



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 38/1 styczeń – marzec 2013

**Skrzydło
nowych
możliwości**



Drodzy czytelnicy

W zdrowym ciele zdrowy duch, a w „zdrowej”, nowoczesnej firmie, efektywniej i lepiej pracuje się ludziom, którzy ją tworzą. Dlatego właśnie nasz Szpital poddajemy audytom wewnętrznym i zewnętrznym, które pomagają nam uzyskać obiektywną ocenę, czy podążamy we właściwym kierunku i jakie mamy jeszcze słabe obszary wymagające poprawy. Pilnujemy bezpieczeństwa naszych pacjentów i pracowników, walcząc z bakteriami atakującymi Szpital niczym wojska wrogiej armii. Bo wbrew pozorom sterylne środowisko szpitalne

stanowi idealne miejsce dla rozwoju różnych mikroorganizmów. Dbamy o to, aby Szpital był coraz bardziej nowoczesny i wyposażony w najlepszy sprzęt, pozwalający wysoko wykwalifikowanej kadrze ratować życie i zdrowie pacjentów. Dlatego także realizujemy wiele projektów inwestycyjnych, poprawiających infrastrukturę Szpitala i jego ogólny wizerunek. „Profilaktyka dziś to zdrowie jutro” - to hasło przyświeca nam w wielu działaniach pro społecznych, także i w leczeniu między innymi chorób nowotworowych jelita grubego, o którym mowa w jed-

nym z artykułów. Aby wszystko dobrze funkcjonowało potrzebna jest wytężona praca, ale także dobry wypoczynek. Najlepiej spędzony w ciekawy, aktywny sposób, który przyniesie ukojenie dla zestresowanych umysłów i zmęczonych ciał.

O tym wszystkim możecie Państwo przeczytać w tym numerze Pulsu, który oddajemy do Waszych rąk, wraz z życzeniami zdrowych i spokojnych Świąt.

Barbara Szymczuk
redaktor naczelna

- 3 | Życzenia świąteczne
- 3 | Tradycje wielkanocne w Polsce
- 4 | Zarządzanie Systemem Jakości w Szpitalu
- 5 | Pamięć i jej zagadki cz. 8
- 8 | „Profilaktyka dziś, to zdrowie jutro” – XXI finał WOŚP w WSS w Olsztynie
- 10 | Szpital – ziemia obiecana dla bakterii?
- 14 | Rak jelita grubego
- 16 | Projekty unijne w szpitalu – skrzydło nowych możliwości
- 18 | Europejskie kwalifikacje EDRA
- 19 | Pełnomocnik ds. praw pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej
- 21 | Idź, i ty czyń podobnie
- 22 | Zadbaj o kondycję i samopoczucie
- 22 | Z posiedzenia Rady Społecznej...
- 24 | Couchsurfing – podróż inna niż wszystkie
- 26 | Tu deszcz sam pisze wiersze – Letnie wspomnienia z Leśniczówki Pranie
- 27 | Krzyżówka

PULS SZPITALA



Wydawca
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie

Redaktor naczelna
Barbara Szymczuk

Koncepcja graficzna i redakcja
Barbara Szymczuk
Magdalena Kantorczyk
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

Stała współpraca
Hanna Taraszkiewicz
Jerzy Badowski
Emilia Paszkowska
Piotr Markiewicz

Zdjęcia udostępnili
Joanna Kostrzewa
Krzysztof Kozłowski
Radosław Kowalski
Ewa Maculewicz

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





Życzę wszystkim naszym Pacjentom oraz pracownikom szpitala, aby Wielkanoc ogarnęła Państwa szczególną tradycją i nowymi szczęśliwymi przyczyciami, by była czasem refleksji związanych z tym pełnym zadumy, ale także radosnym czasem. Niech te Święta dodadzą Państwu dalszych sił na co dzień, podniosą na duchu oraz napełnią Wasze serca radością. Wesołych Świąt!

*Irena Kierzkowska
Dyrektor WSS w Olsztynie*

Tradycje wielkanocne w Polsce

Polska to kraj katolicki, można założyć, że wyznawców tej wiary jest w Polsce ok. 90%. Liczba może się wahać z tego powodu, że do katolików zalicza się wszystkich, którzy przyjęli chrzest, a przecież w dorosłym życiu mogli oni wiarę zmienić lub od niej odejść. Pomimo to wiara katolicka dominuje zarówno w codziennym życiu Polaków, jak i w kalendarzu świąt. Wielkanoc, którą obchodzi się na pamiątkę Zmartwychwstania Pana Jezusa uznawana jest za najważniejsze święto Kościoła.

Przygotowaniem do Świąt jest **Wielki Post**. Uroczystości zaczynają się już w pierwszym dniu po Ostatkach, kiedy to rozpoczyna się długi okres wstrzeźmiewczości zakończony Wielkim Tygodniem. Najważniejsza jest rozpoczynająca post **Wielka Środa**, zwana też popielcową, kiedy to w kościele posypuje się głowy popiołem na znak pokuty. Czas Wielkiego Postu kończy **Wielka Sobota**, kiedy to wierni udają się do kościoła ze święconką.

Wielkanoc według kalendarza rozpoczyna się zawsze w pierwszą niedzielę po pierwszej wiosennej pełni, stąd też jest świętem ruchomym, związanym nie z datą, ale z dniami tygodnia.

Z tymi dniami wiąże się kilka stałych tradycji, które nie do końca są katolickie, a część z nich zaczerpnięta została z innych kultur i przeniesiona na grunt kościoła katolickiego.

Najważniejszą wielkanocną tradycją jest **Święconka**. W każdym katolickim domu przygotowuje się określone potrawy, które następnie w koszyczku zanoszą się do kościoła. Poszczególne potrawy mają wymiar symboliczny i tak: jajko symbolizuje życie, płodność i siłę,

kielbasa symbolizuje dobrobyt, sól to ochrona przed zepsuciem, chrzan symbolizuje Mękę Pańską, a chleb i baranek to oznaki Chrystusa. Dawniej potrawy te wkładano do kosza i święcono w kościele, a następnie spożywano z nich wielkanocne śniadanie. Dziś koszyczki są symboliczne, a zawarte w nich pokarmy służą do podzielenia się na początku posiłku.

Innym kultywowanym zwyczajem jest **Palma Wielkanocna** związana z Niedzielą Palmową obchodzoną na pamiątkę wjazdu Jezusa do Jerozolimy. Dziś jest to rodzaj plecionki z kwiatów, ziół i traw. Palma ma wymiar magiczny, a dotykaniem nią miało zapewnić urodę, siłę, odwagę i uchronić od biedy. Po poświęceniu w Palmową Niedzielę z reguły przechowywano ją przez rok w domu jako ochronę przed złymi mocami.

Najważniejszą i najstarszą wielkanocną tradycją jest oczywiście **pisanka**. Jajko to symbol nowego życia, a więc w kulturze chrześcijańskiej symbol płodności, zaczerpnięty jeszcze z czasów starych wierzeń słowiańskich. Dziś wytworzyła się cała sztuka zdobienia jaj, a poza regionami, w których stosuje się tradycyjne metody barwienia cebulą, burakami

i rysowania wzorów parafiną, tworzy się pisanki unikalne, z wykorzystaniem nietypowych ozdób, tkanin, pasmanterii, piórek i wielu innych elementów. Takie pisanki mają raczej charakter dekoracyjny i do jedzenia się nie nadają. Najstarsze pisanki mają nawet po 5 tysięcy lat.

Kolejny wielkanocny zwyczaj to **Śmigus Dyngus**, czyli poniedziałkowe polewanie wodą. Woda była zawsze symbolem czystości, życia, więc za sukces uważano całkowite i doszczętne zmoczenie, zwłaszcza we wsiach, gdzie dziewczyny szukały okazji do polania wodą. Od wiadra można się wykupić podarunkiem w postaci słodyczy lub pisanki, ale mokra panna, to panna, która ma powodzenie, więc niewiele wiejskich dziewcząt chce się wykupywać. Większość wielkanocnych zwyczajów jest kultywowana w formie szczątkowej, symbolicznej. Wiadro wody zastąpiły buteleczki perfum, a wystawne śniadanie – podzielone na części jajko, ale tradycja wciąż jest żywa a wielkanocne baby, mazurki i pisanki pozostaną z pewnością w polskiej kulturze na długo.

Wiadomości zebrane z Lovetotravel.pl

Zarządzanie Systemem Jakości w Szpitalu

Jakość w opiece to wyzwanie współczesnego zarządzania. Jakości nie można kupić, dostać w prezencie, trzeba ją budować. Nie jest też zjawiskiem stałym, niezmiennym, natomiast nie doskonalona w sposób ciągły staje się pustym słowem.

Doskonalenie jakości to proces, który zgodnie z sugestią jednego z twórców systemu zarządzania jakością nie może uzyskać pełnej doskonałości. Dlaczego? Dlatego, że zmieniają się oczekiwania pacjentów, następuje rozwój wiedzy medycznej, zmieniają się wymagania prawne i szeroko pojęte otoczenie zewnętrzne. Edwards Deming cykl ten przedstawił w postaci koła nazwanego Kołem Deminga: zaplanuj działanie, wykonaj to co zaplanowane, sprawdź czy wykonano zadanie prawidłowo, działaj (zaakceptuj lub popraw).

W budowaniu i doskonaleniu jakości wykorzystujemy znane i sprawdzone systemy jakości.

W Polsce w szpitalach najczęściej wykorzystywany jest system oparty na standardach akredytacyjnych oraz systemie zarządzania jakością, opartym na wymaganiach międzynarodowej normy ISO 9001. Zarówno standardy akredytacyjne, jak i normy ISO, stanowią pewnego rodzaju przewodniki stanowiące ramy do opracowania i wdrożenia systemu zarządzania jakością w szpitalu.

Wymagania tych systemów posiadają zasadniczą różnicę.

System akredytacji ma zastosowanie w zakładach opieki zdrowotnej, koncentruje się na bezpieczeństwie i organizacji świadczeń medycznych. Wnika w meritum, czyli w leczenie, pielęgnowanie, profilaktykę zakażeń, farmakoterapię, bezpieczeństwo oraz wykorzystanie wyników badań diagnostycznych w procesie leczenia, a także dokumentowanie świadczeń medycznych. System wymaga spełnienia konkretnych opublikowanych standardów, posiada jawną i jasną ocenę. Ocena zewnętrzna prowadzona jest przez osoby posiadające wiedzę o działalności medycznej, doświadczenie praktyczne w zarządzaniu poszczególnymi obszarami występującymi w szpitalu.

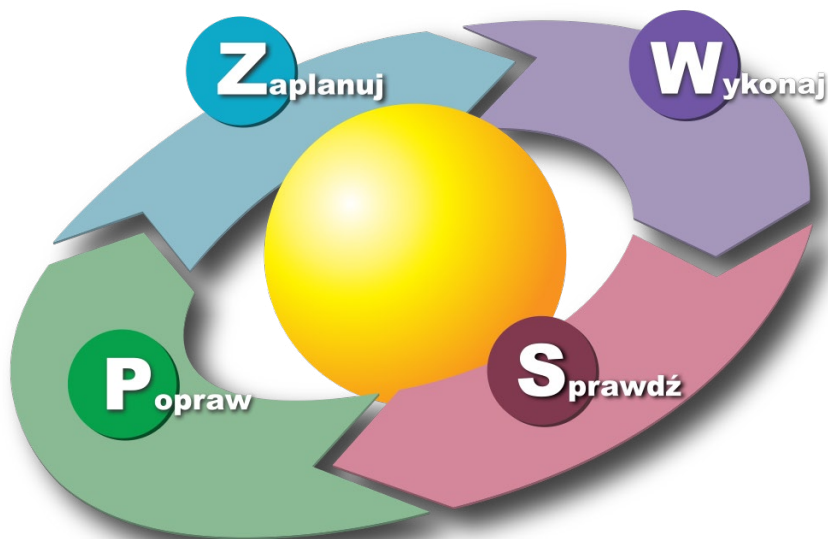
System zarządzania jakością oparty na wymaganiach międzynarodowej normy ISO 9001 może zostać zastosowany w każdej firmie, niezależnie od profilu działalności. Może to być zakład produkujący urządzenia, jak i firma usługowa,



wa, jaką jest szpital. Wymagania Normy mają duży stopień ogólności. Precyzują oczekiwania dotyczące dokumentacji jakości, w tym Księgi Jakości, polityki jakości, planowania celów jakości, procedur systemowych. System ten wymaga w zasadzie opracowania sześciu obowiązkowych procedur, a mianowicie: nadzór nad dokumentacją, nadzór nad zapisami, prowadzenie auditów wewnętrznych, podejmowanie działań zapobiegawczych i korygujących, nadzór nad usługą niezgodną, przegląd zarządzania. Natomiast liczba i zakres procedur operacyjnych, czyli dotyczących merytorycznej działalności szpitala jest pozostawiony decyzji szpitala.

Nasz Szpital od wielu lat kroczy po ścieżce jakości i stale się doskonali. Pierwszy certyfikat akredytacyjny uzyskał w 2003 r., a kolejne w 2006 r., 2009 r. W listopadzie 2012 r., Szpital został poddany kolejnej ocenie prowadzonej przez Centrum Monitorowania Jakością w Ochronie Zdrowia. W wyniku przeglądu Szpitala pod kątem spełnienia wymagań standardów otrzymał bardzo wysoką ocenę.

Szpital poddawany był też ocenie spełnienia wymagań międzynarodowej normy ISO 9001. Pierwsza ocena zewnętrzna przeprowadzona była w 2004 r. System ten wymaga przeprowadzenia auditu certyfikacyjnego i recertyfikacyjnego co 3 lata oraz auditów nadzoru co 12 miesięcy. W marcu bieżącego roku zostanie przeprowadzony audit certyfikacyjny przez uprawnioną firmę certyfikującą. Audit przeprowadzony będzie w dwóch fazach. I faza polega na sprawdzeniu wymaganej dokumentacji systemowej, dokumentacji strategicznej szpitala, realizacji auditów wewnętrznych. W II fazie czteroosobowy zespół auditujący oceni wdrożenie wymagań normy w praktycznej działalności szpitala.



Koło Deminga. Źródło: Wikipedia

Dlaczego Szpital podejmuje tyle działań, aby doskonalić jakość opieki? Dlatego, że chcemy aby nasi pracownicy byli świadomi, że jakość to bezpieczeństwo sprawowania opieki nad pacjentami oraz bezpieczeństwo własne.

Można by zadać kolejne pytanie, dlaczego szpital podaje się ocenie zewnętrznej?

Chcemy być sprawdzeni przez niezależnych ekspertów, oczekując od nich obiektywnej oceny, dotyczącej szeroko

SYSTEMY TE MAJĄ TEŻ WIELE CECH WSPÓLNYCH, MIĘDZY INNYMI:

- koncentrują się na pacjencie, kliencie,
- oczekują zaangażowania wszystkich pracowników,
- wymagają udziału kompetentnych i świadomych pracowników,
- wymagają monitorowania skuteczności i efektywności świadczonych usług, przebiegu procesów,
- wymagają zastosowania sprawnej i bezpiecznej aparatury,
- wymagają bezpiecznej i nadzorowanej infrastruktury i środowiska opieki,
- wymagają prowadzenia wewnętrznej oceny jakości (samoocena, audyty wewnętrzne),
- wymagają zewnętrznej oceny jakości,
- wymagają przestrzegania wymagań systemu, ale i wymagań prawnych,
- certyfikaty jakości stały się niezależnymi kryteriami rankingującymi w wymaganiach Prezesa NFZ w wyborze oferenta.

pojętej jakości, czy podążamy we właściwym kierunku, jakie mamy obszary słabe wymagające poprawy. Jeste-

śmy przygotowani i otwarci na przyjęcie merytorycznych uwag, które będą stanowiły podstawę do dalszego naszego doskonalenia.

Pamiętajmy jednak, że certyfikat jakości zobowiązuje do przestrzegania standardów, norm jakości, wymagań prawnych, ale nie zastępuje empatii, życzliwości dla pacjenta.

Hanna Taraszkiewicz
z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa
Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości

Pamięć i jej zagadki cz. 8

Pamięć to złożony system wielu umiejętności zapisu i odtwarzania informacji. Obok pamięci świadomej występuje fascynująca pamięć nieświadoma. To pamięć bez wspomnień, która najczęściej ujawnia się w szybkich reakcjach i złożonych zachowaniach. Okazuje się, że taka pamięć jest mniej wrażliwa na uszkodzenia, czy zmiany w mózgu. Co wiemy o tej pamięci?



