowiada,
że lepiej byłoby ją zjeść.

Andrzej Pukiński

Wypadek masowy

W Akademiku znajdującym się przy ulicy Żołnierskiej 2 października ok. godziny 10:30 wybuchł gaz. Spośród 25 osób poszkodowanych 13 przywieziono do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Zgodnie z „Planem Działania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie podczas wypadków masowych" po przywiezieniu rannych do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego rozpoczęto odpowiednie procedury. Każdy ranny został oznaczony odpowiednim kodem, który świadczy o jego stanie. Przedstawiamy podział pacjentów wg kodów:

CZERWONY – stan bezpośredniego zagrożenia życia (pacjent wymagający natychmiastowej pomocy) – zaburzenia oddychania, krążenia, zaburzenia drożności dróg oddechowych, masywne krwawienia, otwarte rany klatki piersiowej i jamy brzusznej, urazy głowy z pogarszającym się stanem neurologicznym, urazy i tamponada serca, zagrażający i rozwinięty wstrząs, ciężkie oparzenia;

ŻÓŁTY – pacjenci wymagający pomocy, ale bez perspektyw pogorszenia stanu w chwili obecnej – otwarte złamania, amputacje, niedokrwienie kończyn, lżejsze rany klatki piersiowej i brzucha, urazy kręgosłupa, urazy głowy bez zaburzeń świadomości, oparzenia drugiego i trzeciego stopnia;

ZIELONY – (chory stabilny z pogorszeniem zdrowia, wymagający udzielenia pomocy w dalszej kolejności) – stabilny, ranni chodzący, powierzchowne rany, pojedyncze złamania, zaburzenia psychiczne wymagające leczenia ambulatoryjnego;

CZARNY – osoby zmarłe.

Do Szpitala trafili poszkodowani, których oznaczono odpowiednimi kodami:

Kod czerwony – 3 osoby

Osoba 1

Ok. 24-letni mężczyzna, po upadku z 1-szego piętra:

Na miejscu zdarzenia pacjent nieprzytomny, oddech charczący, uraz głowy (rana tłuczona okolicy potyliczno-ciemieniowej, mocno krwawiąca), źrenice równe, okrągłe, symetryczne, krwisty wyciek z ucha prawego, HR 130/min, BP 95/40; niestabilna miednica, urazy kończyn dolnych: zniekształcone w obrysie udo prawe, otwarte złamanie podudzia lewego).

Osoba 2

22-letnia kobieta która doznała urazu brzucha podczas ucieczki. Na miejscu zdarzenia: zachowany kontakt słowny i logiczny, tachypnoe 24/min, HR 130/min, BP 100/50, Sat 93%, brzuch bolesny przy palpacji, na brzuchu liczne otarcia.

Osoba 3

Ok. 20-letnia kobieta z oparzeniem twarzy, przedniej ściany klatki piersiowej i całej kończyny górnej prawej; pobudzona, krzycząca; BP 100/65, HR 150/min, tachypnoe 26/min, narastająca duszność; na miejscu zaintubowana, sedowana

Kod żółty – 5 osób

Osoba 1

Mężczyzna 25 lat, wydolny oddechowo i krążeniowo, uraz głowy w okolicy czołowej lewej (z relacji kolegi, który mu pomagał, uderzył się we framugę drzwi, stracił na chwilę przytomność); mężczyzna nie pamięta okoliczności zdarzenia; HR 120/min, BP 170/95, Sat 92% badaniu fizykalnym krwawiąca rana tłuczona ok. czołowej lewej, skarży się na ból stawu skokowego prawego.

Osoba 2

30-letnia kobieta w siódmym miesiącu ciąży (w wywiadzie nadciśnienie leczone Dopegytem) skarżąca się na bóle całego brzucha, doznała urazu brzucha podczas ucieczki. Kontakt słowny i logiczny prawidłowy, GCS 15, BP 160/100, HR 130/min, tachypnoe 24/min.

Osoba 3

25-letnia kobieta podczas ewakuacji zeskoczyła z wysokości ok.1,5 m, upadła, skarży się na ból uda lewego – udo zniekształcone w obrysie, patologiczna ruchomość, liczne otarcia naskórka; BP 110/60, HR 130/min, GCS 15.

