



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 40/3 lipiec – wrzesień 2013

OGÓLNOPOLSKI PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW GŁOWY I SZY

...ak nic o tym nie wie!
...sześciu najczęstszych nowotworów.

...zkodzi!

Ordynator
dr n. med. Andrzej Kubiś

**Wczesna diagnoza
ocali Ci życie**

Drodzy czytelnicy

Na pewno wielu z nas zadawało sobie pytanie, w jak dużym stopniu mamy wpływ na swoje życie. Czy wszystko, co nas spotyka jest zaplanowane z góry? A może to nasze wybory decydują często o tym, czego później doświadczamy w życiu. Nie staram się odpowiedzieć na to pytanie, ale niektóre artykuły w tym numerze Pulsu mam nadzieję, że skłonią Państwa do chwili refleksji – czy zawsze dokonujemy słusznych wyborów. Polecam tu szczególnie

artykuły na str.: 3, 5, 8, 12 i 16. Specjalnie nie podaję tytułów publikacji, aby bardziej zaintrygować Państwa ich treścią. Właśnie w oparciu o tę wiedzę, uważny czytelnik może wyciągnąć wnioski na dalsze swoje życie lub życie jego bliskich, czy znajomych.

Jako zespół ludzi tworzących ten Szpital mamy wpływ na to, jakim on jest i jakim będzie w przyszłości. Również o tym decydują ludzie i ich wybory. Czy jest to miejsce

wyjątkowe, a jeżeli tak, to dlaczego? Na te i inne ciekawe pytania uzyskamy odpowiedź w wywiadzie z Panią Dyrektorką, która opowiada o zmianach zachodzących w naszej placówce i o celach, jakie stoją przed każdym z nas. Wierzę, że ten, już 40 nr Pulsu Szpitala, odpowie na wiele Państwa pytań. Miłej lektury.

Barbara Szymczuk
redaktor naczelna

- 3** | To, czym chcielibyśmy wyróżnić się od innych, zależy wyłącznie od nas samych
- 4** | Szpital bez barier
- 5** | Pamięć i jej zagadki cz.10
- 7** | Obchody Dnia Diagnostyki Laboratoryjnej
- 8** | Nowotwory głowy i szyi
- 9** | 1 przez 3, czyli Ogólnopolski Program Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi
- 11** | Zmiany na lepsze
- 12** | Po przeszczepie stałem się znowu wolnym człowiekiem
- 13** | Podziękowania
- 14** | Jubileusz rubinowy – 40 numer Pulsu
- 15** | 10 lat Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji
- 16** | Krew na wagę życia ludzkiego
- 18** | Kucharze gotują, lekarze promują drogę do zdrowego serca
- 20** | Pierwsze wrażenie można zrobić tylko raz...
- 21** | Wiedza i doświadczenie w pełnej gotowości
- 22** | Jest to praca, która daje mi ogromną satysfakcję
- 24** | Grenlandia – wyspa na krańcu świata cz. I
- 27** | Krzyżówka
- 27** | Życie we fraszce

PULS SZPITALA



Wydawca
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelna
Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny
Alicja Biernacka
Magdalena Kantorczyk
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

Stała współpraca
Hanna Taraszkiewicz
Jerzy Badowski
Piotr Markiewicz
Radosław Kowalski

Zdjęcia udostępnili
Miłosz Guzowski
Emilia Paszkowska
Daniel Burakowski

Adres redakcji
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji
tel. 89 538 65 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.
Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych publikacji.



To, czym chcielibyśmy wyróżniać się od innych, zależy wyłącznie od nas samych



Na temat planów związanych z rozszerzeniem zakresu wykonywanych procedur, utworzenia specjalnej sali hybrydowej dla „heart team’u”, a także ludziach Szpitala, w których drzemie ogromny potencjał i możliwości, rozmawiam z Panią Ireną Kierzkowską, dyrektorką Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

– Już niedługo Oddział Transplantologiczny zostanie przeniesiony do zmodernizowanych pomieszczeń. To nowe szanse i możliwości w kwestii przeszczepiania narządów. Czy w związku z tym rozszerzy się zakres procedur medycznych wykonywanych w tym zakresie?