Kiedy mówimy o pamięci, zazwyczaj mamy na myśli coś, co do pewnego stopnia kontrolujemy. Przykładowo próbujemy coś zapamiętać przez powtarzanie, przypomnieć coś sobie przez rekonstrukcję ostatnich wydarzeń (np. gdy coś zgubimy). Często też całkiem przytomnie stwierdzamy, że czegoś nie pamiętamy lub że coś pamiętamy niewyraźnie. Wielu ludzi mówiąc o pamięci ma właśnie na myśli takie formy pamięci.

Ale zwykła obserwacja codziennych sytuacji wskazuje na występowanie innych form pamięci. Niekiedy pamiętamy różne szczegóły, chociaż w ogóle nie staraliśmy się tego zapamiętać. Przykładowo, gdy po długiej nieobecności

odwiedzamy znajomych, nieoczekiwanie zauważamy, że ściany zmieniły kolor i że w kuchni pojawiły się nowe meble. A przecież podczas poprzedniej wizyty nie zwracaliśmy specjalnej uwagi na ściany i na meble.

Innym przykładem niekontrolowanej pamięci może być nieoczekiwane przypomnienie sobie detali z odległych wydarzeń, które wydają się zapomniane. Gdy ostatnio pewna moja znajoma przypomniła mi o jakimś wydarzeniu z przeszłości, nagle przypomniałem sobie liczne obrazy z tamtych czasów i wiele zupełnie niespodziewanych informacji. To tak, jakby umysł trzymał w uśpieniu pewne dane, które niby zostają zapomniane i aż do ich wywołania pozostają w nieświadomości.

Utajone formy pamięci ujawniają się jeszcze w bardziej subtelny sposób. Znane jest zapewne wszystkim zjawisko déjà vu, gdy mamy poczucie znajomości czegoś, co widzimy po raz pierwszy. Wówczas dawne formy pamięci próbują automatycznie zinterpretować nowe, do pewnego stopnia zbliżone dane. Poza tym przejawy pamięci nieświadomej ujawniają się podczas podejmowania decyzji, w czasie formułowania ocen, wyzwalania gwałtownych reakcji emocjonalnych, tworzenia uprzedzeń i stereotypów. We wszystkich tych sytuacjach wcześniejsze doświadczenia wpływają w sposób całkowicie nieświadomy na późniejsze zachowania człowieka. Zapamiętana w sposób niezamierzony informacja w przeszłości może na długie lata wyznaczyć np. lęk przed psami, przed ciemnością lub niechęć do zupy pomidorowej.

Osobliwe zachowania w amnezji

Najbardziej widoczne przejawy pamięci nieświadomej dostarczają opisy przypadków pacjentów po uszkodzeniach mózgowia. W odcinku 1 naszego cyklu o zagadkach pamięci była mowa

W SKRÓCIE

- obok pamięci świadomej występuje pamięć nieświadoma, polegająca na niezamierzonym utrwalaniu i wykorzystywaniu informacji,
- pamięć nieświadoma występuje m.in. podczas podejmowania decyzji, dokonywania ocen, reakcji emocjonalnych,
- pamięć nieświadoma posiada poważne ograniczenia funkcjonalne, ale jest mniej zawodna i mniej narażona na uszkodzenia mózgowia, niż pamięć świadoma.

o pacjentce szwajcarskiego psychiatry Edouarda Claparèda oraz o pacjencie H.M. W obu przypadkach pacjenci cierpieli na amnezję, czyli zaburzenia pamięci wskutek zmian w mózgu. Zarówno pacjentka Claparèda, jak i pacjent H.M. nie potrafili zapamiętać nowych informacji w sposób świadomy i zamierzony. Przykładowo, te same osoby pojawiające się często przy wymienionych pacjentach nie były rozpoznawane jako znajome. Gdy jednak zastosowano wobec tych pacjentów nieco podstępna procedurę, w postaci skrytego ukłucia igłą dłoni podczas podawania ręki na powitanie, przy następnej próbie przywitania, pacjenci odmawiali podania dłoni, choć nie potrafili wyjaśnić dlaczego. Pacjenci prawidłowo cofali rękę (adekwatna reakcja nieświadoma), ale nie byli w stanie przypomnieć sobie okoliczności zapamiętania ukłucia w przeszłości (deficyt pamięci epizodycznej). Reakcja cofnięcia ręki wskazuje na obecność śladu pamięciowego z sytuacji ukłucia. Taki ślad pamięciowy nie został jednak wkomponowany w ramy pamięci świadomej, pozwalającej na identyfikację okoliczności i szczegółów zdarzenia z przeszłości.

Neurolog amerykański Antonio Damasio opisał interesujący przypadek pacjenta Daniela, u którego wskutek wirusowego zapalenia mózgu zaobserwowano rozległe uszkodzenia w obu płatach skroniowych. Konsekwencją takich uszkodzeń była także – jak wyżej – amnezja. Daniel mieszkał w ośrodku opiekuńczym i spotykał tam różne osoby, ale nie potrafił ich rozpoznać i podać ich imion. Wyglądało na to, że systematycznie tracił wspomnienia związane z tymi osobami. Zauważono jednak, że zachowywał się bardzo spójnie przy wyrażaniu preferencji lub antypatii. Gdy szukał papierosa, zwracał się do określonych osób, a nie do przypadkowych ludzi.

Podczas weryfikacji eksperymentalnej takich obserwacji Daniel kontaktował się z trzema typami osób: dobrą, złą i neutralną. Osoba dobra była życzliwa i zawsze coś dawała Danielowi. Osoba zła była nieuprzejma, nic nie dawała i nakazywała męczące prace. Następnie pokazywano Danielowi zbiory fotografii, wśród których było zdjęcie którejś z tych osób z zapytaniem np. „do kogo zwróciłbyś się, gdybyś potrzebował pomocy?”, „kto jest twoim przyjacielem?”. Okazało się, że Daniel w 80 procentach sytuacji wskazywał na osobę dobrą, prawie nigdy nie wskazał osoby złej i losowo wybierał osobę neutralną.

Gdy jednak wybrano trzy zdjęcia i poproszono o podanie informacji na temat osób z eksperymentu, Daniel nie potrafił przypomnieć sobie, że w ogóle widział tych ludzi. Wspomniany Antonio Damasio sugeruje, że prawidłowe reakcje Daniela bazują na emocjach wzbudzanych w sposób nieświadomy. W efekcie Daniel wykorzystuje proste wskazówki emocjonalne (np. ten człowiek wzbudza niepokój, więc nie poproszę go o pomoc), ale nie jest w stanie świadomie zapamiętać wzorca sytuacji z określonymi osobami. Dlatego jest w stanie poprosić o pomoc bez dokładnej wiedzy o osobie, do której zwraca się z prośbą.

Formy pamięci nieświadomej

Z psychologicznego punktu widzenia pamięć nieświadoma (utajona, *implicit*) przebiega poza świadomością, ma charakter automatyczny i nie wymaga specjalnego zaangażowania uwagi i zamiaru zapamiętania informacji. Bardzo prostą formą pamięci nieświadomej jest tzw. torowanie (*priming*). Występuje ono wtedy, gdy wcześniejsze doświadczenia modyfikują odtwarzanie i identyfikowanie późnej prezentowanych informacji. Przykładowo, wcześniejsze pokazanie zdjęcia samochodu (faza uczenia się) powoduje, że osoba badana szybciej zidentyfikuje (faza testowa) ten samochód w grupie zdjęć niekompletnych (np. z zarysowanymi tylko konturami samochodu). Szybkie rozpoznawanie bardziej zdekompletowanych zdjęć, które wcześniej pojawiły się w fazie uczenia się i trudności w rozpoznawaniu niekompletnych zdjęć nie pokazanych wcześniej ujawnia obecność mimowolnego zapamiętywania. Dzięki wpływowi poprzednich doświadczeń możemy szybciej reagować na nieprzyjemne bodźce, unikać pewnych miejsc oraz odczuwać sympatię lub antypatię do niektórych osób. Gdy tak się dzieje, najczęściej nie jesteśmy w stanie odtworzyć śladów pamięciowych, które przyczyniły się do wykształcenia takiej reakcji. Takie ślady są nieświadome, lub inaczej mówiąc – utajone.

Inną formą pamięci nieświadomej jest tzw. pamięć proceduralna. Dzięki tej pamięci utrwalamy nawyki w działaniach i automatyzujemy złożone czynności (jak np. jazda samochodem). Takie wypracowane zachowania typowo są także nieuświadomiane i mogą być przechowywane w niezmiennionej postaci przez lata. Gdy już nauczyliśmy się jeździć na rowerze, nie zapomnimy nigdy tej umiejętności w praktycznym wykona-

niu, choć możemy nie pamiętać, kiedy pierwszy raz jechaliśmy bez dodatkowych kółek lub – w skrajnych sytuacjach – nie pamiętać co to jest rower.

Jeszcze innym przejawem pamięci nieświadomej jest tzw. warunkowanie klasyczne. Zapewne wszyscy coś słyszeli o psach Pawłowa. Najprościej mówiąc – zestawienie dźwięku dzwonka z podawaniem miski z jedzeniem spowodowało wykształcenie reakcji wydzielania śliny na sam tylko dźwięk. Mózg psa zapamiętał sekwencję bodźców dzwonek-miska i automatycznie zareagował na dźwięk. My ludzie zachowujemy się w bardzo podobny sposób. Przykładowo, niepotrzebne zestresowanie osoby podczas badania lekarskiego może wywołać reakcję warunkowaną np. lęk na osobę w białym fartuchu.

Stale obecną formą pamięci nieświadomej jest uczenie się reguł. Przykładem może być uczenie się języka w dzieciństwie. Dziecko w sposób nieświadomy nabywa i wykorzystuje złożone zasady gramatyki, a odbywa się to na drodze częstych interakcji werbalnych z dorosłymi. Dorośli dostarczają wzorców językowych, które powielane i korygowane w różnych sytuacjach stają się coraz bardziej poprawne.

Specyfika pamięci nieświadomej

Pamięć bez wspomnień posiada intrygujące własności, odmienne od pamięci świadomej. Zauważalne, zwłaszcza w późniejszych latach życia, osłabienie pamięci dotyczy tylko i wyłącznie pamięci świadomej (semantycznej, epizodycznej, operacyjnej). Pamięć nieświadoma pozostaje praktycznie nie zakłócona. Co ciekawe, utrzymuje się ona na względnie stałym poziomie w różnych grupach wiekowych, a u wielu osób z amnezją nieświadome odtwarzanie materiału daje lepsze efekty, niż zamierzone przywoływanie informacji z pamięci.

Wspomniana cecha pamięci nieświadomej pozwala sądzić, że prawdopodobnie jest to stabilna podstawa naszego funkcjonowania w świecie. Pamięć nieświadoma pozwala na szybką ocenę zagrożenia, sygnalizuje możliwy błąd podczas podejmowania decyzji i dostosowuje nasze zachowanie do zmian zachodzących w otoczeniu. Dzięki mniejszej podatności na zakłócenia (w porównaniu do pamięci świadomej) wywołanej uszkodzeniami mózgowia, pamięć nieświadoma pełni rolę systemu awaryjnego. U chorych z amnezją lub demencją

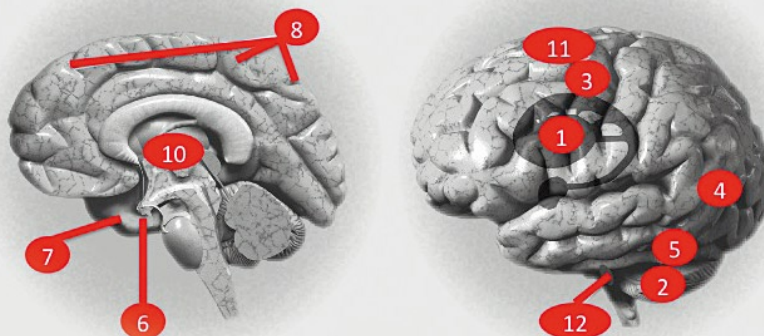
MAPA PAMIĘCI UTAJONEJ

Z różnych badań klinicznych i neuroobrazowych wiadomo, że różnym typom pamięci nieświadomej odpowiadają odmienne struktury neuronalne. Podczas nabywania umiejętności motorycznych (np. gra na pianinie) szczególnie istotne są jądra podstawne (1), mózdzek (2) i kora motoryczna (3)

W zadaniach percepcyjnych uczestniczą tylne obszary korowe (4) oraz obszary lewej dolnej kory potyliczno-skroniowej (5). Opisane w tekście zjawisko torowania ma bardziej rozproszony odpowiednik mózgowy.

W zadaniach percepcyjnych są zaangażowane asocjacyjne obszary korowe, a w zadaniach pojęciowych uczestniczą obszary językowe w płatach czołowych i ciemieniowych. Mechanizmy tworzenia reakcji uwarunkowanych opierają się zasadniczo na aktywności mózdzka (2), przyśrodkowych obszarów skroniowych, w tym struktur hipokampa (6) i ciała migdałowatego (7) (to ostatnie dotyczy wytwarzania reakcji strachu na zagrażające bodźce).

Herbert Petri i Mortimer Mishkin sformułowali model działania pamięci nieświadomej. Podstawowymi modułami są obszary kory nowej (8) i jądra podstawne (1) – głównie jądro ogoniaste i skorupa. Te ostatnie tworzą coś w rodzaju stacji przekaźnikowej, gdyż otrzymują informacje ze wszystkich obszarów kory nowej i przesyłają je drogą wzgórzową (10) do kory przedruczowej (11). Oprócz tego do jąder podstawnych docierają pobudzenia z istoty czarnej w pniu mózgu (12), specjalizującej się w wytwarzaniu dopaminy, co sugeruje jej udział z niezamierzonym zapamiętywaniu.



świadome procesy pamięciowe często są głęboko zaburzone i nierzadko tylko zachowania bazujące na pamięci nieświadomej (np. procedury działań, reguły wykorzystywania języka, szybkie reakcje emocjonalne) pozwalają na interakcje społeczne.

Coraz bardziej odkrywana wiedza o naturze pamięci nieświadomej pozwala na jej zastosowanie w rehabilitacji. Przy wykorzystaniu opisanej wyżej metody torowania można do pewnego stopnia wykształcić nowe umiejętności u osób z amnezją i tym samym poprawić jakość życia chorych. Jedną z technik stosowanych w terapii osób z amnezją jest „metoda znikających wskazówek” opracowana przez psychologów Daniela Schactera i Elizabetha Glinsky. Polega ona na prezentacji początkowo coraz większej liczby wskazówek przypominających, aż do momentu udzielenia prawidłowej odpowiedzi. Stopniowo liczba niezbędnych wskazówek maleje, aż do momentu natychmiastowego podania wymaganej informacji (np. słowa do podanej definicji). Niestety, efekty treningu pamięci utajonej mają swoje istotne ograniczenia – nabyte umiejętności mogą być wykorzystywane tylko w specyficznych warunkach, identycznych do tych, w jakich były nabywane. Dodatkowo, zakres możliwości terapii z wykorzystaniem pamięci utajonej jest znacznie ograniczony i nie pozwala na usamodzielnienie

się osoby z głębokimi zaburzeniami pamięci świadomej.

Blaski i cienie pamięci utajonej

Warto pamiętać, że w codziennych sytuacjach stale wykorzystujemy utajony system pamięci nieświadomej. Dzięki niej jesteśmy bardziej efektywni podczas wykonywania rutynowych czynności i podczas szybkiego reagowania na zagrożenia.