Osoba 4

Ok. 24-letni mężczyzna – odrzucony przez siłę wybuchu na drzwi – uderzył lewą stroną klatki piersiowej, nie pamięta dokładnie zdarzenia, krzyczy, skarży się na ból lewej strony klatki piersiowej, trudności w oddychaniu; GCS 15, tachypnoe 28/min, BP 110/60, HR 75/min, Sat 97%.

Osoba 5

24-letni mężczyzna, odrzucony siłą wybuchu, upadł na ziemię, poparzenie kończyny górnej lewej i lewego policzka (I i II ST), skarży się na bóle brzucha i miednicy; w badaniu fizykalnym ból w podbrzuszu i przy palpacji miednicy, bez patologicznej ruchomości, BP 125/60, HR 95/min, Sat 98%.

Kod zielony – 5 osób:

hol Szpitala

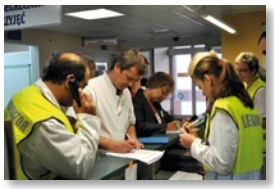
- 3 x oparzenie oka;
- 2 x niedosłuch.

Wszyscy pacjenci otrzymali natychmiastową pomoc. Pracownicy Szpitala stanęli na wysokości zadania. Zespoły medyczne pracowały szybko i efektywnie. Na całe szczęści były to tylko ćwiczenia i nikt nie ucierpiał, a wszyscy zdali egzamin na szóstkę.

Całą akcję zorganizował Zbigniew Szpindor inspektor ds. OC. Sędziami ćwiczeń byli: Jolanta Citko z-ca dyrektora ds. lecznictwa, Hanna Taraszkiewicz z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa oraz Maria Kowalska przełożona pielęgniarek.

Szczególne chcielibyśmy podziękować Leszkowi Gołębiewskiemu z Warmińsko-Mazurskiej Stacji Transportu Medycznego za udostępnienie 4 karetek z 8 ratownikami medycznymi oraz Policealnej Szkole im. prof. Zbigniewa Religi w Olsztynie, a szczególnie słuchaczom II roku kierunku Ratownictwo Medyczne, którzy wcielili się w rolę poszkodowanych.

core



Mamy się czym pochwalić

Wykształceni i doświadczeni specjaliści, szeroki wachlarz procedur medycznych, wysokiej klasy sprzęt, a nawet polski system opieki zdrowotnej, te elementy zrobiły wrażenie na przedstawicielach Rówieńskiej Obwodowej Administracji Państwowej oraz jednostek ochrony zdrowia z Obwodu Rówieńskiego na Ukrainie, których Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie przyjął u siebie na początku sierpnia tego roku.

Pani Jolanta Citko – z-ca dyrektora ds. lecznictwa WSS w Olsztynie wraz z Panem Ryszardem Wasińskim – dyrektorem Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w skrócie przedstawili gościom zarówno specyfikę działalności naszej placówki, jak również sposoby finansowania jednostek ochrony zdrowia w Polsce i różnice w funkcjonowaniu publicznej i niepublicznej służby zdrowia.

– *Mimo, że WSS w Olsztynie nie jest największym Szpitalem, bo pod względem liczby łóżek plasuje się na drugim miejscu w regionie, to zawsze pozostanie najważniejszą i flagową placówką naszego województwa* – mówił podczas prezentacji Ryszard Wasiński. – *W tym Szpitalu pracuje najcenniejsza kadra specjalistów, naukowców, konsultantów wojewódzkich, to tu wykonuje się najbardziej wysublimowane i jedyne w regionie procedury medyczne. To właśnie ten szpital, jako jedyny, posiada w swojej strukturze Centrum Urazowe (11 w kraju), bo spełnia takie kryteria i wymagania, jakich nie spełniały inne placówki w województwie.*

Delegaci zapoznawali się ze specyfiką pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, jak również ze zmianami, jakie wniosło utworzenie w Szpitalu Centrum Urazowego. Dowiedzieli się również, jak przez ostatnie lata zacieśniała się współpraca z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie, co zaowocowało utworzeniem Klinik w strukturze Szpitala.