– Tak, istotnie planujemy otworzyć na IV piętrze budynku głównego Szpitala 20-lóżkowy Oddział Chirurgii Transplantologicznej, Ogólnej i Onkologicznej. Jesteśmy na etapie finalizowania dokumentacji architektonicznej, mamy już pozwolenie na budowę i pozostaje przygotowanie specyfikacji na wyłonienie firmy budowlanej, ale warunkiem bezwzględnie koniecznym jest uruchomienie nowego bloku operacyjnego. Pyta Pani o nowe szanse i możliwości w kwestii przeszczepiania narządów, one oczywiście są, ale przypomnę, że mamy pozwolenie Ministerstwa Zdrowia na przeszczepianie tylko nerek od dawców żywych i ze zwłok, a cała procedura akredytacji naszego ośrodka trwała ok. 1,5 roku i składała się z trzech niezależnych audytów. Rozszerzenie zakresu transplantologii o np. przeszczepy wątroby wiąże się z nowym wnioskiem do Ministerstwa Zdrowia i uruchomieniem analogicznej procedury, musimy być zatem perfekcyjnie przygotowani i spełniać wszystkie wymogi do uzyskania pozwolenia. A to wszystko przed nami.

– Coraz częściej poruszany jest temat uruchomienia hybrydowej sali operacyjnej w naszym Szpitalu. Czym różni się specyfika

zabiegów na niej wykonywanych, od operacji na zwykłej sali operacyjnej? Jakie możliwości otworzyłaby przed WSS w Olsztynie sala hybrydowa?

– Zasadnicza różnica polega na możliwości jednoczesnego leczenia operacyjnego serca i dużych naczyń przez wielodyscyplinarny zespół specjalistów, zajmujący się chorobami serca, czyli kardiochirurgów i kardiologów inwazyjnych. Aktualnie zabiegi kardiochirurgiczne wykonywane są na klasycznych salach operacyjnych, z kolei kardiolodzy inwazyjni swoje zabiegi na naczyniach wykonują w pracowni angiograficznej, czyli zespół o którym wspominałam wykonuje operacje w dwóch różnych miejscach i o różnym czasie. Sala hybrydowa jest platformą współpracy dla tzw. „heart team”. Żeby to było możliwe Szpital musi dysponować odpowiednio wyposażoną salą, z zamontowanym stacjonarnym systemem angiograficznym, współpracującym z chirurgicznymi stolami operacyjnymi. Pozwoli to na jednoczesowy, niezakłócony dostęp całego zespołu operacyjnego do pacjenta. Hybryda w biologii oznacza krzyżówkę, mieszańca np. ras. Głośno ostatnio o silnikach hybrydowych z dwoma rodzajami napędów. Nasza sala hybrydowa, poprzez analogię też będzie pewnego rodzaju krzyżówką dwóch pokrewnych dyscyplin wzajemnie się uzupełniających. Podkreślić należy, że na tej nowoczesności zyskuje przede wszystkim pacjent, jego komfort i bezpieczeństwo.

– Czy WSS w Olsztynie ma szansę rozwinąć procedury z zakresu toksykologii? Czy jest to

przyszłość nierozłącznie związana z nefrologią, czy też powstanie zupełnie odrębna gałąź leczenia pacjentów?

– Temat toksykologii kilkakrotnie powracał do dyskusji nad strategią rozwoju naszego szpitala, ale z wielu powodów został zawieszony. Być może powróci w momencie, kiedy uda nam się uruchomić komorę hiperbaryczną. Obecnie rozwinięcie procedur z zakresu toksykologii, czy to poprzez otwarcie nowego oddziału, czy też pododdziału byłoby dla nas po prostu zbyt pracochłonne, kosztowne i mało opłacalne. Przede wszystkim nie mamy lekarzy specjalistów z zakresu toksykologii, ale w naszym regionie nie ma również zakładów chemicznych, a pacjentów przypadkowych zatruc w skali roku także nie mamy za dużo. Z chorymi, którzy trafiają do naszego szpitala z ostrą niewydolnością nerek, czy nawet wielonarządową niewydolnością radzimy sobie w ramach oddziału nefrologii, gastroenterologii, czy OIT. Poza tym, biorąc pod uwagę otwarcie nowego bloku operacyjnego, w tej chwili potrzebujemy zwiększenia kontraktu na oddziały zabiegowe, czy też na nowy oddział chirurgiczny, o którym wspominałam wcześniej. Lokowanie pieniędzy z kontraktu z NFZ w oddział toksykologiczny znacznie pogorszyłoby rentowność oddziałów zabiegowych.