Jednak nieświadomy wpływ poprzednio zapamiętanej informacji na późniejsze zachowanie może i jest faktycznie wykorzystywane do manipulacji i oddziaływania na ludzi niezależnie od ich woli. Przykładem może być podawanie w reklamach specjalnych obrazów lub hasel, które wpływają na podejmowanie późniejszych decyzji. Materiał reklamowy działa zgodnie z mechanizmem torowania – najpierw odbiorcy rejestrują obraz i dźwięki, a potem w sklepie szybciej identyfikują widziany wcześniej towar i niekiedy bezmyślnie podejmują decyzję zakupową. Podobnie wzbudzenie emocji w różnych przekazach medialnych stanowi podstawę nieświadomego powstawania uprzedzeń i stereotypów. Jak pokazują różne eksperymenty – można wywołać negatywne nastawienie wobec zupełnie nieznannej osoby, o ile wcześniej pojawiły się negatywne wypowiedzi o tej osobie lub tylko słowa, tylko

że poprzedzone przed fotografią i podane w bardzo krótkim czasie. W każdym z tych przypadków ludzie nie są w stanie podać powodów wykształcenia szybszej reakcji zakupowej lub negatywnego nastawienia, bo po prostu nie mają świadomych wspomnień. I dlatego swoje zachowania mogą tłumaczyć np. atrakcyjnością zakupionego towaru lub reakcją na zachowania osoby. Inaczej mówiąc, skoro nie posiadamy świadomych wspomnień z danej sytuacji, będziemy mieli tendencję do przypisywania sobie autorstwa w planowaniu zachowania. Czasem jest to bardzo zawodne. Przykładem może być zjawisko kryptomnezji, zwane inaczej nieświadomym plagiatem. Zasłyszana lub przeczytana mimochodem informacja zostaje początkowo zignorowana, ale w innych okolicznościach zostaje nieoczekiwanie przywołana i uznana za własny wytwór. Na szczęście kryptomnezja dotyczy prostych informacji i dlatego łatwo ją wywołać eksperymentalnie oraz odróżnić od zamierzonego plagiatu większych zakresowo informacji.

dr Piotr Markiewicz

CHCESZ WIEDZIEĆ WIĘCEJ?

- Jagodzińska, M. (2005). Pamięć bez wspomnień. W: E. Czerniawska (red.), Pamięć. Zjawiska zwykłe i niezwykłe. Warszawa: WSiP SA, s. 11-31.

„Profilaktyka dziś, to zdrowie jutro”

XXI finał Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy w WSS w Olsztynie

Dla ratowania życia dzieci i godnej opieki medycznej seniorów – pod takim hasłem zagrała tegoroczna Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, a blisko 120 tysięcy wolontariuszy zbierało pieniądze na ten szczytny cel. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie po raz kolejny przyłączył się do XXI finału, proponując mieszkańcom (w niedzielę, 13 I 2013 r.) darmowe badania okulistyczne, konsultacje i porady w zakresie układu kostno-stawowego udzielane przez specjalistów rehabilitacji i ortopedii, a także porady neurologiczne, masaż leczniczy dla osób zdiagnozowanych, którym zaleca się tę formę terapii. Proponowaliśmy też możliwość skorzystania z porad dyplomowanego psychologa.

Aby wszystko było uporządkowane, a pacjenci nie musieli zbyt długo czekać, WSS w Olsztynie odpowiednio wcześniej udostępnił dla pacjentów telefon, na który można było zadzwonić i zapisać się do specjalistów.

Zaczęliśmy w niedzielę, 13 stycznia 2013 r. o godz. 9.00.

W Sali konferencyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie przygotowaliśmy dla wszystkich zainteresowanych cykl spotkań ze specjalistami. Pacjenci, którzy tego dnia przyszli, mogli wysłuchać wykładów, jak również zadawać pytania specjalistom na nurtujące ich pytania, związane z zakresem specjalizacji lekarzy prelegentów.

W godz. 9.00-10.00 pod hasłem „Profilaktyka bólów kręgosłupa”, dr Piotr Siwik, ordynator Oddziału Rehabilitacyjnego WSS w Olsztynie przedstawił krótki i niezwykle ciekawy wykład na temat tego, jak należy o sobie dbać „dziś”, aby „jutro” nie mieć problemów z układem kostno-stawowym, ale również jak zaradzić niektórym bólowm występującym u osób szczególnie w podeszłym wieku. Pytań od słuchaczy było dużo, a dr Siwik w niezwykle wyczerpujący sposób starał się zaspokoić wiedzę obecnych na sali.

Z kolei w godz. 10.00-11.00 dr Grzegorz Dałek, specjalista neurolog z Oddziału Klinicznego Neurologicznego WSS w Olsztynie w krótkiej prelekcji na temat: „Jak rozpoznać udar mózgu?” przedstawił wszystkim, jakie są możliwości zapobiegania wystąpieniu udaru mózgu, a także jakie są objawy jego wystąpienia i jakie są możliwości leczenia i rehabilitacji.

Kończącym spotkanie z pacjentami był wykład: „Przeciwdziałanie osteoporozie i złamaniom”, prowadzony przez dr. Zygmunta Martynowskiego, specjalistę w zakresie ortopedii i traumatologii



narządu ruchu z Oddziału Klinicznego Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej WSS w Olsztynie. Prelegent postarał się zapoznać wszystkich z profilaktyką, jaką należy zastosować, aby nie dopuścić do ubytku masy kostnej, osłabienia struktury przestrzennej kości, co skutkuje zwiększoną podatnością na złamania. Pacjenci skrupulatnie notowali podane przez dr. Martynowskiego statystyki i profilaktyczne zalecenia.

Kolejnym punktem Białej Niedzieli w Szpitalu były badania diagnostyczne i konsultacje lekarskie.

W godz. 9.00-13.00 w swoim oddziale lekarze okuliści, w składzie: dr n. med. Maria Dowgird, dr Beata Dzielwulska-Perlińska, dr Arleta Berlińska, dr Beata Szarejko, zbadali wzrok w kierunku jaskry, a także dokonali pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego wszystkim pacjentom, którzy zadzwonili wcześniej i dokonali rezerwacji miejsca na wyszczególnione badania. Chętnych nie brakowało i wszystkie miejsca wypełniły się pacjentami. Przebadano 40 osób.

W godz. 10.00-14.00 – Pani mgr Krystyna Kosińska, psycholog z WSS w Olsztynie udzieliła porad 4 zapisanym osobom, które szukały pomocy dla siebie lub członka rodziny. Każda z wizyt trwała prawie godzinę.

W godz. 12.00-14.00 dr Zygmunt Martynowski, specjalista w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu udzielił konsultacji 14 wcześniej zarejestrowanym pacjentom, a dyplomowany masażysta Krzysztof Fogt w gabinecie masażu wykonał profesjonalny zabieg masażu klasycznego 14 pacjentom, chcącym pozbyć się bólów mięśni i stawów.

W trakcie Akcji WOŚP w WSS w Olsztynie 3 wolontariuszy (Paulina Szitenhelm – Liceum Plastyczne w Olsztynie, Wiktoria Szitenhelm – Szkoła Podsta-



wowa nr 2 w Olsztynie i Paweł Tajnert z UWM), zbierało pieniądze do puszek, a wszystkich biorących udział w akcji poczęstowano „święteczną krówką”.

W tym roku, tak jak zawsze, WOŚP pochyliła się nad problemami polskiej medycyny dziecięcej. Pomoc realizowana będzie poprzez zakup sprzętu medycznego do jednostek opieki zdrowotnej, które mają podpisany kontrakt z NFZ. Jednak po 20 latach działalności w bezpośredniej bliskości służby zdrowia zauważo-



problemów, jakie są związane z tą dziedziną medycyny. Fundacja chce jednak zwrócić uwagę Polaków na wszystkie kwestie związane z jakością opieki medycznej, a także i niestety na bardzo częste zjawisko wykluczenia, jakie dotyka ludzi w podeszłym wieku.

okazją, by uświadomić nam wszystkim, że jest to problem, którego nie można dalej unikać. W ciągu minionej dekady obserwujemy postępujące zmiany sytuacji demograficznej. Społeczeństwo się starzeje, upada tradycyjny model rodziny wielopokoleniowej. Wokół nas żyje i będzie żyło coraz więcej osób w podeszłym wieku, wymagających pomocy medycznej w walce z chorobami przewlekłymi, osób, które zasługują na dobre wyposażenie oddziałów szpitalnych, ośrodków opiekuńczych, na troskę i zrozumienie lekarza, i na końcu na poszanowanie godności przez wszystkich dookoła.

Pieniądze zebrane w XXI. Finale Fundacja chce podzielić następująco:

- połowę na wsparcie terapii noworodka i niemowlaka,
- połowę na wyposażenie w sprzęt szpitali geriatrycznych i zakładów opiekuńczo-leczniczych. W tym drugim przypadku pomoc trafi tylko do kilku wybranych placówek w każdym województwie.

OD WIELU LAT WIELKA ORKIESTRA ŚWIĄTECZNEJ POMOCY JURKA OWSIAKA WSPOMAGA NAS I TO ZNACZĄCO

Otrzymaliśmy:

- aparaty do przesiewowego badania słuchu u noworodków,
- CPAP i 4 aparaty SiPAP – służące do nieinwazyjnego wspomaganie oddechu u noworodka,
- inkubator transportowy, dzięki któremu już na sali porodowej, od pierwszej minuty, możemy wspomagać oddech u noworodka,
- respirator oscylacyjny do mechanicznej wentylacji maluszka, w przypadku kiedy zawodzą tradycyjne metody wentylacji mechanicznej,
- USG do przezciemieniowego badania głowy u wcześniaków i noworodków,
- pulsoksymetrię, służące do monitorowania saturacji i czynności serca u noworodków.

POSIADAJĄC TEN SPRZĘT UCZESTNICZYMY W 2 PROGRAMACH:

- w programie nieinwazyjnego wspomaganie oddechu noworodków
- w programie przesiewowego badania słuchu u noworodków

no również, jak bardzo pomocy potrzebują także seniorzy. Dlatego ten Finał, w znacznej części dedykowany był ludziom w podeszłym wieku, chorym na choroby przewlekłe. Jednak jak zauważono, WOŚP nie jest i nigdy nie będzie w stanie rozwiązać ogromnej liczby

W Polsce istnieje niewiele oddziałów geriatrycznych, zdecydowanie za mało w stosunku do potrzeb. Jest to jedna z najbardziej zaniedbanych dziedzin w polskim systemie ochrony zdrowia. Sztab WOŚP ma nadzieję, iż rozgłos, jaki zawsze towarzyszy Finałowi, będzie

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, jako największy podmiot leczniczy w województwie warmińsko-mazurskim jest często odwiedzany przez lokalne media, a lekarze specjaliści w nim pracujący uznawani za autorytety w wielu dziedzinach i brani jako rozmówcy do wielu wywiadów radiowych, telewizyjnych, czy artykułów prasowych.

Dlatego też w niedzielę już od samego rana ekipa telewizyjna z TVP przygotowała się do wejścia na żywo na antenę ogólnopolską, przeprowadzając wywiad z Ireną Kierzkowską, dyrektorem WSS w Olsztynie i z dr. Piotrem Siwikim, ordynatorem Oddziału Rehabilitacyjnego odnośnie zapotrzebowania sprzętowego polskich szpitali w kierunku leczenia seniorów.

Magdalena Kantorczyk



Szpital – ziemia obiecana dla bakterii?

Szpital kojarzy się ze zdrowiem, higieną, sterylnością. Białe fartuchy, czysta pościel, środki dezynfekcyjne, sprzęt jednorazowy. Wydawać by się mogło, że nie jest to raj dla bakterii, które kojarzą nam się z brudem, ściekami, zaniedbaniami. Okazuje się jednak, że wbrew pozorom środowisko szpitalne stanowi idealne miejsce dla rozwoju różnych mikroorganizmów. Swoiste Eldorado – ten kto przeżyje ciężkie warunki aklimatyzacji będzie żył potem jak przysłowiowy pączek w maśle. Jak to jest możliwe?

Po pierwsze – szpital z samej definicji gromadzi na niedużym obszarze bardzo dużo chorych osób. Są to często pacjenci z obniżoną odpornością (bardzo łakomy kąsek dla wszelkich mikroorganizmów), unieruchomieni na łóżkach, połamani, z ranami po wypadkach, poprzekłuwani wenflonami, cewnikami, czy drenami, zaintubowani, poddawani chemioterapii itp. Każda z tych osób, gdyby była zdrowa, stanowiłaby dla chorobotwórczych bakterii swoisty zamek warowny, gdzie układ odpornościowy sam decyduje, kogo wpuścić, a kogo nie, znajduje nieproszonego lub „awanturującego” się gościa i usuwa z organizmu. Ale kiedy zdrowy obywatel staje się pacjentem, ta warownia zostanie uszkodzona i narażona na ataki bakterii, grzybów, czy wirusów. Własna, przyjazna flora bakteryjna – tzw. flora fizjologiczna, zostaje wyparta przez bardziej agresywne bakterie ze środowiska zewnętrznego, albo przechodzi na stronę wroga ukazując swoje drugie – zjadliwe oblicze. To kiedy pacjent – warownia podda się, zależy od wielu czynników, np. jak bardzo ciężka jest choroba, jak długi jest pobyt w szpitalu, czy pacjent miał pecha i zetknął się z bardzo zjadliwym obcym szczepem, czy i jak był leczony itp. Szpital jest zbiorowiskiem takich ludzkich warowni, z których większość obroni się, ale wiele poniesie klęskę.

Inteligentne szczepy

Z drugiej strony mamy przecież broń na bakterie i inne nieprzyjemne mikroorganizmy: środki dezynfekcyjne, czy antybiotyki. Jest to błogosławieństwo, ale i przekleństwo szpitala. Błogosławieństwo, bo pozwala zapanować nad większością zakażeń. Przekleństwo – bo zmusza do samoobrony szczepy bakteryjne zadomowione w środowisku szpitalnym i powoduje, że nabywają one oporność zarówno na antybiotyki, jak i na środki dezynfekcyjne. W poza szpitalnym środowisku, bez kontaktu z antybiotykami, bakterie bardzo rzadko wypracowują sobie taką oporność,

bo im się to po prostu nie opłaca. Każda mutacja jest dla komórki bakteryjnej obciążeniem – wolniej się rozmnaża, więc nie stanowi konkurencji dla „dzikich” współbraci. Ale taka mutacja w szpitalu to strzał w dziesiątkę. Zmutowaną bakterię stać na wolniejszy wzrost, bo nie ma konkurencji – „dzikie” szczepy szybko giną pod wpływem antybiotyków (oprócz tych które przeżyją i zdążą przejść mutację odpornościową). Reasumując, może w szpitalu jest mniej bakterii niż na poczcie, ale są one za to bardziej złośliwe i bardziej odporne na wszelkie środki antyseptyczne. Co gorsza, mogą swoje geny oporności przekazywać nie tylko potomstwu, ale także i niespokrewnionym sąsiadom. Niektóre z nich zasłużyły na miano super-bakterii (w negatywnym znaczeniu). Przyzwyczailiśmy się do MRSA, czyli gronkowców złocistych opornych

na penicyliny, ceflosporyny i inne antybiotyki, bo jeszcze jest czym leczyć wywołane przez nie zakażenia. Tym odkurzonym antybiotykiem jest wankomycyna, która przez lata była pomijana z powodu wielu niekorzystnych działań ubocznych. Została tak zrehabilitowana, że zaczęła uchodzić za najlepszy antybiotyk, który coraz częściej stosuje się do leczenia zakażeń wszystkimi gronkowcami, niezależnie od mechanizmu oporności. Efektem jest pojawienie się szczepów gronkowców i enterokoków opornych na ten antybiotyk. O ile enterokoki nie wykazują zbyt dużej zjadliwości, to nieleczone zakażenie (bo nie ma czym) wywołane przez *Staphylococcus aureus*, czyli gronkowca złocistego może skończyć się bardzo niepomyślnie dla pacjenta. Gronkowiec ten może spowodować sepsę, zapalenie kości, zapalenie tkanek miękkich łącz-



nie z ich „rozpuszczeniem”. Swoistymi celebrytami wśród bakterii stały się pałeczki KPC, czy NDM-1. KPC to głównie szczepy *Klebsiella pneumoniae*, które są odporne na większość dostępnych antybiotyków w tym nawet na karbapenemy. Jednocześnie wykazują większą zakaźność i zjadliwość niż mniej odporne szczepy. Pojawienie się takiego typu bakterii w szpitalu wiąże się z wielkim zagrożeniem dla zdrowia i życia pacjentów, koniecznością ścisłej izolacji zakażonego lub skolonizowanego pacjenta. W Polsce KPC nie jest już rzadkością. W 2008 roku pojawiły się w warszawskich szpitalach i rozprzestrzeniły wraz z pacjentami po placówkach zdrowia na Mazowszu, a potem po całym kraju. Szczególne predyspozycje mają duże, specjalistyczne szpitale, gdzie stosuje się bardzo dużo antybiotyków. W związku z realnym zagrożeniem, zostały opracowane polskie wytyczne postępowania w przypadku wykrycia szczepu KPC (+). Najważniejszym elementem jest jak najszybsze wykrycie pierwszego szczepu KPC (+), aby móc wdrożyć na czas właściwe procedury kontroli zakażeń i nie dopuścić do rozprzestrzenienia się szczepu po środowisku szpitalnym.