Pani Maria Kowalska, przełożona pielęgniarek w skrócie przedstawiła specyfikę systemu akredytacyjnego obowiązującego w Polsce i przełożyła to na jakość funkcjonowania placówki.

Przedstawiciele z Ukrainy w szczególny sposób byli zainteresowani perinatologią, neonatologią i położnictwem, dlatego też dr n. med. Jolanta Meller przedstawiła specyfikę działalności kierowanego przez siebie oddziału.

Redakcja

GOŚCILIŚMY:

- Switłanę Sad – zastępcę przewodniczącego Rówieńskiej Obwodowej Administracji Państwowej,
- Witalija Bojko – naczelnika Departamentu Ochrony Zdrowia Rówieńskiej Obwodowej Administracji Państwowej,
- Wiktora Michalczuka – radcę Przewodniczącego ROAP,
- Olgę Jutowiec – zastępcę naczelnika Wydziału Współpracy Międzynarodowej oraz Integracji Europejskiej ROAP,
- Grigorija Maksymjaka – głównego lekarza Rówieńskiego Obwodowego Centrum Onkologii,
- Wiktorię Jenikiejewę – głównego lekarza Obwodowego Centrum Perinatalnego,
- Igora Myroniuka – głównego lekarza Rówieńskiego Centrum Zdrowia Psychicznego,
- Sergija Szewczuka – głównego lekarza Rówieńskiej Obwodowej Kliniki Ochrony Radiologicznej,
- Iwana Karaimczuka – głównego lekarza Włodymyreckiego Centralnego Rejonowego Szpitala,
- Andrija Buraczaka – głównego lekarza Rokytniwskiego Centralnego Rejonowego Szpitala.

ISLANDIA – wyspa zrodzona w ogniu,

W IV wieku przed naszą erą grecki żeglarz Pyteasz dociera do nieznanej wyspy Thule na rubieżach oceanu, na północ od Brytanii, nad którą latem zawsze świeci słońce, a zimą panuje wieczny mrok. Jego opowieść zapadanie w serca antycznych geografów, choć wielu nie da jej wiary. Kilkaset lat później Wergiliusz określi wyspę mianem Ultima – Ostatnia, zaś odległy ląd już na zawsze pozostanie synonimem wyśnionej, niedostępnej krainy.

Dzisiaj Islandia jest dużo bliżej niż się wydaje i zupełnie inna niż można sobie wyobrazić. Jej mieszkańcy nie mają nazwisk i wierzą w elfy. Tak jak wieki temu dni bywają ciemne a noce jasne. A stolica chłodnej Islandii należy do najbardziej „gorących" miast Europy. Zaledwie parę godzin lotu ze Starego Kontynentu leży osobliwy skrawek lądu – kraina, w której natura wciąż ma decydujący głos, hojnie obdarza swym bogactwem, ale też wymaga wielu wyrzeczeń.

Wybuchy wulkanów i surowe zimy zebrały przez wieki krwawe żniwo wśród mieszkańców. Islandczycy jednak się nie poddali i ujarzmili specyficzne właściwości otaczającej ich przyrody. Dziś gorące wody termiczne wykorzystują do zdobywania najtańszej i najbardziej ekologicznej energii na świecie. To co można złowić w Oceanie Atlantyckim przeobrażają w oryginalne przysmaki. Przestrzeń wulkanicznych terenów i śnieżne pokrywy lodowców przekształcili w atrakcje turystyczne. A podczas białych nocy organizują szalone zabawy w stolicy.

Po wylądowaniu na Islandii odnosi się wrażenie, że był to lot kosmiczny i że stawiamy właśnie pierwsze kroki na jakiejś dalekiej planecie, gdzie atmosfera jest wyjątkowo czysta, a opustoszałą powierzchnię zajmują chropowate bure skały, spowite mleczną mgłą i gęstymi oparami. Podobnie musiał się czuć pierwszy osadnik w Islandii – norweski wiking, który około 874 roku nazwał ten region Zatoką Dymu, czyli Reykiavik. Droga z lotniska do stolicy wiedzie przez tajemniczy, surowy, niemal złowrogi krajobraz wulkaniczny. Po kilku minutach jazdy, na horyzoncie, widać kłębiące się dymy, które „ziemianom" przywodzą na myśl fabrykę. Tylko skąd ta niezwykła biel? Wszystkie turystyczne pojazdy obowiązkowo tu skręcą, aby dotrzeć do miejsca, które jest wizytówką Islandii.