– Mimo niskich nakładów na opiekę zdrowotną widać, że praktycznie wszystkie jednostki ochrony zdrowia starają się świadczyć usługi na wysokim poziomie sztuki medycznej, z jednoczesną troską

o realia ekonomiczne. Proszę powiedzieć, czym według Pani wyróżnia się WSS w Olsztynie na tle innych szpitali w naszym regionie?

– Wszyscy powinniśmy odpowiedzieć sobie na to pytanie. Czy faktycznie się wyróżniamy? Czy chcemy się wyróżniać, a jeśli tak, to co powinno nas wyodrębnić na tle innych placówek ochrony zdrowia? Pomyślmy wspólnie, jaki powinien być nasz szpital, żeby pacjent po przekroczeniu jego progów poczuł, że jest w tym wyjątkowym miejscu? Czy wspólnie tworzymy tę wyjątkową atmosferę? Czy nasze zainteresowanie i podejście do pacjenta zasługują na miano tej wyjątkowości? Każdy szpital ma możliwość poprawy warunków bytowych pacjenta i wyposażenia w specjalistyczny sprzęt. Jest także wiele szpitali akredytowanych, realizujących swoje polityki jakości. Zatem co NAS wyróżnia?

Na pewno nie można budować swojej marki na czyichś negatywnych przykładach. Życzymy innym szpitalom jak najlepiej i szczerze gratulujemy im ich sukcesów. Jednak ta postawa nie powinna nas zwalniać z obowiązku budowania

naszej własnej marki, z dobrze rozumianą polityką jakości, z absolutnej odpowiedzialności za pacjenta, z zaangażowania oraz z tworzenia tej wyjątkowej atmosfery życzliwości, zrozumienia, wrażliwości i otwartości na drugiego człowieka. I pamiętajmy, że to, czym chcielibyśmy wyróżnić się od innych, zależy wyłącznie od nas samych.

Kierowanie firmą to zadanie twórcze, jego celem jest między innymi budzenie kreatywności poszczególnych członków załogi. Musimy mieć świadomość, że każdy pracownik przyczynia się do sukcesu przedsiębiorstwa. Kierowanie jest więc sztuką znajdowania klucza, który by otworzył skarbiec pracowników i dał im poczucie, że tkwią w nich liczne możliwości i zdolności, ale nie tylko dla sukcesu własnego, ale również i dla wspólnego. Sukces nie może służyć jedynie wizerunkowi własnemu. Dobrze jeśli służy również całemu zespołowi i całemu szpitalowi. Powinno się sensownie wykorzystywać zasoby, mocne strony szpitala, rozbudzać zdolności, które tkwią w człowieku i wytyczać nowe drogi, aby właściwie wykorzystać własny potencjał i rozwijać szpital, tworzyć nowe miejsca pracy. Bezcelowe jest narzekanie – to tylko wymówka,

mająca usprawiedliwić obojętność, brak zaangażowania, czy brak kreatywności. Dobra atmosfera, na której tak mi zależy, poprawia relacje międzyludzkie, jest skutecznym sposobem tworzenia zgranych zespołów, podnosi poczucie własnej wartości, zwiększa motywację do pracy. Możemy to osiągnąć wspólnie, kierując się wartościami etycznymi w szpitalu, przestrzegając ich na co dzień nie tylko w stosunku do naszych pacjentów, ale również do siebie nawzajem. Złota reguła: „Będę starał się obchodzić z innymi jak z samym sobą”. Dobrym pracownikiem, lojalnym, związanym ze swoją firmą nie wystarcza już tylko zarabianie pieniędzy, domagają się również przekonującej kultury przedsiębiorstwa. Są pracownicy, którzy sami potrafią znaleźć klucz do swoich możliwości i są tacy, którym trzeba pomóc – są równie zdolni, równie potrzebni i potrafią być równie kreatywni. Nasz szpital jest kuźnią wszelakich talentów i to jest to, co nas wyróżnia spośród innych szpitali.

– Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk

Szpital bez barier



Najbardziej uczęszczanym miejscem w Szpitalu są ciągi komunikacyjne. Aby dostać się na odpowiednie piętro w budynku głównym można wybrać pokonanie drogi windą lub główną klatkę schodową, która prowadzi do wszystkich oddziałów. Ponieważ przed windami często są kolejkki, wielu pacjentów i odwiedzających (w tym osoby niepełnosprawne) wybierają podróż klatką schodową. Niestety dotychczas nie była ona odpowiednio przystosowana dla potrzeb osób niepełnosprawnych. Wielkim utrudnieniem w poruszaniu się był brak posadzki antypoślizgowej oraz brak odpowiednich uchwyty i poręczy w ciągach komunikacyjnych. Dlatego WSS w Olsztynie, jeszcze w 2012 r. złożył wniosek do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w celu otrzymania dofinansowania na dostosowanie głównej klatki schodowej Szpitala do potrzeb osób niepełnosprawnych. W 2013 r. wniosek pozytywnie przeszedł wszystkie oceny i Szpital otrzymał z PFRON ponad 74 tys. zł dofinansowania – w ramach pro-

gramu pn. „Program wyrównywania różnic między regionami” obszar B.

Na początku sierpnia rozpoczęto realizację inwestycji. Remont dotyczył wymiany nie tylko okładziny schodów, ale też wszystkich elementów klatki schodowej, montażu obudów, w postaci barier, poręczy, z dostosowaniem ich do wymogów osób niepełnosprawnych, czyli na umieszczeniu poręczy na wymaganej wysokości i rozmieszczeniu ich w miejscach biegów schodowych tam, gdzie ludzie muszą wspomóc się rękoma przy wejściu lub przy schodzeniu. Zastosowano gres antypoślizgowy, zapewniający odpowiednią przyczepność, co potwierdzają odpowiednie atesty. Aby remont nie zablokował całkowicie komunikacji nie tylko pacjentom, ale i pracownikom szpitala, na wykonawcę nałożono obowiązek utrzymania drożności klatki schodowej.

Inwestycję zakończono pod koniec września 2013 r.

Mag

Wartość projektu – 185 527,21 zł

Środki PFRON – 74 210,88 zł

Cel główny projektu:

Likwidacja barier w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie umożliwiającą samodzielne poruszanie się osobom niepełnosprawnym.



Pamięć i jej zagadki cz. 10



Bez żadnej przesady można stwierdzić, że ludzie różnią się co do możliwości pamięciowych – jedni mają je lepsze, inni gorsze. Na to wpływają różne czynniki. Od niedawna dość precyzyjnie wiemy, że można znokautować pamięć oraz inne zdolności poznawcze. Taki proces widać wyraźnie u zawodowych sportowców, np. bokserów czy hokeistów.

Znany polski bokser – Tomasz Adamek – tak stwierdził w jednym z wywiadów: „*Jak widać, nie jękam się, a pamięć mam jak u młodego chłopaka.*” W tej wypowiedzi była aluzja do stanu poznawczego innego polskiego boksera – Andrzeja Gołoty, który w wypowiedziach publicznych ujawnia trudności z mówieniem i pamięcią. Ale ta wypowiedź wskazuje także na specyficzny związek pomiędzy walkami sportowymi lub szerzej – sportem kontaktowym – a deficytami pamięci. Co o tym wiadomo?

Wśród ostatnich topowych walk sportowych można wymienić pojedynki o mistrzostwo świata federacji WBC w wadze ciężkiej pomiędzy Tomaszem Adamkiem i Witalijem Kliczko oraz hit w postaci pojedynku według zasad MMA Mariusza Pudzianowskiego i Marcina Najmana. Oba pojedynki skończyły się przed czasem. W pierwszym z nich zamroczony ciosami Ukraińca Adamek przegrał przez nokaut techniczny ogłoszony przez sędziego. Z kolei w pojedynku Pudzianowski - Najman, ten pierwszy zmasakrował przeciwnika w 44 sekundy po serii mocnych ciosów w parterze, z których wiele trafiało w głowę Najmana.