Oporne na antybiotyki

Kolejnym, coraz bardziej realnym zagrożeniem są szczepy pałeczek (głównie

Klebsiella pneumoniae, ale i *Escherichia coli*) z opornością typu NDM-1. Są to szczepy wyizolowane po raz pierwszy w zakażeniach szpitalnych w New Delhi (stąd skrót ND) i wytwarzające enzym typu metalobetalaktamaza nadającą oporność na wszystkie antybiotyki beta-laktamowe (penicyliny, cefalosporyny, karbapenemy) przy jednoczesnej oporności na praktycznie wszystkie powszechnie stosowane antybiotyki. *Klebsiella pneumoniae* NDM-1 wbrew swej nazwie nie ogranicza się do granic Indii, czy Pakistanu. Jest coraz częściej spotykana w całej Europie. Rozgłosu NDM nadał przypadek turysty z Europy, który uległ wypadkowi w Indiach i z otwartą raną trafił do szpitala w New Delhi. Po kilkudniowym pobycie w indyjskim szpitalu wrócił do Europy i tam okazało się, że jego własna flora jelitowa nabyła gen oporności od azjatyckich szczepów, czego konsekwencją było zakażenie układu moczowego własnym ale zmienionym szczepem opornym na wszystkie dostępne antybiotyki. Pacjent zmarł. I nie był to jedyny taki przypadek. Rząd Indii oficjalnie zaprotestował przeciwko kojarzeniu tego typu szczepów z jego krajem i zażądał zmiany ich nazwy. Ale biorąc pod uwagę powszechną, niekontrolowaną dostępność antybiotyków trudno się dziwić, że właśnie tam powstała taka super-bakteria. Przykładów takich

bardzo groźnych typów opornych bakterii jest coraz więcej i stanowią one realne zagrożenie dla pacjentów powierzonych opiece szpitala. Szacuje się, że w Europie co rok około 25 000 chorych umiera z powodu zakażeń wywołanych przez bakterie odporne na wszystkie możliwe w stosowaniu, w danych przypadkach antybiotyki.

Czy zawsze 2 + 2 = 4?

Bardzo wiele bakterii chorobotwórczych, w sprzyjających warunkach, może w ciągu 0,5-1 godziny podwoić swoją ilość. Bardzo wielu pacjentów przebywających w szpitalu ma tak obniżoną odporność, że stanowią super pożywkę dla zarazków. Coraz większa liczba różnych antybiotyków stosowanych w szpitalu powoduje coraz większą liczbę bakterii tzw. MDR (multi drug resistant) – czyli opornych na większość antybiotyków. Zgodnie z arytmetyką około 1/4 pacjentów powinno umrzeć na zakażenie nabyte w szpitalu.

Na całe szczęście jeszcze potrafimy walczyć, a co ważniejsze, zapobiegać zakażeniom szpitalnym, choć stanowi to coraz trudniejsze wyzwanie. Każda placówka medyczna ma ustawowy obowiązek zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Najtańsze jest zapobieganie, czyli kontrolowanie na bieżąco oporności bakterii wyhodowanych



Zespół pracowników Zakładu Bakteriologii

od pacjentów szpitalnych, aby w porę wychwycić tzw. alert-patogeny i jak najszybciej zareagować (dobór antybiotyku, izolacja pacjenta). Nie do przecenienia są badania przesiewowe pacjentów przybyłych do szpitala, którzy mogą być nosicielami bakterii o dużej zjadliwości, czy oporności. Ma to dodatkowe znaczenie w czasach, gdy coraz więcej jest spraw sądowych zakładanych przez pacjentów. Bardzo duży odsetek roszczeń, to sprawy związane z zakażeniami szpitalnymi, bo przypadki takie są nie do uniknięcia nawet w najlepszych szpitalach, a stosunkowo łatwo je udowodnić.

Broń w rękach szpitala

Dlatego dobrą linią obrony są nakłady szpitala na diagnostykę zakażeń, kontrolę środowiska szpitalnego, kontrolę nosicielstwa zarówno u pacjentów, jak i personelu medycznego oraz polityka epidemiologiczna.

Im bardziej specjalistyczne procedury wykonuje szpital, im więcej przebywa tam pacjentów z tzw. grup ryzyka (choroby nowotworowe, metaboliczne, przeszczepy), tym bardziej jest narażony na zakażenia szpitalne i tym częściej będą to zakażenia wywołane przez wielooporne bakterie. Tego praktycznie nie da się uniknąć. Można tylko zrobić wszystko, by w porę wychwycić zakażenie i zastosować odpowiedni antybiotyk. Bardzo ważne jest szybkie dostarczenie materiału do laboratorium. I nie tyle chodzi tu o skrócenie czasu diagnostyki, bo mikrobiologia ma swoje wymagania i nie można zmusić bakterii do szybszego wzrostu, ale o zabezpieczenie materiału klinicznego (zbyt długi transport, nieodpowiednia temperatura, uszkodzenie materiału).



A. Onyszk, E. Michałowska – obecna i była kierownik Zakładu Bakteriologii

Podstawowym warunkiem powodzenia hodowli jest prawidłowe pobranie materiału od pacjenta tak, aby wynik posiewu był wiarygodny. Zakład Bakteriologii WSS w Olsztynie opracował i wdrożył poprzez szkolenia procedurę opisującą prawidłowy sposób pobierania i transportu materiału biologicznego. W sytuacjach wątpliwych na bieżąco służymy swoją wiedzą. Ściśle współpracujemy z Zespołem do Spraw Zakażeń. co roku sporządzamy mapę mikrobiologiczną szpitala i oceniamy zmiany w lekooporności wyhodowanych szczepów oraz zużycia antybiotyków. Każdy szczep o niepokojącej lekooporności jest sprawdzany pod kątem mechanizmów i możliwości rozprzestrzenienia się. W naszym szpitalu pojawiły się szczepy wielooporne, ale (jeszcze) nie stwierdziłyśmy obecności tych najbardziej niepokojących.

Mam przyjemność pracować w laboratorium mikrobiologicznym, które od zawsze istniało w naszym szpitalu i od zawsze uczestniczyło w procesach

lecniczych. Posiadamy europejskiej klasy sprzęt i podłoża, które umożliwiają prowadzenie wysokiej klasy diagnostyki opartej na najnowszych wytycznych i ciągle aktualizowanej wiedzy. Zakład Bakteriologii od wielu lat uzyskuje certyfikaty jakości wiarygodności Polmikro, NEQAS, ECDC. W związku z tym, że WSS poszerza zakres działalności, my także rozszerzamy swoją diagnostykę, szczególnie mykologiczną i beztlenowcową (w tym wykrywanie toksyn *Clostridium difficile* wg najnowszych wytycznych). Jednak największym sukcesem Zakładu Bakteriologii nie jest wysokiej jakości diagnostyka, ale zgrany i oddany pracy zespół. Zawsze służymy wiedzą i radą (oraz miłą atmosferą). Może nie ochronimy szpitala przed pojawieniem się super-bakterii, ale naszym zadaniem jest jak najszybsze ich zlokalizowanie, zidentyfikowanie i niedopuszczenie do rozprzestrzenienia się.

mgr Anna Onyszk
Kierownik Zakładu Bakteriologii



Występowanie bakterii opornych na antybiotyki stało się codziennym problemem szpitali w całej Europie. Niewłaściwe stosowanie antybiotyków może przejawiać się w następujących działaniach:

- Gdy antybiotyki przepisywane są na wyrost;
- Gdy terapia antybiotykowa włączana jest zbyt późno u poważnie chorych pacjentów;
- Gdy spektrum terapii antybiotykowej jest zbyt wąskie, bądź zbyt szerokie;
- Gdy dawka antybiotyku jest zbyt niska, bądź zbyt wysoka w porównaniu z dawką właściwą dla danego pacjenta;
- Gdy trwanie terapii antybiotykowej jest zbyt krótkie, bądź zbyt długie;
- Gdy terapia antybiotykowa nie zmienia się na celowaną wraz z dostępnością wyniku badania mikrobiologicznego.



Ministerstwo Zdrowia

Ulotka sfinansowana ze środków będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach programu zdrowotnego pn.: „Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015”



www.antybiotyki.edu.pl

ANTYBIOTYKI – zachowaj ostrożność!

O czym musisz pamiętać, zanim przepiszesz antybiotyki:

- Czy przed włączeniem antybiotykoterapii pobrano odpowiedni materiał na posiew?
- Czy wynik posiewu i antybiogram wskazują na potrzebę podjęcia antybiotykoterapii lub zmiany podawanego antybiotyku?
- Jaki jest właściwy antybiotyk?
- Jaki jest właściwy czas i dawka podawania antybiotyku w leczeniu tego typu zakażenia u konkretnego pacjenta?
- Czy antybiotyk zastosowany w terapii empirycznej wybrałeś/aś zgodnie z danymi na temat lekooporności w twoim szpitalu?
- Czy w razie niepowodzenia leczenia skontaktowałeś/aś się ze specjalistą ds. antybiotykoterapii?

Niewłaściwe stosowanie antybiotyków prowadzi do lekooporności!



Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach

Europejska inicjatywa zdrowotna

Nie bierz niepotrzebnie antybiotyki!

Antybiotyki leczą tylko infekcje bakteryjne. Nie działają na wirusy i choroby przez nie wywoływane.



Nie leczą:

- ✓ Grypy
- ✓ Przeziębienia
- ✓ Opryszczki
- ✓ Większości ostrych zapaleń gardła i oskrzeli
- ✓ Większości przyczyn kaszlu
- ✓ Zielony lub żółty katar NIE świadczy o zakażeniu bakteryjnym. Nie jest podstawą do podania antybiotyku.

Pamiętaj

- ✓ Nigdy nie stosuj antybiotyku, którego nie przepisał lekarz.
- ✓ Przy kolejnej infekcji nigdy nie przyjmuj antybiotyku, który pozostał w domu po poprzedniej kuracji. Nie lecz się samodzielnie.
- ✓ Zaufaj wiedzy lekarza – nigdy nie namawiaj, by przepisał Ci antybiotyk.
- ✓ Bez względu nie stosuj się do zaleceń lekarza. Doprowadź kurację do końca, nawet gdy już wcześniej poczujesz się lepiej.

Aby zapobiegać:

- ✓ Bądź aktywny, odżywiaj się racjonalnie. Zdrowa dieta i ruch wzmacniają odporność.
- ✓ Stosuj podstawowe zasady higieny – są one pomocne w walce z bakteriami.

Utrzymanie skuteczności antybiotyków zależy od każdego z nas! Bierz antybiotyki odpowiedzialnie!

18 listopada

Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach

Europejska inicjatywa zdrowotna



Ministerstwo Zdrowia

Ulotka sfinansowana ze środków będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach programu zdrowotnego pn.: „Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015”



www.antybiotyki.edu.pl

Rak jelita grubego

Rokrocznie u prawie 4 milionów mieszkańców Europy diagnozuje się nowotwór złośliwy, z wyjątkiem nowotworów skóry innych niż czerniak, a blisko 2 miliony osób umiera na raka. Aspekt zapobiegania i leczenia nowotworów złośliwych jest kluczowym problemem i ogromnym wyzwaniem dla całego systemu opieki zdrowotnej w całej Europie, nie tylko w Polsce, ponieważ stały się one główną przyczyną przedwczesnych zgonów Polaków (przed 65 rokiem życia).



Województwo warmińsko-mazurskie również nie odbiega od statystyk stwierdzanych w całej Polsce, a także w Europie, ponieważ wiodącymi przyczynami zgonów były w 2011 roku, podobnie jak i w roku poprzednim, nowotwory złośliwe (blisko 3,5 tysiąca zgonów), stanowiły one 25,2% ogółu.

Rodzinna polipowatość gruczolakowata (FAP) jest przyczyną około 0,5% przypadków raka jelita grubego, w przeważającej części pokarmowym chorych pojawiają się mnogie gruczolaki, występują też objawy pozajelitowe, takie jak guzy tkanek miękkich i kości, zmiany barwnikowe na dnie oka oraz guzy desmoidalne w jamie brzusznej lub tkankach miękkich powłok ciała. Do przekształcenia gruczolaków w raka, czasem wieloogniskowego, dochodzi już około 40 roku życia. Chorzy powinni zostać poddani profilaktycznej proktokolektomii przed 20 rokiem życia, w części przypadków, z nielicznymi polipami w odbytnicy, możliwe jest jej pozostawienie, konieczne są jednak częste kontrole endoskopowe (średnio co 3 do 6 miesięcy), ponieważ ryzyko rozwoju raka wynosi 100%. Badania endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego należy wykonywać do 1-3 lat.

Dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (HNPCC), zwany zespołem Lyncha, stanowi około 3-4% wszystkich raków jelita grubego. U tych pacjentów ryzyko rozwoju raka jelita grubego wynosi 80%, natomiast endometrium 30%. W tym zespole gruczolaki są nieliczne, występują prawostronnie i częściej niż gruczolaki sporadyczne zawierają element kosmkowy lub cechują się dysplazją dużego stopnia, przy stwierdzeniu raka okrężnicy, najczęściej wykonuje się kolektomię z zespoleniem krętnico-odbytniczym. Przy zachowaniu odbytnicy należy ją kontrolować endoskopowo co roku.

Wcześniej wywiad raka jelita grubego u pacjenta stanowi jeden z ważniejszych genetycznych czynników ryzyka ponownego zachorowania, zmiany metachroniczne pojawiają się u około 3% chorych w ciągu 5 lat po leczeniu operacyjnym. Dodatni wywiad rodzinny występowania polipów gruczolakowatych (powyżej 1 cm, o utkaniu kosmkowym i cewkoko-kosmkowym) stanowi blisko 7-krotnie wyższe ryzyko zachorowania na raka jelita grubego.

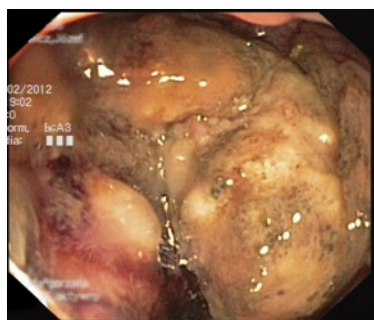
Różnice w charakterystyce epidemiologicznej raka jelita grubego spowodowane są działaniem różnych, wielokierunkowych czynników środowiskowych. Jako najważniejszy i najlepiej udokumentowany powód wymieniany jest nieprawidłowy sposób odżywiania, a przede wszystkim spożywanie pożywienia bogatego w czerwone mięso i tłuszcze zwierzęce, a ubogiego w selen i włókna roślinne (dieta niskobłonnikowa). Wbrew oczekiwaniom ograniczenie spożycia tłuszczów zwierzęcych w spożywanych posiłkach oraz jednoczesne zwiększenie liczby dań zawierających warzywa i owoce nie zmniejszało ryzyka zachorowania na raka odbytnicy u kobiet w okresie menopauzy; obserwacja trwała około 8 lat, w tej samej grupie chorych nie stwierdzono ochronnego wpływu wapnia, ani witaminy D2 podawanych przez 7 lat. Znaczenie wielu innych czynników przeciwnowotworowych, między innymi statyn, kwasu foliowego, witamin antyoksydacyjnych (A, C, E), którym wcześniej przypisywano działanie chemoprewencyjne, nie zostało ostatecznie potwierdzone. Liczne badania prospektywne dowodzą, że osoby z otyłością brzuszną

(przy BMI > 24,9), a także ograniczające aktywność fizyczną mają zwiększone ryzyko zachorowania, a także skrócone przeżycie już po rozpoznaniu.

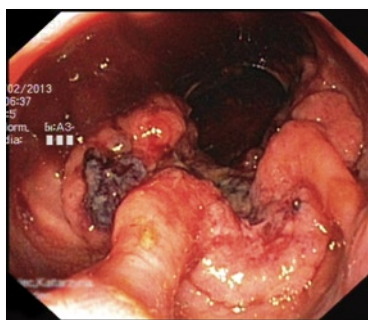
Pacjenci chorujący na cukrzycę mają około 30% wyższe ryzyko zachorowania na raka jelita grubego, a jeszcze wyższe ryzyko obserwuje się przy insulinoterapii trwającej powyżej roku, natomiast spożywanie alkoholu (powyżej 45 gramów dziennie) powoduje niewielki wzrost ryzyka.