Błękitną Lagunę trzeba zobaczyć, a raczej jej doświadczyć! I to najlepiej od razu, aby zrozumieć, że właśnie surowa przyroda jest największym atutem wyspy. Wśród szorstkich skał wulkanicznych i delikatnych oparów znajduje się niezwykłe kąpielisko. Woda termiczna, której temperatura utrzymuje się stale na poziomie 36-39° C, zachęca do zanurzenia się, szczególnie w tak chłodnym klimacie, gdzie powietrze osiąga maksymalnie 10° C. Ponieważ bogaty skład chemiczny źródła nie pozwala na wykorzystanie go do ogrzewania mieszkań (jak w przypadku innych akwenów), służy ono celom wypoczynkowo-zdrowotnym. Właściwie nie jest to woda, lecz ciepła, miękka i gęsta substancja. Wspaniale relaksuje, posiada też właściwości lecznicze. Zawarte w niej sole mają zbawienny wpływ na skórę.

Przede wszystkim jednak Błękitna Laguna zachwyca ezoterycznym wyglądem. Zielonkawe algi i krzemionkowe błoto formują osad, który nadaje wodzie zaskakująco jaskrawy lazurowy kolor. Ponad jej nieruchomą taflą unoszą się kłęby pary, a z nieba siąpi rześki deszcz, który w zimie zamienia się w płatki puszystego śniegu. W mętnych toniach płytkiego zbiornika brodzą przyjezdni i miejscowi, pogrążeni w dziwnym letargu. Na twarzach rozsmarowują białą maź, wkładają głowy pod sztuczne wodospady i znikają na parę minut w saunach lub łaźniach parowych wykutych w otaczających zbiornik czarnych skałach. Nawet stalowo-szklany obiekt zbudowany nad kąpieliskiem, gdzie mieszczą się bary i sklepy, wtapia się harmonijnie w nieziemski pejzaż.

Dalsza dwupasmowa szosa do Reykiaviku znów wiedzie przez płaskie, jednostajne tereny. W oddali tylko majaczą jakieś wzniesienia. Roślinność jest znikoma: porosty, mchy, trawy i naskalne kwiaty, czasem tylko wyższy krzew. Wciąż nie widać zabudowań stolicy, a przecież mieszka w niej ok.120 tysięcy osób, ponad jedna trzecia ludności państwa (... tak, tak - wszystkich Islandczyków jest ok. 320 tysięcy!) Miasto, choć posiada kilkunastopiętrowe bloki, składa się przede wszystkim z niskich bu-

wyrzeźbiona lodem cz. 1

dynków. Samo centrum to urocze, małe różnokolorowe domki, parę zabytkowych kościołów i bardzo nowoczesnych konstrukcji wokół jeziora zdominowanego przez kaczki i łabędzie. Tędy też płynie rzeka, w której można łowić łososie. Reykiavik nie pozbył się wciąż atmosfery prowincjonalnego miasteczka handlowego. Jednak nocą stolica przeobraża się w kosmopolityczną metropolię, która bawi się jak żadna inna na świecie – szaleńczo i w całkowitych „jasnościach". W lecie, kiedy są białe noce Reykiavik przyciąga turystów z całego świata. Narodowość czy wiek nie mają znaczenia. Tutejsi i przyjezdni, młodzi i starsi, przeciskają się w zatłoczonych lokalach, snują po gwarnych ulicach i stoją w kolejkach, by wejść do klubów. Aż trudno uwierzyć, że irlandzcy mnisi, którzy jako pierwsi dotarli w VIII wieku na tę wyspę, traktowali ją jako swoją pustelnię. Dziś miasto reklamuje się jako najbardziej rozrywkowe miejsce na dalekiej Północy.