Nieswoiste zapalenia jelita grubego (wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Leśniowskiego-Crohna) stanowią bardzo istotny problem kliniczny oraz znacząco zwiększają możliwość zachorowania na raka jelita grubego – od 5, 10-krotnie większe ryzyko stwierdza się u pacjentów z pancolitis, 3-krotnie po około 20 latach trwania lewostronnego colitis, a dodatkowo przy współistnieniu pierwotnego stwardniającego zapalenia dróg żółciowych (PSC) to ryzyko wzrasta 2-krotnie.

Niektóre objawy raka jelita grubego zależą od jego lokalizacji i stopnia zaawansowania, najczęściej jednak dominują bóle brzucha (prawie u 44 % pacjentów) oraz zmiana rytmu wypróżnień (dotyczy około 43%, jest to pojawienie się biegunki lub zaparcia), ponadto również występują makroskopowe lub utajone krwawienia jelitowe, uczucie osłabienia, niedokrwistość objawowa, spadek masy ciała. Jawne krwawienia jelitowe i zmiana rytmu wypróżnień to najczęstsze objawy raka odbytnicy i lewej połowy okrężnicy, natomiast nierzadko jedynym symptomem w guzach kątnicy i wstępnicy jest niedokrwistość.



Rak odbytnicy (materiały własne Pracowni Endoskopowej WSS w Olsztynie)



Obraz prawidłowy jelita grubego

U około 20% pacjentów już w momencie rozpoznania występują przerzuty odległe. Krwotok lub perforacja przewodu pokarmowego zdarzają się rzadko, natomiast u około 6% chorych pierwszym objawem raka jelita grubego jest niedrożność, która może dotyczyć każdego odcinka okrężnicy, ale najczęściej zlokalizowany jest w zstępnicy i esicy.

Objawami nietypowymi raka jelita grubego mogą być symptomy sugerujące chorobę uchyłkową, a także najczęściej zlokalizowana w esicy lub kątnicy, infiltracja miejscowo może tworzyć przetoki do narządów sąsiednich, np. do pęcherzyka żółciowego, jelita cienkiego.

Najważniejszym badaniem diagnostycznym w raku jelita grubego jest kolonoskopia, dzięki której możliwe staje się samo wykrycie guza, pobranie z niego wycinków do badania histopatologicznego i obejrzenie całego jelita w poszukiwaniu zmian synchronicznych (dwa lub więcej guzów pierwotnych, oddzielonych od siebie prawidłowym jelitem, występują u około 3-5 % chorych). Ultrasonografia jamy brzusznej oraz tomografia komputerowa są pomocne przy wykrywaniu przerzutów do wątroby i węzłów chłonnych. Do oceny stopnia rozprzestrzenienia raka odbytnicy służą endosonografia i obrazowanie rezonansem magnetycznym. Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) jest bardzo dobrą metodą stwierdzania wznowy raka odbytnicy lub okrężnicy, ale ma niewielką wartość przy stopniowaniu guzów pierwotnych. Znaczenie diagnostyczne, szczególnie przy stwierdzaniu wznowy, ma oznaczanie stężenia antygeny rakowo-płodowego (CEA). Przydatne przy diagnozowaniu raka jelita grubego jest kolonografia wirtualna oraz kapsułka kolonoskopowa.

Głównym sposobem leczenia raka odbytnicy lub okrężnicy jest resekcja guza, połączona z usunięciem okolicznych węzłów chłonnych, dokonuje się to metodą tradycyjną oraz laparoskopowo, z podobnymi wynikami onko-

logicznymi odległymi. Ponadto stosuje się chemioterapię i radioterapię.

Istnieją dwie metody zapobiegania nowotworom odbytnicy i okrężnicy: badania przesiewowe nastawione na wykrywanie mało zaawansowanych raków i gruczolaków jelita grubego oraz chemoprewencja ukierunkowana na zapobieganie rozwojowi nowotworów (kwas acetylosalicylowy, klasyczne niesteroidowe leki przeciwzapalne, wybiórcze inhibitory cyklooksygenazy 2-COX-2).

Złotym standardem w badaniach przesiewowych nowotworów jelita grubego jest kolonoskopia. W Polsce od 2000 r. funkcjonuje Program Badań Przesiewowych dla Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego finansowany przez Ministerstwo Zdrowia, w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych i jest realizowany w ponad 80 ośrodkach na terenie całego województwa warmińsko-mazurskiego, również w Pracowni Endoskopowej WSS w Olsztynie. Osobami, do których skierowany jest ten program są wszystkie osoby w wieku 50-65 lat bez objawów takich, jak krwawienie z przewodu pokarmowego, biegunka lub zaparcie, które pojawiło się w ciągu ostatnich kilku miesięcy, a którego przyczyna nie jest znana, a także chudnięcie lub anemia bez znanej przyczyny oraz osoby w wieku 40-49 lat bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego. Do badania nie są kwalifikowane osoby, które miały wykonaną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat.

Rak jelita grubego jest niezwykle częstą przyczyną zgonów i utrzymuje bardzo wysokie miejsca w zestawieniach zapadalności na nowotwory złośliwe nieustannie od wielu lat, jego przebieg bywa niezwykle dramatyczny, a wcześniej wykryty jest całkowicie wyleczalny, więc walka z nim jest warta szczególnego wysiłku.

lek. med. Anna Woś

0 raku jelita



**dr n. med.
Tomasz
Arłukowicz,
ordynator Oddziału
Gastroenterologicznego
w WSS w Olsztynie**

– Jaki nowotwór złośliwy najczęściej dotyczy przewodu pokarmowego?

– Najczęstszym nowotworem złośliwym dotyczącym przewodu pokarmowego, a jednocześnie drugim co do częstości występowania wszystkich, biorąc pod uwagę kobiety i mężczyzn razem, jest rak jelita grubego (w 2007 r. zachorowało ponad 13 tys. osób w całej Polsce). Około 9-10% wszystkich zgonów spowodowanych zostało tym rodzajem raka, dało to około 9 tys. osób w 2007 r.

– Czy liczba zachorowań jest porównywalna w każdym roku i kogo najczęściej ta choroba dotyka?

– Niestety z roku na rok stwierdza się zwiększoną zapadalność na raka jelita grubego (z 282 przypadków w 2010 r. do 347 w 2011 r.). Rak jelita grubego bardzo rzadko występuje u osób poniżej 40 roku życia, stopniowo wzrasta ryzyko z wiekiem, natomiast szczyt zachorowań obserwowany jest między 70. a 80. rokiem życia.

– Co wiadomo na temat przyczyny choroby?

– Rozwój raka jelita grubego jest warunkowany wieloma czynnikami, jako najważniejsze wymienia się genetyczne i środowiskowe. Pojedyncze gruczolaki, zespoły polipowatości oraz nieswoiste choroby zapalne jelit stanowią stany przedrakowe.

Do nowotworów jelita grubego warunkowanych genetycznie należą zespoły polipowatości oraz dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością (zespół Lynch). Stanowią one łącznie około 5% raków odbytnicy. Do genetycznych czynników ryzyka zalicza się zespoły z gruczolakami (polipowatość rodzinna – FAP, łagodna polipowatość rodzinna – AFAP, polipowatość związana z genem MUTYH, zespół Lynch – HNPCC), zespoły hamartoma (zespół Peutza-Jeghersa, polipowatości młodzieńczej) oraz zespół Cowden.

– Dziękuję za rozmowę.

Barbara Szymczuk

NAJCZĘSTSZA PRZYCZYNA ZGONÓW W WOJEWÓDZTWIE WARMIŃSKO-MAZURSKIM W 2011 R.			
Rodzaj nowotworu		Liczba zgonów	
nowotwór złośliwy oskrzeli i płuc		975 zgonów	
nowotwór jelita grubego	Zagięcia esicoodbytniczego	242 zgony	razem 344 zgony
	nowotwór złośliwy odbytnicy	102 zgony	
nowotwór żołądka		203 zgony	

Projekty unijne w szpitalu – skrzydło nowych możliwości



Prace związane z realizacją projektów współfinansowanych ze środków unijnych zbliżają się ku końcowi. Niektórzy powiedzą uf, jak dobrze, ale wtajemniczeni wiedzą, że to kolejny, trudny etap ich realizacji. Zobowiązanie do zakończenia realizacji projektu wynika z postanowień umowy o dofinansowanie przedsięwzięcia i jest to zakończenie zarówno pod względem rzeczowym, jak i finansowym.

Zakończenie rzeczowe projektu to data:

- wykonania pełnego zakresu rzeczowego projektu zgodnie z umową o dofinansowanie oraz harmonogramem rzeczowo-finansowym, co oznacza zrealizowanie wszystkich zadań/etapów realizacji projektu,
- udokumentowania wykonania robót, dostaw i usług protokołami odbioru,
- udokumentowania wykonania robót, dostaw i usług fakturami o równoważnej wartości dowodowej,
- udokumentowania wykonania robót, dostaw i usług innymi dokumentami potwierdzającymi zgodność rea-

lizacji projektu z warunkami umowy o dofinansowanie, wymienionymi w treści umowy o dofinansowanie w części dotyczącej warunków wypłaty dofinansowania,

- podpisania przez beneficjenta ostatecznego protokołu odbioru, świadectwa wykonania lub innego dokumentu równoważnego w ramach projektu potwierdzającego wykonanie prac/odbioru towaru.

Zakończenie finansowe realizacji projektu to data zrealizowania pełnego zakresu finansowego projektu, co oznacza zrealizowanie przez beneficjenta wszystkich płatności w ramach projektu, tj. poniesienia wszystkich wydatków i pozyskania niezbędnych dokumentów stanowiących podstawę uznania wydatków za kwalifikujące się do objęcia wsparciem w ramach realizowanego projektu: właściwie opisa-

nej i zakwalifikowanej do odpowiedniej kategorii wydatków faktury, to protokół odbioru robót lub sprzętu, protokół instalacji oraz szkolenia personelu.

Szczegółowe postanowienia dotyczące zakończenia realizacji projektu, w tym zakończenia finansowego i rzeczowego mogą się różnić w zależności od programu operacyjnego, w ramach którego realizowany jest projekt. Postanowienia te są uregulowane w umowach o dofinansowanie, których wzory są dostępne na stronach internetowych instytucji organizujących konkursy.

W szpitalu realizowane są projekty w ramach różnych programów operacyjnych, dlatego też i wymagania są różne. Pora podsumować prace związaną z ich realizacją.

Jednym z nich jest „**Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi**” – projekt realizowano od 29 czerwca 2009 r. do 31 października 2012 r. Celem głównym projektu było „stworzenie warunków do powstania nowo-

CENTRUM URAZOWE W LICZBACH:

• Całkowita wartość projektu	13 310 377,52 zł
• Koszty kwalifikowalne	11 228 000,00 zł
• Koszty niekwalifikowalne	2 082 377,52 zł
• Kwota dofinansowania (85% wydatków kwalifikowanych)	9 543 800,00 zł
• Wkład własny (15% wydatków kwalifikowanych)	1 684 200,00 zł
• koszty niekwalifikowane	2 082 377,52 zł



Sprzęt zakupiony w ramach projektu Centrum urazowe



Spotkanie zespołu realizującego projekt Centrum Urazowego

E- PACJENT W LICZBACH

• Całkowita wartość projektu	3 792 766,17 zł
• Wydatki kwalifikowane	3 787 881,20 zł
• Środki europejskie (EFRR) 85%	3 219 699,01 zł
• Wkład własny beneficjenta 15%	568 182,19 zł

czesnego centrum urazowego, dającego możliwość szybkiego, wieloprofilowego, wyspospecjalistycznego leczenia pacjentów z wielonarządowymi obrażeniami ciała”. Rezultatem zaś jest:

- zapewnienie komplementarnego, specjalistycznego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi;
- zapewnienie pełnego, specjalistycznego leczenia większej liczby osób z urazem wielonarządowym jednocześnie;
- stworzenie zespołu urazowego, świadczącego kompleksowe usługi pacjentom urazowym.

Kolejnym ważnym projektem był „e-Pacjent – rozbudowa systemu usług elektronicznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie”, którego celem głównym jest rozbudowa e-usług dla obywateli, poprzez usprawnienie i standaryzację elektronicznego procesu monitorowania stanu zdrowia pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Projekt realizowano od 10 maja 2010 r. do 31 grudnia 2012 r. Przedmiotem projektu jest budowa i wdrożenie e-platformy, umożliwiającej świadczenie usług elektronicznych dla pacjentów. E-platforma stanowi układ zintegrowanych ze sobą portali internetowych i aplikacji usługowych, umożliwiających realizację nowych usług elektronicznych on-line.

Zakupiono również serwery oraz niezbędny sprzęt komputerowy.

Strategicznym projektem jest „Modernizacja Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie poprzez rozbudowę istniejącego głównego budynku szpitalnego na potrzeby bloku operacyjnego i centralnej i sterylizatorni”. Szacowana wartość tego przedsięwzięcia ok. 70 mln zł.

Ważnym zadaniem dla szpitala, wynikającym z umów, jest utrzymanie trwałości projektu oraz zachowanie wskaźników produktu i rezultatu przez najbliższe 5 lat, licząc od dnia zakończenia realizacji projektu (art. 57 Rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006). Co roku szpital zobowiązany jest do składania oświadczeń pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 271 kodeksu karnego.

Od 3 lat wszyscy jesteśmy uczestnikami procesu budowy, wszyscy obserwujemy



Kontrola realizacji projektu e-Pacjent

jak przedsięwzięcie dużymi krokami zmierza ku końcowi. Obecnie trwają prace związane z wyposażaniem bloku, centralnej sterylizatorni oraz szatni i sal audytoryjnych w sprzęt montowany na stałe oraz sprzęt specjalistyczny mobilny.

Nowa inwestycja to przede wszystkim nowoczesna infrastruktura, nowoczesny sprzęt, sale wprowadzeń do znieczulenia, stanowiska wybudzeń pacjentów po zabiegach, skomunikowanie ze wszystkimi piętrami szpitala. Wymienione korzyści to tylko niektóre z możliwości nowego przedsięwzięcia. Szerzej powiemy o tym w specjalnym numerze Pulsu Szpitala, którego wydanie planujemy w połowie roku, na uroczyste otwarcie nowego skrzydła Szpitala.

dr n. ekon.
Elżbieta Majchrzak- Kłokocka
Koordynator projektów



Jeden z korytarzy nowego skrzydła szpitala



Sala operacyjna na nowym bloku

Europejskie kwalifikacje EDRA

Rozmawiamy z lek. Bułatem Tuyakovem, specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii, od października 2012 r. pracującym w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii WSS w Olsztynie.

– Czy to prawda, że jako jedyny lekarz w Polsce posiada Pan Europejski Dyplom w Regionalnej Anestezjologii i Leczeniu Bólu przyznany przez Europejskie Towarzystwo Anestezjologii?

– Prawdopodobnie tak, egzamin zdałem w 2012 r. Wiem jednak, że jest jeszcze jeden lekarz z Polski, który uzyskał ten certyfikat, ale pracuje on w Irlandii. Uzyskanie tego dyplomu było 2-etapowe, w przeciągu 2 lat musiałem przejść dwa duże egzaminy poprzedzone licznymi kursami i szkoleniami akredytowanymi w Europie Zachodniej. Celem uzyskania tego dyplomu jest poszerzenie spektrum działania tych specjalistów anestezjologii, którzy są już w praktyce klinicznej i są zainteresowani uzyskaniem dodatkowej wiedzy w całym zakresie znieczulenia. Europejskie Towarzystwo Anestezji Regionalnej stworzyło ten cykl szkoleń i kursów (EDRA) w 2005 roku, w celu podniesienia standardów bezpieczeństwa w anestezji regionalnej w Europie. Do egzaminu przystępują anestezjodolodzy nie tylko z całej Europy, ale i spoza niej (z USA, Azji, Japonii, z Arabii Saudyjskiej). Kolejny egzamin dyplomowy odbędzie się w 2013 r. na XXXII Kongresie ESRA w Glasgow, w Wielkiej Brytanii.

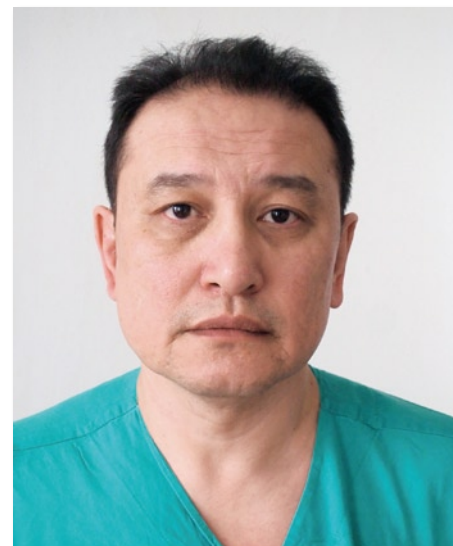
– Jaką wiedzę zdobył Pan dzięki EDRA?

– Techniki anestezji regionalnej są nieodłącznymi składnikami znieczulenia

i często poddaje się nim pacjentów wysokiego ryzyka, od noworodków po osoby starsze. Dlatego celem tych kursów i szkoleń jest traktowanie określonych sposobów znieczulenia w sposób wszechstronny: od uzyskania solidnej wiedzy z zakresu anatomii, poprzez fizjologię i farmakologię dotyczącą znieczulenia, jak również umiejętności w wykonywaniu bloku, w kontekście całościowym. Lekarz jest tak przygotowany, aby opanować pogłębioną wiedzę zgodną z najnowszymi trendami i wytycznymi, odnośnie techniki regionalnej anestezji i żeby móc zastosować ją w codziennej praktyce. Poza tym nie ma co ukrywać, że dyplom ten daje też duże możliwości na rynku pracy, w dobie zwiększonej konkurencyjności. To dobrze, że lekarze starają się dokształcać i utrzymywać swoją wiedzę cały czas na wysokim poziomie, bo pamięć ludzka jest ulotna. Staram się dzielić swoją skromną wiedzę, którą posiadam z naszymi lekarzami rezydentami.

– Czy może Pan w pełni wykorzystać zdobytą wiedzę w Oddziale, w którym Pan pracuje?

– Oczywiście, że tak. Jest to szpital wysokospecjalistyczny, kliniczny, największy w regionie, więc przyjmuje pacjentów z różnymi problemami medycznymi, często w bardzo ciężkim stanie. Praca tutaj ma inny charakter niż w szpitalach powiatowych. Jako specjalista anestezjolog sprawuję bezpośredni nadzór anestezjologiczny nad pacjentami, czyli



przygotowuję ich do znieczulenia przed zabiegami operacyjnymi, przeprowadzam znieczulenie i czuwam nad chorym podczas operacji. Sprawuję również opiekę pooperacyjną: uśmierzam ból po zabiegu i wytyczam sposób prowadzenia takiej anestezyjacji pooperacyjnej. Pełnię również dyżury w Oddziale Intensywnej Terapii.

Mam nadzór nad specjalizującymi się rezydentami i to jest kolejna odrębność pracy w tak dużym ośrodku od pracy w szpitalu powiatowym. Czy jednak dobrze sprawuję swoją rolę? Trudno mi to określić, nie mogę być sędzią własnego postępowania i uczynków. To może zrobić ktoś inny, kto patrzy na mnie z boku. Czuję jednak, że trafiłem w dobre miejsce i z takim odczuciem będę dalej pracował.

– Do Polski przyjechał Pan z Kazachstanu. Dlaczego akurat ten kraj Pan wybrał?



– Ukończyłem Akademię Medyczną w Karagandzie, w Kazachstanie. Studiowałem tam razem z żoną, notabene Polką. W 1994 r. żona przyjechała do Polski na staż naukowy, a później ja do niej dołączyłem. I od tamtego czasu pracuję w Polsce, do 1999 r. w Szpitalu Powiatowym w Olecku, natomiast od 2000 r. do ubiegłego roku w Szpitalu Powiatowym w Giżycku. Cieszę się, że trafiłem do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie,

panuje tu miła współpraca z kolegami, układa mi się bardzo dobrze życiowy stosunek, a przede wszystkim mam możliwość pogłębienia swojej wiedzy.

– Czym kierował się Pan podczas wyboru specjalizacji?

– Anestezjologia wydawała mi się dość dobrą i ciekawą specjalizacją lekarską, leżącą między chirurgią, a interną, mini-

malizującą wady i posiadającą wszystkie zalety obu tych specjalności. Była nowo powstającą dyscypliną, szczególnie anestezja regionalna, dobrze się rozwijającą, która w ostatnich latach na świecie przeżywa swój renesans. I to wszystko daje mi poczucie świeżości.

– Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk

Pełnomocnik ds. praw pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej

W polskim ustawodawstwie nie istnieje podstawa prawna regulująca funkcję osób zajmujących się prawami pacjenta w zakładach opieki zdrowotnej. W szpitalach mogą pracować osoby na tego typu stanowiskach, zatrudnione przez kierującego placówką, jednakże nie mogą one używać nazwy Rzecznika Praw Pacjenta. Rzecznik Praw Pacjenta, tak jak Rzecznik Praw Obywatelskich i Rzecznik Praw Dziecka jest organem samodzielnym, centralnym, znajdującym swoje umocowanie w regulacjach prawnych. Najstosowniejszą nazwą jaką można by było w przypadku takich osób zastosować to Pełnomocnik ds. praw pacjenta.

– W naszym Szpitalu to Pan jest osobą zajmującą się prawami pacjenta. Co należy do Pana kompetencji?

– W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie Rzecznik Praw Pacjenta został powołany w lutym 2004 r., jednak stanowisko to zmieniło swoją nazwę na Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta w 2010 r. i od tego czasu pełnię tę funkcję. Moim zadaniem jest poprawienie komunikacji z pacjentami, służenie im pomocą informacyjną, prowadzenie rejestru skarg, wniosków i pochwał, rozwiązywanie bieżących problemów zgłaszanych przez pacjentów oraz ich rodziny, a także monitorowanie poziomu satysfakcji pacjenta z usług świadczonych przez szpital i wykorzystanie wyników badań do usprawnienia działalności szpitala.

– Ile skarg wpływa na Pana ręce i czego one dotyczą?

– W 2011 roku wpłynęło 28 skarg, natomiast w 2012 roku 23. Pacjenci zwracają się do mnie z bardzo różnymi sprawami, jednak najczęściej dotyczą one problemów interpersonalnych (konflikt pacjenta z personelem medycznym), kłopotów z dostaniem się do poradni czy do oddziału szpitalnego, ewentualnie



dr Jan Forfa – pełnomocnik ds. praw pacjenta

z zaginięciem różnych przedmiotów prywatnych. Sporadycznie pacjenci zgłaszają zarzuty związane z wyborem metody leczenia przez lekarza prowadzącego. Sporo jest spraw dotyczących Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, a wynika to z faktu, że pacjenci myślą cel, dla jakiego został powołany ten oddział i przychodzą z dolegliwościami, które absolutnie nie powinny być w nim za-

łatwiane, a np. w poradni chirurgicznej, czy u lekarza pierwszego kontaktu. Dla przykładu podam pacjentkę, która zgłosiła skargę na personel naszego SOR dlatego, że nie chciano jej usunąć wbiętego kleszcza, a poradzono, aby zwróciła się z tym do pracowników w poradni chirurgicznej. Nigdy pacjent nie zostaje odesłany z przykładowym „kwitkiem”, zawsze personel tłumaczy, gdzie i do

kogo ma się zwrócić o pomoc. Pacjenci nie rozumieją, że jest to oddział, który służy ratowaniu życia i zdrowia w stanach zagrożenia życia.

– Jaki jest tryb załatwiania spraw, które zgłaszają do Pana pacjenci?

– Pacjent składa najczęściej pisemną skargę na ręce Dyrektora Szpitala, sporadycznie wpływają one bezpośrednio do Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta. Następnie Dyrektor przekazuje mi wszystkie sprawy do wyjaśnienia i załatwienia. Ja w pierwszej kolejności kontaktuję się z kierownikami odpowiednich komórek organizacyjnych, których skarga dotyczy i zapoznają ich z treścią sprawy. W niektórych przypadkach sam prowadzę rozmowy z osobami wymienionymi w skardze, w innych robi to ordynator, lub kierownik. W większości przypadków załatwiam sprawy do końca, z poinformowaniem pacjenta o sposobie zakończenia skargi. W pojedynczych przypadkach końcowej odpowiedzi udziela Dyrektor. Skarga nie zawsze musi być uzasadniona, a prowadzone statystyki pokazują, że do naszego szpitala wpływa ok. 80% nieuzasadnionych zarzutów. Natomiast w przypadku uzasadnionych skarg, w zależności od jej rangi, wyciąga się różne konsekwencje służbowe wobec pracowników, np. udzielenie upomnienia, nagany, zwolnienie z pełnienia dyżurów, czy też kary finansowe.

– Prowadzi Pan również rejestr pochwał, czego one dotyczą?

– Zgadza się, pacjenci przychodzą również z pochwałami, jednak ze sprawozdań wynika, że więcej wpływa skarg. Ale nie jest to prosta zależność z uwagi na fakt, że według misji Szpitala „Pacjent przede wszystkim” każdy ma być zadowolony z jakości wykonywanych przez nas świadczeń. Dużo ludzi jest usatysfakcjonowanych z kompetencji i życzliwości naszych pracowników, z szybkiego powrotu do zdrowia, ale nie każdy ma potrzebę, aby o tym pisać i żeby podzielić się tymi spostrzeżeniami z Dyrektorem placówki.

W 2011 roku na ręce Dyrektora Szpitala wpłynęło 7 podziękowań, natomiast w 2012 roku aż 18. Mówię aż, bo to naprawdę dużo. Pacjenci lub ich rodziny składali podziękowania dla personelu medycznego za bardzo trafny dobór leczenia i za życzliwe, ciepłe i miłe traktowanie.

– Czym musi się charakteryzować osoba sprawująca funkcję Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta?

– Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk

Z początkiem lipca 2010 r. zlikwidowano stanowiska rzeczników praw pacjenta przy oddziałach wojewódzkich NFZ, a zadania pełnione przez nich dotychczas, zostały przeniesione do Wydziałów Spraw Świadczeniobiorców (przy oddziałach wojewódzkich NFZ). Dotyczy to również centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Pacjenci zamieszkujący w poszczególnych województwach mogą w praktyce nadal zwracać się do lokalnych oddziałów NFZ w sprawach m. in. skarg i wniosków, dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielanych przez wszystkie rodzaje zakładów opieki zdrowotnej posiadających kontrakt z NFZ.

dr n. med. Jan Forfa przyjmuje wnioski, uwagi, skargi i pochwały pacjentów, ich rodzin oraz przedstawicieli prawnych w każdy wtorek w godz. 9.00-10.00, a także w piątki w godz. 12.00-13.00.

Kraków, dn. 9.10.2012

SZANOWNI PAŃSTWO!

Jestem córką pacjentki Teresy Matusiak, która w stanie bardzo ciężkim trafiła do Państwa szpitala z Oddziału Neurologii w Działdowie.

Piszę do Państwa do głębi poruszona pomocą, opieką i profesjonalnym działaniem, jakie cały personel medyczny OIOM okazał mojej mamie. Nie ma takich słów, którymi mogłabym wyrazić ogromną wdzięczność i podziękowania za uratowanie jej życia i ulżenie w cierpieniu (trafiła do Was z Działdowa bardzo późno) jak się okazało z powodu choroby Guillaina-Barre.

Wyrażam słowa uznania za wysokiej klasy specjalistyczną pomoc lekarską i pielęgniarską, za szybkość w działaniu, za diagnozę i natychmiast wdrożone leczenie. Pragnę także podkreślić wyjątkowość Państwa Oddziału OIOM, która przejawia się w ludzkim obliczu i człowieczeństwie Personelu wobec pacjentów i wobec ich rodzin, zrozumieniu potrzeb chorego człowieka i sposobie odniesienia się do niego i jego cierpienia. Dziękuję za pochylenie się nad każdym, kto tego potrzebuje, za działania wynikające z głębokiego współczucia i szlachetnych serc Lekarzy i Pielęgniarek. W Waszym oddziale leczenie choroby łączy się z leczeniem duszy!

W kontekście zagrożenia życia wzbudziście Państwo swoim profesjonalizmem i zaangażowaniem nadzieję, zaufanie i wiarę, choć nie wiem, jaki będzie finał walki mojej mamy o zdrowie. Aktualnie przebywa ponownie w szpitalu w Działdowie, ale liczę na dalsze wsparcie i porady z Waszej strony.

Głęboko wdzięczna choć daj świadectwo Waszej pracy, Waszego oddania i ogromnego wysiłku w ratowanie życia i leczenie chorych.

Dziękuję Ordynatorowi oddziału OIOM, lekarzowi prowadzącemu, lekarzom i pielęgniarkom życząc wszystkiego co najlepsze.

Szczerze wdzięczna

Magdalena Wasik

Magdalena Bajkowska
10-687 Olsztyn
ul. B. Sawicki 1/30
Olsztyn 26.04.2012
Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Olsztynie
Oddział Otolaryngologiczny
Pan Ordynator dr n. med.
Bogdan Klibitka

Na ręce Pana Ordynatora pragnę serdecznie podziękować za opiekę w trakcie pobytu w szpitalu w okresie 23-25.04.2012. Jestem bardzo wdzięczna i pełna podziwów dla całego personelu na Pana oddziale. Mimo zabiegania, usmiechnięcia, życzliwi, turnus mimo trudnego atmosfery. Opiekunicy, starani, gotni do każdej pomocy. Rajontów było sporo a ja czułam się jakbym była wyjątkowym i jedynym pacjentem. Takiej kadry pracowników życzyłabym każdemu. Dziękuję Panu i wszystkim pracownikom na Pana oddziale dużo sukcesów zawodowych i prywatnych.

Wdzięczny pacjent
Magdalena Bajkowska

„Idź, i ty czyn podobnie”

Światowy Dzień Chorego to święto kościoła katolickiego, obchodzone corocznie 11 lutego, jako liturgiczne wspomnienie Matki Bożej z Lourds, ustanowione 13 maja 1992 roku przez Papieża Jana Pawła II

Ustanowienie Światowego Dnia Chorego stało się wezwaniem, aby poświęcić jeden dzień w roku modlitwie, refleksji i dostrzeżeniu miejsca tych, którzy cierpią na duszy i na ciele.

W 2013 r. obchody Światowego Dnia Chorych odbyły się już po raz dwudziesty pierwszy. Temat Dnia został zaczerpnięty z przypowieści o Miłosiernym Samarytaninie (Łk 10,37). Opowiedziana przez św. Łukasza przypowieść ewangeliczna przypomina nam o tym, jaka winna być postawa każdego człowieka w stosunku do innych, zwłaszcza chorych i cierpiących, potrzebujących opieki. Kończące przypowieść o Miłosiernym Samarytaninie słowa: „Idź, i ty czyn podobnie” są symbolem miłosierdzia i współczucia oraz przykładem dla nas, aby nie pozostać obojętnym na ludzkie cierpienie.

Opieka nad chorym długotrwale unieruchomionym w łóżku to wielkie wy-

zwanie dla bliskich. Często wiąże się to nie tylko z określoną wiedzą (np. o zasadach higieny, dawkowaniu leków), ale także wymaga empatii, delikatności, cierpliwości, wytrzymałości fizycznej i psychicznej, a niejednokrotnie całkowitej reorganizacji życia. Sytuacja opieki nad osobą chorą często jest zaskoczeniem, stawiającym nas w roli, do której nie mieliśmy szansy przygotować się wcześniej. Nagle potrzebujemy mnóstwa informacji, a przede wszystkim wsparcia w tej trudnej sytuacji. Zarówno chory w domu, jak i osoby wspierające go są targane wieloma emocjami – często skrajnymi: od litości i nadmiernej czułości, po zniecierpliwienie i złość. Zdarza się, że cierpiący z bólu i poczucia samotności chory podświadomie próbuje sprawdzić miłość bliskich, rozczulając się nad sobą i całkowicie zawładnąć naszym czasem. Mimo to powinnyśmy znaleźć w sobie pokłady zrozumienia oraz zdolności współodczuwania z chorym jego

uczuć i emocji tak, jak byśmy sami chcieli być otoczeni opieką w sytuacji, gdyby nastąpiła „zamiana ról”. Światowy Dzień Chorego można by nazwać dniem prawie każdego z nas, gdyż na początku XXI w. medycyna tak bardzo się rozwinęła, że „nie ma już ludzi zdrowych, są tylko niezdiagnozowani”.

W środowisku szpitalnym wszyscy mamy możliwość dostrzec ludzkie cierpienie. Codziennie spotykamy na korytarzu ludzi potrzebujących pomocy lekarskiej. To tu w szpitalu powinno się przede wszystkim pamiętać o konieczności zapewnienia chorym dobrej opieki.