Weekendowy wieczór w Rejkiawiku toczy się zgodnie z pewnym rytuałem. Najpierw kolacja. A jest w czym wybierać! W stolicy jest wiele restauracji: od eleganckich i wyrafinowanych lokali po bary na piętrze w starych kamienicach. Najszykowniejsza „Perła" góruje nad miastem, ustawiona na olbrzymich zbiornikach wodnych. Jej szklana kopuła powoli się obraca, zapewniając dodatkowo klientom widok na panoramę stolicy. W porcie można poznać folklor, czyli tradycje wikingów. W lecie przyjeżdża ich mnóstwo z całej Skandynawii na festiwal kultury. Wieczorami urządzają pokazy tańców, śpiewów i walk, a w ciągu dnia w zbrojach i szatach z epoki paradują po mieście z pochmurnymi minami swoich nieokrzesanych przodków. W centrum natomiast restauracje przyciągają ciekawym wystrojem i atmosferą. W jednej kucharz przyrządza dania „na oczach gości", a czas oczekiwania umila muzyka na żywo: kabaretowy artysta śpiewa przy akompaniamencie pianina. W innej można poczuć się jak na obiedzie u rodowitego Islandczyka – restauracja zaaranżowana jest jak mieszkanie. W kilku pokojach stoją stare stoły, krzesła, kredensy, rodzinne zdjęcia, bibeloty i babcina zastawa... Dania najróżniejsze, z całego świata. Najchętniej jednak zamawia się te lokalne: świeże owoce morza i ryby o nieznanych nazwach, potrawy dosłownie ze wszystkich części barana (włącznie z oczami i jądrami), befsztyk z maskonura – ptak ten wygląda jak papuga i jest symbolem Islandii, a smakuje jak cielęca wątróbka, czy słynny skyr – deser z białego sera. I oczywiście miejscowy specjał: zgniłe mięso rekina – hakarl, obowiązkowo zapijany mocnym alkoholem Brennivin „czarna śmierć". Pokrojone w cienkie paski mięso, dojrzewa przez kilka tygodni, następnie jest wędzone i suszone. Pachnie amoniakiem, w smaku przypomina przejrzały ser. Islandczycy uważają jedzenie hakarlu za przezwyciężenie najmroczniejszej części roku. To szczególnego rodzaju doświadczenie porusza głęboko ukrytą strunę emocji, a kiedy już się skończy, radość z przetrwania sprawia, że życie od razu wydaje się jaśniejsze!

No cóż, po takich zapowiedziach trzeba było zamknąć oczy, zatkać nos i dla dobra historii zjeść ten „przysmak"! Danie dnia polecą mówiący w kilku językach kelnerzy. Większość z nich to imigranci, głównie Słowianie – Polaków jest bardzo dużo, bo co zaskakujące, stanowią największą liczebnie grupę z mniejszości etnicznych na wyspie, a ich obecność wiąże się z korzystnym i wysokim „socjalem"!

Po obfitym posiłku pora na zabawę. Liczba barów, pubów i dyskotek jest zadziwiająca. Wszystkie mieszczą się na kilku ulicach centrum. Ich mnogość Reykiavik zawdzięcza absurdalnej sytuacji, która miała miejsce po zniesieniu prohibicji, obowiązującej do lat 30. XX wieku. Zapomniano wówczas zalegalizować piwo. Trunek ten istniał

na rynku jedynie dzięki przemytowi; do oficjalnej sprzedaży został dopuszczony dopiero w ...1989 roku. Od tego czasu Islandczycy rozpoczęli zabawę na całego! A w piątkowy wieczór zaczynają runtur – swego rodzaju obchód po pubach, barach i klubach. Ruszając w runtur w czerwcu i lipcu, kiedy są białe noce – czyli trwa dzień polarny, ma się wrażenie, że w Islandii dzień nigdy się nie kończy. Czasu na to, by za dnia przeżyć wszystko to, co by się chciało, jest więc bardzo dużo.