W Światowy Dzień Chorego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym odbyła się okolicznościowa Msza Św. dla pacjentów i pracowników szpitala, podczas której odczytane zostało orędzie Papieża Benedykta XVI skierowane do chorych. W całej Polsce duszpasterze modlili się za chorych i cierpiących, odwiedzali szpitale i hospicja oraz udzielali sakramentu namaszczenia chorych.

Barbara Szymczuk



Jacopo Bassano: Miłosierny Samarytanin. National Gallery – Londyn.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, zarządzeniem Dyrektora powołano **Zespół Opieki Paliatywnej** w składzie:

- lek. Agnieszka Osowska
- mgr Krystyna Kosińska
- mgr Katarzyna Lewandowska

Zespół swoim działaniem obejmuje chorych na choroby, zarówno nowotworowe jak i nienowotworowe przede wszystkim w fazie zaawansowanej, ale także wcześniej, w czasie prowadzenia diagnostyki i leczenia przyczynowego.

Do zadań Zespołu należą:

- konsultacje lekarskie w zakresie medycyny paliatywnej (leczenie bólu i innych uciążliwych objawów),
- wsparcie psychologiczne- rozmowy terapeutyczne z pacjentami i ich rodzinami,
- wsparcie socjalne:
 - diagnozowanie potrzeb pacjenta,
 - pomoc w uzyskiwaniu świadczeń z pomocy społecznej,
 - pomoc w organizowaniu opieki z zakresu usług opiekuńczych;
- szkolenia personelu w zakresie opieki paliatywnej,
- dokumentowanie pracy w historii choroby zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Zadbaj o kondycję i samopoczucie

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie dołączył do grona firm, które umożliwiły swoim pracownikom poprawę kondycji oraz polepszenie samopoczucia, poprzez pozapłacowe świadczenie pracownicze, jakim jest Karta MultiSport.

Program MultiSport prowadzony przez Benefit Systems SA to autorski, pierwszy na polskim rynku program sportowo-rekreacyjny, umożliwiający motywację pracowników. Jego atrakcyjność i skuteczność potwierdzają setki tysięcy zadowolonych użytkowników. Dzięki karcie MultiSport Plus użytkownicy mają praktycznie nielimitowany dostęp do najlepszych i najpopularniejszych obiektów sportowych na terenie całego kraju. O zasadach korzystania z karty w WSS w Olsztynie rozmawiam z Panią Danutą Datner, kierownikiem Sekcji Płac.

– Od kiedy pracownicy Szpitala mogą korzystać z karty MultiSport Plus?

– Pomyśl na taką usługę zgłosiłam w 2011 r. Słyszałam o tym, że inne przedsiębiorstwa w Olsztynie zaproponowały to swoim pracownikom i że ta forma rekreacji cieszy się dużym powodzeniem. Pomyśl bardzo spodobał się dyrekcji szpitala. Uzyskałam wówczas „zielone światło” na przystąpienie do wprowadzenia go w życie. Zanim jednak udało się wszystko doprowadzić do końca, minęło trochę

czasu. Od 10 I 2013 r. z usługi tej mają możliwość skorzystać wszyscy chętni pracownicy szpitala.

– Dlaczego wybraliście Państwo właśnie tę firmę?

– Grupa Kapitałowa Benefit Systems jest liderem pozapłacowych świadczeń pracowniczych w Polsce. Najistotniejsze jest jednak to, że przedstawiła nam najkorzystniejsze warunki.

– Na jakich warunkach można uzyskać kartę MultiSport Plus?

– Karta jest finansowana z trzech źródeł. Funduszu przeznaczanego specjalnie na ten cel przez dyrekcję Szpitala, funduszu socjalnego oraz opłaty ponoszonej przez samego pracownika. Dopłata z funduszu socjalnego jest zróżnicowana w zależności od uzyskanych dochodów i tak pracownicy zarabiający do 3 tys. brutto otrzymują dopłatę w wysokości 15 zł, zarabiający w przedziale 3-5 tys. brutto – 10 zł, a powyżej 5 tys. brutto – 5 zł. Pracownicy na kontraktach za kartę płacą 145 zł miesięcznie. Wszyscy mają możliwość wykupić ją również dla osób towarzyszących (mąż, żona, znajomy, osoba powyżej 15 lat) za 160 zł miesięcznie.

– A jeżeli pracownik chciałby, aby jego dzieci mogły skorzystać z takiej usługi?

– Istnieje także możliwość kupienia dla dziecka specjalnej karty za 40 zł miesięcznie, która daje możliwość korzystania tylko z basenów lub za 89 zł miesięcznie za kartę MultiSport KIDS, przeznaczoną dla dzieci pracowników będących użytkownikami Programu MultiSport. Dzięki karcie MultiSport KIDS dzieci będą mogły skorzystać z szerokiej oferty sportowo-rekreacyjnej: sztuki walki, basen, zajęcia taneczne, grota solna, ścianka wspinaczkowa.

– Czy cena, którą płacą pracownicy może ulec zmianie?

– Na razie umowa podpisana jest na 5 miesięcy i w tym czasie nic się nie zmieni. Jednak na to, czy taka cena zostanie ma wpływ decyzja przedstawicieli funduszu socjalnego, którzy negocjują z dyrekcją kwotę dopłaty z funduszu. Pragnę dodać, że ta dopłata nie rzutuje na inne świadczenia z funduszu socjalnego, takie jak dopłata do wczasów pracowniczych, czy dopłata przedświąteczna. Mam jednak nadzieję, że wszystko pozostanie bez zmian, zwłaszcza że Karta MultiSport Plus cieszy się coraz większym zainteresowaniem wśród pracowników. Do tej pory korzysta z niej 330 osób na umowę o pracę i 15 na kontrakcie, a już od początku lutego dopisało się kilkadziesiąt nowych.

– Czy to oznacza, że można się dopisać przed skończeniem podpisanej umowy?

– Oczywiście, cały czas przyjmuję zgłoszenia. Jeżeli pracownik chce dołączyć do programu, powinien zgłosić się do mnie do 25 dnia każdego miesiąca. W tym też terminie można zrezygnować z karty. Opłata za usługę jest potrącana bezpośrednio z płacy pracownika, dlatego musimy wcześniej mieć taką informację, przed rozliczeniem płac.



Z basenu oraz sauny korzystam prawie od początku istnienia Aquasfery. Najbardziej odpowiadają różne odmiany aqua aerobiku. Lubię to zwłaszcza dlatego, że wiele godzin dziennie pracuję w pozycji siedzącej, co źle wpływa na mój kręgosłup i krążenie. Wiem, że takie ćwiczenia chronią mnie także przed osteoporozą. Kiedyś na basenie byłam 2-3 razy w tygodniu, ale było to dość kosztowne, teraz dzięki karcie mogę chodzić tam częściej, dlatego korzystam z tego w każdej wolnej chwili.

Wszystkich namawiam do tej formy rekreacji.

Krystyna Stańczak

Bardzo lubię wszelką gimnastykę i aktywne formy wypoczynku. Staram się aby ruch i ćwiczenia nie były nudne.

Od 2000 r. uprawiam nordic walking, chodzę na ćwiczenia jogi, pilates oraz na ćwiczenia kręgosłupa – „proste plecy”. Robię to, aby wzmocnić mięśnie bez ich nadmiernego rozbudowania. Wpływa to bardzo korzystnie na moją kondycję fizyczną i zdrowie. Karta obniżyła koszty mojego hobby i umożliwiła mi ćwiczenia nawet 5 razy w tygodniu.

Danuta Mikulik

Odkąd posiadam kartę MultiSport staram się przebywać na basenie częściej. Poza rozrywką, jaką gwarantują ćwiczenia ruchowe w wodzie, wpływają one korzystnie na wzmocnienie mięśni i polepszenie stanu moich stawów. Dzięki ćwiczeniom poprawiłam również moją ogólną odporność organizmu. Bardzo lubię masaż wodny (jacuzzi) i saunę. **Czas tak spędzony, to również możliwość pogłębienia przyjaźni i znajomości wśród personelu Szpitala, który tam spotykam.**

Małgorzata Urbańska

Mieszkam bardzo blisko Aquasfery i prawie codziennie jestem na basenie. Panie prowadzące ćwiczenia są sympatyczne a **gimnastyka w wodzie jest łatwiejsza niż tradycyjnie, bo woda odciąża ciało.** Moim problemem jest ból kręgosłupa, z którym walczę od jakiegoś czasu, teraz jednak z jeszcze lepszym skutkiem. Planuję zacząć chodzić na siłownię. Wszystkim polecam skorzystanie z szansy jaką, daje nam Szpital, udostępniając zakup karty MultiSport.

Halina Gędzior

– Czy istnieje jeszcze jakaś usługa, z której mogą skorzystać pracownicy WSS w Olsztynie?

– Tak, miło mi poinformować, że dla wszystkich pracowników szpitala bez względu na to, czy korzystają z Karty MultiSport Plus czy nie, istnieje możliwość tańszego zakupu biletów do kina. Każdy może zakupić dowolną liczbę kuponów biletowych MultiBilet i może go wymienić w przeciagu

6 miesięcy na bilet na wybrany film w kinie Helios w Olsztynie. Kupon MultiBilet obejmuje wyłącznie repertuar cykliczny. Nie ma możliwości otrzymania dopłat do festiwali, pokazów specjalnych, filmów 3D, itp. Kupon taki kosztuje 17 zł jeżeli będzie miało zamówienie na min 100 kuponów lub 18 zł, jeżeli będzie ich mniej. Do 21 lutego zgłosiło się 206 osób. Zgłoszenia przyjmujemy w każdej chwili.

– Jeżeli nastąpią jakieś zmiany w sposobie zgłaszania, w cenach kart lub biletów, gdzie będzie można uzyskać informacje?

– Wszystkie informacje będą na wewnętrznej stronie internetowej szpitala oraz będą rozsyłane do komórek organizacyjnych.

– Dziękuję za rozmowę.

Barbara Szymczuk

Z posiedzenia Rady Społecznej...

W dniu 28.01.2013 r. odbyło się posiedzenie Rady Społecznej przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. W spotkaniu wzięli udział członkowie Rady Społecznej na czele z jej przewodniczącą, Panią Wiesławą Włodarczyk-Szczepańską, przedstawiciele związków zawodowych funkcjonujących w szpitalu, przedstawiciele Izby Pielęgniarskiej i Lekarskiej oraz Dyrekcja.

Po przywitaniu i zatwierdzeniu protokołu z poprzedniego spotkania przewodnicząca Rady Społecznej oddała głos Pani Irenie Kierzkowskiej, Dyrektorowi Szpitala, która podsumowała działalność szpitala za ubiegły rok. Następnie członkowie Rady pozytywnie zaopiniowali plan inwestycyjny (modernizacja, remonty oraz zakupy) na rok 2013 po krótkim uzasadnieniu przez Pana Stefana Barabaszę, z-cę dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych. Natomiast Pani Irena Kierzkowska omówiła plan finansowy i jego najważniejsze założenia na 2013

rok. Przegłosowano również zmiany w Regulaminie Organizacyjnym, które dotyczyły nowej nazwy oraz kodu poradni z Poradni WZW na Poradnię Chorób Zakaźnych, rozszerzenia działalności o Pracownię Hemodynamiki i Pracownię Elektrofizjologii z nowymi kodami oraz utworzenia Pracowni Kontroli Stymulatorów i Kardiowerterów z obowiązującym, nowym kodem – 7998. Powyższe zmiany były wynikiem wymogów stawianych przez płatnika, czyli NFZ.

dr n. ekon.

Elżbieta Majchrzak-Kłokocka



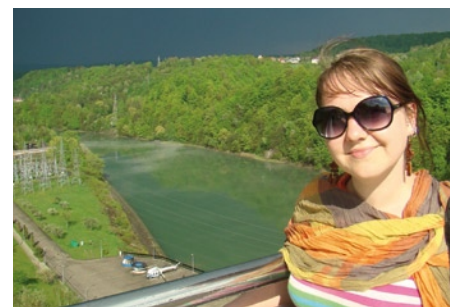
Couchsurfing – podróż inna niż wszystkie

Zbliżał się jeden z ostatnich weekendów wakacji. Tym razem udało nam się znaleźć tanie bilety do Stavanger w Norwegii. Przeglądając zdjęcia w internecie zdałam sobie sprawę, że to naprawdę genialne miejsce na spędzenie weekendu. Góry, morze... FIORDY! Podróż w dwie strony samolotem z Gdańska wyniosła nas niecałe 100 zł. Do tego dostałyśmy pozytywną odpowiedź od hosta (osoby goszczącej nas w swoim domu, w tym przypadku akurat w Norwegii). Miał przyjechać po nas na przystanek autobusowy, aby zabrać do siebie do domu. Jeszcze tylko wymiana e-maili potwierdzających, numerów telefonu i zanim się obejrzałyśmy, jechałyśmy z Ragnarem nad wodospad Manafossen. To była moja kolejna przygoda z couchsurfingiem.

O co tak naprawdę chodzi w tym całym couchsurfingu? W dosłownym znaczeniu o znalezienie wolnej kanapy u kogoś zupełnie obcego, kto mieszka w odległym mieście, które akurat postanowiliśmy odwiedzić podczas naszego pobytu w Norwegii, Niemczech, na Litwie, we Włoszech, czy gdziekolwiek indziej na świecie. Mówiąc krótko, chodzi o znalezienie kogoś, kto za darmo cię przenocuje, podczas twojej wakacyjnej podróży. To w sensie dosłownym, ale w rzeczywistości couchsurfing wychodzi daleko poza te ramy.

Wszyscy, którzy zdecydowali się na ten chyba najmodniejszy obecnie model podróżowania mówią, że couchsurfing

tylko z pozoru polega na znalezieniu darmowego noclegu. Do tego oczywiście wystarczy załogować się na jednym z kilku zrzeszających społeczność couchsurferów portali (www.couchsurfing.org), założyć swój profil, wkleić swoje zdjęcie, opowiedzieć kilka zdań o sobie i o tym, co mamy do zaoferowania innym (czyli opisać swoją wolną kanapę). Później do woli możemy przeczesać profile innych osób, które oferują kanapę u siebie w domu. Nocleg w ten sposób właściwie można znaleźć wszędzie. Wystarczy jedynie wyszukać miejsce, do którego chcemy pojechać i osobę, która akurat dysponuje wolnym miejscem dla gościa. Z reguły po kilku mailach może-



Bieszczady



Z Ragnarem (hostem) w Stavanger



Norwegia

my się pakować i wyjeżdżać do innego kraju, wiedząc o tym, że prześpiemy się u kogoś w domu. Jednak jeśli chodzi ci tylko o darmowy nocleg, to nie nadasz się do społeczności couchsurfingu. Większość członków społeczności, którzy goszczą cię pod swoim dachem, oczekuje interkulturalnej wymiany, pragnie poznać twoje zainteresowania i dowiedzieć się czegoś o kraju, z którego pochodzisz. Couchsurfing to idea, która zrzesza nie tyle miłośników taniego podróżowania, co tych, którzy chcą odwiedzić miasto, poznać z innej strony niż ta, przedstawiona w przewodnikach dla turystów. Niepisaną zasadą jest, że twój gospodarz oprowadza cię po mieście, pokazuje swoje ulubione miejsca, zabiera na imprezy, czy w zakątki, których będąc zwykłym turystą nigdy byś nie odwiedził. Dzięki temu poznajesz miasto z zupełnie innej perspektywy. Czujesz jego tętno, tak jak jego mieszkańcy. Couchsurfing to rewelacyjna szansa na poznanie wspaniałych ludzi, miejsc, doświadczenia całego piękna świata. On otwiera człowieka na



Budapeszt



Manafossen Norwegia

innych, na nowe doznania, pozwala zrozumieć inne kultury. Nie jest to zjawisko dla wybranych. Są tutaj starzy i młodzi, biedni i bogaci, studenci i biznesmeni. Jednego dnia śpisz w jednym pokoju z dziesiątką innych couchsurferów, a innego wylegujesz się we wspaniałej rezydencji z własną sauną i basenem. Takiej różnorodności nie doświadczysz nigdzie.

Od czego zaczynam? Szukam couchsurferów w mieście, które akurat mam zamiar odwiedzić. Nie wszyscy mają możliwość cię przemocować. Czasami oferują wspólne spędzenie czasu, oprowadzenie po mieście. Przeglądając profile zwracam więc uwagę na osoby, które zdają się mieć w sobie wielką otwartość na innych, chęć poznawania świata. Nie przyjmę pod swój dach, ani nie pojedę do kogoś z kim mogłabym się nie polubić. Skąd to wiem? Dokładnie czytam profil każdej z osób, u której mogłabym nocować, bądź przyjąć ją do siebie. Tak jak wszędzie, zdarzają się również wpadki. Załóżmy, że jesteś osobą niepalącą, lubisz wcześniej chodzić spać, a twój host jest nałogowym palaczem



Krym

i imprezowiczem? Najprawdopodobniej zwyczajnie się nie dogadacie ☹ Dlatego dokładne czytanie profili jest niezmiernie ważne w podróżowaniu tą metodą. Ważną podpowiedzią są komentarze innych użytkowników pod profilami hostów. Oprócz tego istnieją mechanizmy weryfikacyjne, wzmacniające zaufanie do członków couchsurfingu. System weryfikacji to środek ostrożności, zwiększający wiarygodność uczestników społeczności. Istnieją różne jego formy. Najprostszy z nich to weryfikacja twojego nazwiska i adresu. Na wskazany adres dostaniesz pocztówkę z kodem, który aktywujesz meldując się na portalu. Po udanej weryfikacji przy twoich danych ukazuje się zielony haczyk, widoczny dla przeglądających twój profil.

Host, czyli goszczący, często pokaże ci swoje okolice, opowie o swojej kulturze, bądź spotka się z tobą przy kawie. Idea couchsurfingu jest wymiana poglądów, zainteresowań, poznanie ciekawych ludzi. Zwolenników Couchsurfingu jest coraz więcej, także w Polsce. Niejeden z nas pyta się jak on działa i czy warto. Wielu z nas podchodzi to tej formy



Budapeszt

podróżowania sceptycznie i podejrzliwie. Dla mnie Couchsurfing to wspaniałe doświadczenie, wyśmienity sposób na tanie spędzenie weekendu, czy urlopu, zawarcie interesujących znajomości i doskonała możliwość intensywnego używania języka angielskiego. Z couchsurferami odwiedziłam Ukrainę, Norwegię, Niemcy, Litwę, Węgry, Włochy. U jednych nocowałam, z innymi tylko zwiedzałam. Razem też wyjeżdżaliśmy na wspólne wycieczki do obcego mi miasta, jak np. z Matthiasem do Budapesztu. Matthias obecnie mieszka w Bukareszcie w Rumunii, ale przez rok był mieszkańcem tego pięknego, węgierskiego miasta i z przyjemnością stał się naszym przewodnikiem ☺ Z couchsurferami także Polskę. Przyjmowałam ludzi pod swój dach z Niemiec, Norwegii, Włoch a nawet z Polski. Za każdym razem spędziłam miło czas, zdobyłam przeróżne doświadczenia i póki co nigdy nie żałowałam, że jestem couchsurferem. Ponoć każdego tygodnia na całym świecie przybywa nawet 10 tysięcy nowych couchsurferów. Może i Ty staniesz się kolejnym?

mgr Joanna Kostrzewa



Krym



Fiordy – Norwegia

Letnie wspomnienia z Leśniczówki Pranie

Tu deszcz sam pisze wiersze

Są miejsca na ziemi, które zostały stworzone, by człowiek mógł być bliżej natury i wraz z nią tworzyć sztukę. By miał gdzie uciec przed codziennym pośpiechem i gielkiem.

Wysiadając z samochodu słyszy się ciszę. Po chwili jednak dochodzą do nas jakieś dźwięki. Trele ptaków, bzyczenie przelatujących owadów, w końcu nieśmiały szum wieloletnich świerków, w których igły wplątał się wiatr wyskubując z nich zapach lekko sączącej się żywicy. Tu już można zdjąć buty. Stopy dotykają chłodnego piasku. Nad głowami rozpościera się igielny dach. Właśnie tu, w Puszczy Piskiej, tuż nad brzegiem jeziora Nidzkiego, znajduje się cudownie przemyślane przez Boga miejsce, w którym rymy wierszy same układają się w rytm deszczu, spadają, wsiąkają w ziemię. Drewniany płot i furtka niczym wyciągnięta z dziecięcych wspomnień, i zanurzona w pnączach, otoczona kwiatami – Leśniczówka Pranie. Miejsce twórczości Karola Ildefonsa Gałczyńskiego. I nie tylko...

Kiedy czternaście lat temu córka poety Kira postanowiła opuścić leśniczówkę, w której znajduje się muzeum poświęcone jej ojcu, rolę gospodarza tego miejsca objął Wojciech Kass. – Jestem tu dzięki Czesławowi Miłoszowi. Napisałem o nim książkę. W związku z tą publikacją zostałem zaproszony do Suwałk na spotkanie autorskie. Tam dowiedziałem się, że pani Kira Gałczyńska opuszcza Pranie. Wtedy zadeklarowałem, że obejmę po niej to miejsce – mówi Wojciech Kass, dyrektor Muzeum Karola Ildefonsa Gałczyńskiego, poeta i pisarz. – Nie

lubię określenia „dyrektor”. Ono nie ma tak naprawdę żadnego wpływu na moje życie i decyzje – dodaje po chwili. I zapewne dlatego, nieżyjący już Jerzy Markuszewski powiedział o nim, że nie jest on tylko gospodarzem pamięci po Gałczyńskim, ale gospodarzem pamięci wszystkich twórców na Mazurach, bo jego pokolenie powoli już odchodzi.

– Kiedy wraz z mężem przyjechalśmy do Prania, towarzyszyło nam poczucie szczęścia absolutnego, mimo tego, że mąż wcześniej nie widział tego miejsca, a jedynie uwierzył mi na słowo, że jest tu pięknie. Wówczas posesja była trochę zapuszczona i dzika. Pamiętam drogę, kiedy jechaliśmy. Wydawało się, że jest ono tak odległe od cywilizacji. I nagle objawił nam się domek z czerwonej cegły... – wspomina Jagienka Kass, żona Wojciecha. Pierwszy rok był czasem odkrywania tego miejsca, poznawania ludzi i przemyśleń, jak muzeum ma wyglądać za kilka lat. Przez piętnaście lat każdy metr ziemi został przez nich przekopany, zagospodarowany. Powstała m.in. altana nazywana „Altana spotkań twórczych”. I chociaż pracy jest ciągle wiele, miejsce to zachwyca wszechobecną zielenią, kwiatami, widokiem na jezioro Nidzkie i ciszą...

Leśniczówka Pranie jest całym jego życiem. To miejsce, w którym mieszka i pisze. To miejsce miłości do żony i dziecka. A praca jest jedynie fragmentem tego życia. – Od początku marzyłem, żeby na to pojemne serce mazurskiej natury nałożyło się pojemne serce kultury – mówi Pan Wojciech. Dlatego, kiedy trafił w to zanurzone w Puszczy Piskiej miejsce, wymyślił program autorski „Leśniczówka w Praniu – Ośrodek Promienny”. Nazwa ta nawiązywała do



dwóch rzeczy, do Związku Promienistych Tomasza Zana oraz do filmu Herzoga „Fitzcarraldo”. – Jest to film o facecie, który wymarzył sobie, żeby w Puszczy Amazońskiej zabrzmiał głos tenora, wielkiego Enrico Caruso. I zamierza budować w puszczy operę. Wspaniała idea. Pomyślałem, czemu w Praniu nie powołać takiej sceny? – opowiada Kass. I tak przy Leśniczówce, wybudowano scenę, gdzie od wielu lat, na małych i niepozornych deskach, można spotkać największe gwiazdy teatru i muzyki.

– Zależało nam na tym, by były to spotkania z kulturą, podczas których ludzie mogą nie tylko zasmakować sztuki na najwyższym poziomie, ale podejść do artysty, który występuje i nie jest po występie ukryty gdzieś w garderobie – mówi Jagienka Kass.

Przez dwa letnie miesiące w Praniu odbywa się ponad 20 koncertów i spektakli poetycko-muzycznych. Nie sposób wymienić wszystkich artystów, którzy pojawili się na prańskiej scenie: Iwona Loranc, Filip Wojciechowski, Zbigniew Zamachowski, Wojciech Malajkat, Wojciech Straszynski, Mirosław Baka, Grzegorz Turnau, Wiktor Zborowski – to tylko niektóre nazwiska.

– O Praniu wiem, odkąd po raz pierwszy, jako nastolatek, zacząłem czytać wiersze Gałczyńskiego, które mnie pochłonęły. Gałczyński był niebywałym poetą, o jakiejś dziwnej wyobraźni i poczuciu humoru. Trafiłem tu za sprawą Wojtka Kassa, którego poznałem, kiedy czytałem jego poezję podczas promocji jednego z jego tomików. W Praniu jestem piąty raz. Wcześniej byłem tutaj między innymi



Zbigniew Zamachowski

z piosenkami Przybory i Wasowskiego, w towarzystwie Magdy Umer i Piotra Machalicy. To jest miejsce, w którym z w y c z a j n i e człowiek odpoczywa, w h a m o w u j e .



Leśniczówka Pranie

Tu jest inny rytm życia. Wieczorem można usiąść, spędzić czas na dyskretnych i miłych rozmowach – śmieje się Zbigniew Zamachowski.

– Jestem pierwszy raz w Praniu. Jestem urzeczony tym miejscem i gospodarzami, którzy tworzą niespotykaną atmosferę. Sam koncert był również niezwykłym przeżyciem. Ptaki ćwierkają nad uchem, szumi las. Przyroda inspiruje do innego grania. To jest inny wymiar. Kiedy dojeżdżałem do leśniczówki, a wyjechałem z Warszawy, byłem zauroczony tym miejscem. Jeszcze jadąc samochodem zwolniłem, otworzyłem w aucie okna. I ta cisza. Spokój – wyznaje muzyk, Filip Wojciechowski.

Kiedy kończy się jesień i ostatnie kolory opadną – w Leśniczówce Pranie rozpoczynają się kolejne przygotowania do Artystycznego Lata. Trzeba zorganizować wiele koncertów, zaprosić kolejne gwiazdy, dla których występ na „małej-wielkiej” prańskiej scenie traktują jako wyróżnienie. – Polubiłam zimę właśnie w Praniu. Bo ta zima jest



Wojciech Kass

rzeczywiście biała i czysta. Świerki całe w bieli, takie oblepione. A jeśli zaświeci jeszcze słońce, to przeżywa się momenty wielkich olśnień – mówi Jagienka Kass.

Leśniczówka Pranie. Cudownie przemysłane miejsce przez Boga. Miejsce kultury przez wielkie „K”. Miejsce spotkań artystów, ludzi sztuki. Miejsce, do którego każdy może przyjść, usłyszeć muzykę Chopina, wiersze Gałczyńskiego, liryczne sploty poezji śpiewanej. Tu człowiek czuje, że w życiu są ważniejsze rzeczy, niż pośpiech, pęd, głośno grające radio.

Krzysztof Kozłowski
zdjęcia z archiwum autora

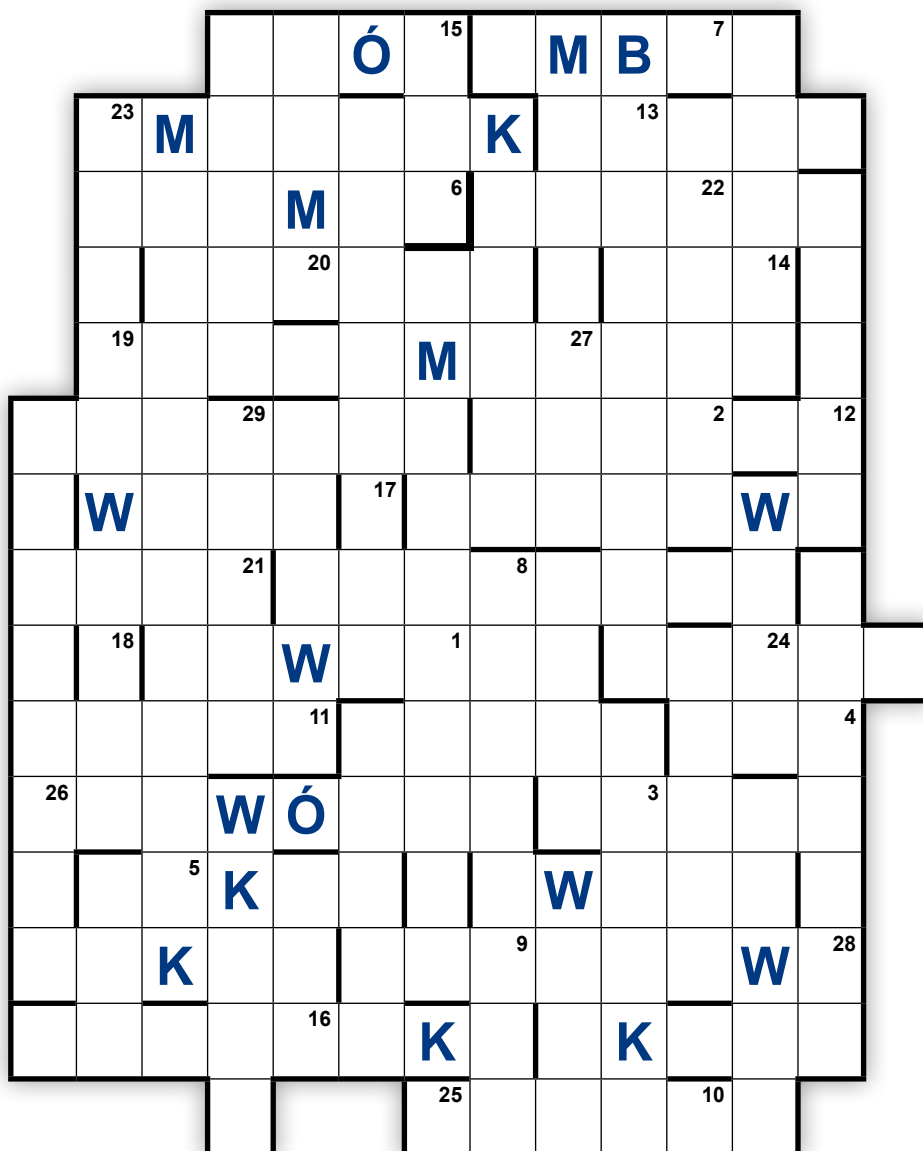
Krzyżówka

Jolka 37

Objaśnienia 57 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: B, K, M, Ó i W. Na ponumerowanych polach ukryto 29 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Hipokratesa.

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

- skala oceny funkcji życiowych noworodka
- góralski gospodarz • funkcja stanu termodynamicznego • kraina między Tagiem i Gwadianą • porządek • królowa zwierząt • punkt na niebie skąd rozbiegają się meteory • grupa ludów z Khosa i Zulusami • wiśniowy Czecho-wa • sławna siostra Ismeny • ciężar • zniesienie, likwidacja • stolica Flandrii Wsch. • śruba • modlitewne hymny Awesty • prawe lub lewe, poryte oplucną • stały znak nawigacyjny • wskrzeszony przez Jezusa • korsarz • za wysoki na nasze nogi • skala z kwarcu i chalcedonu • opera Pucciniego z 1900 r. • zuch, ryzykant • Kapsztad • wezwanie, ulotka • głowowa lub łonowa • kobieta anioł • córka Krzywoustego, królowa Szwecji • twórca • kwas rybonukleinowy • arcydzieło • szwedzki cel promu ze Świnoujścia • fantazja, urojenie • niewierny u Żydów • kolczasty krzew owocowy • streszczenie • płynie przez Limburg • głównej roli • przeciwieństwo praktyki • ginger • głowa, bardzo potocznie • główny port nad morzem Ochockim • wykwintne ciasto • pseudo ojca Janka Kosa • jednostka dziedziczenia • użyźnia glebę • Cyganka z opery Bizeta • kłamra spinająca mury • strzelec, mistrz olimpijski z 1968 i 1972 • padlinożerca • twist lub walc • kraina między Loarą i Saoną • tokujący głuszc • międzyzwrotnikowe zbiorowisko traw • kraj Putina • twórca dzieła sztuki • Lena, szefowa krwiodawstwa „BJER”



Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego Pulsu Szpitala: „Kto mówi sieje, kto słucha, zbiera”. Nagrodę książkową otrzymuje lek. Marek Pietroczyk Oddział Kardiochirurgiczny. Gratulujemy! Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



*„(...) Słońce ogrzewa serca po zimie korzystaj z wiosny,
bo szybko minie. Tej właśnie wiosny coś się wydarzy
będziesz szczęśliwy gdy umiesz marzyć.(...)”*

Małgorzata Ostrowska - „Wiosna kwiaty rozdaje”