O drugiej w nocy, gdy dzienne światło wręcz razi jasnością, zaczynają się ustawiać kolejki pod najbardziej popularnymi lokalami. Snobistyczny bar zaprasza najpierw lokalne osobistości, dwupiętrowa dyskoteka w miarę jak wychodzą pierwsze grupy gości, wpuszcza następnych. W modnym barze Kaffibarinn można spotkać Björk, znaną na całym świecie islandzką piosenkarkę, która zagrała główną rolę w filmie Larsa von Triera „Tańcząc w ciemnościach". Ruch nie ustaje nawet nad ranem. Przed saloonem niczym z westernu rozbawiony młodzieniec coś bełkocze kłaniając się przy tym szarmancko. Okazuje się szybko, że jego niezrozumiały pomruk jest po prostu zaproszeniem na ostatnie piwo, wypowiedzianym w języku islandzkim. Jego brzmienie jest tak specyficzne, że słowo „cześć" ma dwie wersje: jedną, łatwiejszą, skierowaną do kobiet i drugą, bardziej skomplikowaną – do mężczyzn, przy której można niechcący nawet opluć rozmówcę.

Dla mnie najbardziej zabawne było to, że wymowa większości wyrazów wiązała się z koniecznością specyficznego ułożenia ust w tzw. ryjek. Inną ciekawostką lingwistyczną jest brak nazwisk. Mężczyźni po imieniu dodają imię ojca z dodatkiem son (syn), a kobiety imię ojca z dodatkiem dóttir (córka). Książki telefoniczne ułożone są według imion. Na szczęście wszędzie można się porozumieć po angielsku.

Koniec części I

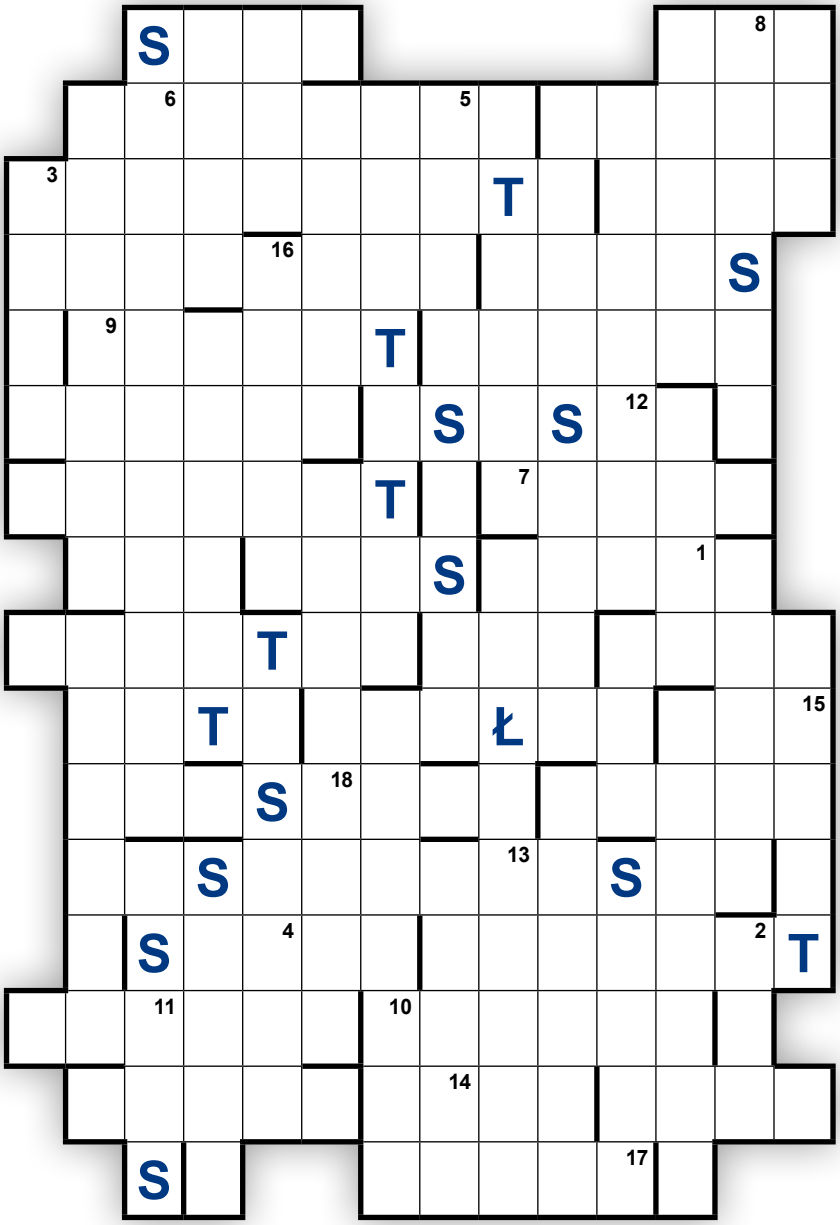
Emilia Paszkowska

Krzyżówka

Jolka 35

Objaśnienia 67 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery Ł, S i T. Na ponumerowanych polach ukryto 18 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim złota myśl naszej zasłużonej nefrolog.

Hasło w zaklejonej kopercie prosimy zostawić w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wylosujemy osobę, która otrzyma nagrodę książkową.



Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego Pulsu Szpitala: **„Oczy są skarbem człowieka”**.
Nagrodę książkową otrzymuje Barbara Janocha. Gratulujemy!
Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.

chirurgia układu moczowego • aureola • miasto drużyny Heat • rumuński dyktator Nicolae • partie przeciwne rządowi • skrytobójczy nizaryta • angielskie kino • kręci głową • 2-ga córka Franciszka Józefa I • główny port pd. Francji • III księga Pana Tadeusza • wódz Kozaków • zagrażała wolności internetu • łączy cechy samolotu i śmigłowca • biblijny gołąb • spec od prawdy i fałszu • sławny szwedzki kwartet • 3-cia wyspa Balearów • abstrakcyjne malarstwo gestu • płynie w Orenburgu • nicpoń • alfabetyczne pismo słowiańskie • jon ujemny • koźlonogi bóg pasterzy • Anna najzdrobnialej • państwo Sargona I • flisacy • miasto i prowincja we Friuli - Wenecja Julijska • imię Sadata • odłamki skalne w żlebie • upiór krwiopijca • mały pojazd szynowy • szpetny brzydal • Irlandia • młodszy brat Fidela • motyw dekoracyjny z głęboko wyciętych liści • naśladowca • kraina ze Strasburgiem • nasze drzewo z białą korą • karciane wino • w 410 r. zdobył Rzym • uliczny zakątek • z żebra Adama • rozdział Koranu • siłomierz • prorok mniejszy, syn Petuela • lekka uprząż z napierśnikiem zamiast chomąta • balwierz • rzymska pieśń żałobna • lotnik, pilot • płynie w Ozimku • cesarz Rosji • indyjska Eos • parlament Rosji • miasto rodzinne Jezusa • okropność • holenderskie linie lotnicze • epopeja • strona przednia monety • bór między Piszem a Szczytnem • podopieczna Stasia Tarkowskiego • zapach • starożytne przedmieście Latakii • żeński, męski lub częstochowski • miasto Verdi'ego • ponad 4 tys. metrów kwadratowych • między prometem a europem

PULS SZPITALA

Wydawca
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelna
Kornelia Kotwicka-Łucewicz

Koncepcja graficzna
Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny
Alicja Biernacka
Magdalena Kantorczyk
Barbara Szymczuk

Stała współpraca
Emilia Paszkowska
Hanna Taraszkiewicz
Jerzy Badowski
Radek Kowalski
Piotr Markiewicz

Zdjęcie na okładce
Radek Kowalski

Zdjęcia udostępnili
Emilia Paszkowska, Joanna Kostrzewa
Janusz Pająk, Komenda Miejska Policji w Olsztynie, Komenda Miejska Państwowej Straży Pożarnej w Olsztynie

Adres redakcji
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji
tel. 89 538 63 06
kkotwicka@wss.olsztyn.pl
bszymczuk@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie
Studio Blenam
tel. 89 526 35 52, www.blenam.pl

Nakład
800 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmiany tytułów.

fot. Zbigniew Woźniak

fot. Zbigniew Woźniak

Galeria fotograficzna

Z okazji X Olsztyńskich Dni Nauki i Sztuki

zorganizowana przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie przy współpracy z Komendą Miejską Policji w Olsztynie oraz Komendą Miejską Państwowej Straży Pożarnej w Olsztynie

zdjęcia zebrała i plakaty opracowała
Barbara Szymczuk
Dział Zarządzania Marketingu i Promocji

fot. Marcin Szymkowiak