Bokserki obłąd

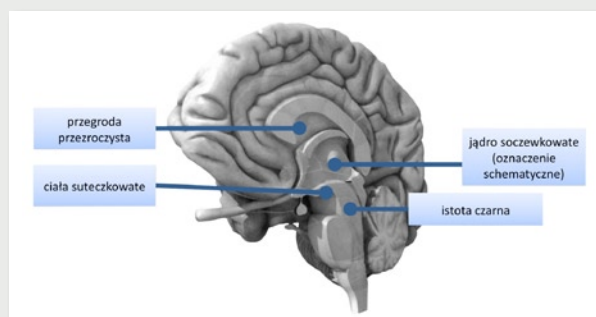
Tak jak we wspomnianych wyżej walkach, w innych podobnie widowiskowych akcjach uczestniczą bardzo silni zawodnicy, którzy występują z odkrytymi głowami. Większość ciosów jest kierowana na twarzoczaszkę, gdyż dobre uderzenie właśnie tam gwarantuje osłabienie stanu przytomności przeciwnika. W skrajnej sytuacji trafiony zawodnik traci zupełnie przytomność i nawet umiera. Na szczęście możliwość przetrwania walki przez nokaut techniczny minimalizuje przypadki śmiertelne.

Bokserzy są stale narażeni na poważne urazy głowy i w konsekwencji mózgu. Z różnych badań wynika, że u nawet 20 procent bokserów wykształca się przewlekły stan pourazowy zwany *encefalopatią bokserką*. Ten stan, opisany

problemów m.in. z mówieniem, uwagą i pamięcią. W 2003 r. podczas wywiadu telewizyjnego bełkotliwa mowa boksera Meldricka Taylora pozwoliła w końcu sformułować właściwą diagnozę. W niektórych sytuacjach dochodzi do zmian

NEUROPATOLOGIA CIOSU W GŁOWĘ

Powtarzające się urazy głowy w boksie powodują liczne zaburzenia neurologiczne i neuropsychologiczne. Badanie pośmiertne oraz neuroobrazowanie in vivo wskazują na charakterystyczne cechy neuropatologiczne encefalopatii pourazowej. Wśród nich są m.in. zaniki tkanki mózgowej i bliznowacenie bruzd mózdzku. Efektem tego mogą być różnorodności deficyty poznawcze i motoryczne. Atrofia w płatach skroniowych powoduje zakłócenia pamięci, ale także wywołuje objawy hiperseksualnych zachowań (zespół Klüvera-Bucy'ego). Zmiany w istocie czarnej i jądrze soczewkowatym wywołują objawy parkinsonizmu. Degeneracja przegrody przezroczystej, oddzielającej rogi przednie komór bocznych mózgu oraz ciał suteczkwatych, przyczynia się do powstania zaburzeń emocji, w tym stanów depresyjnych. Uszkodzenia tych ostatnich struktur mogą powodować objawy jak przy zespole Wernickego-Korsakowa (m.in. zaburzenia widzenia, świadomości, majaczenie).



Wśród nich są m.in. zaniki tkanki mózgowej i bliznowacenie bruzd mózdzku. Efektem tego mogą być różnorodności deficyty poznawcze i motoryczne. Atrofia w płatach skroniowych powoduje zakłócenia pamięci, ale także wywołuje objawy hiperseksualnych zachowań (zespół Klüvera-Bucy'ego). Zmiany w istocie czarnej i jądrze soczewkowatym wywołują objawy parkinsonizmu. Degeneracja przegrody przezroczystej, oddzielającej rogi przednie komór bocznych mózgu oraz ciał suteczkwatych, przyczynia się do powstania zaburzeń emocji, w tym stanów depresyjnych. Uszkodzenia tych ostatnich struktur mogą powodować objawy jak przy zespole Wernickego-Korsakowa (m.in. zaburzenia widzenia, świadomości, majaczenie).

po raz pierwszy w 1928 r. przez amerykańskiego patologa sądowego Harrisona Martlanda, ma też inne – bardzo sugestywne zresztą – określenia: obłąd bokserki (*dementia pugilistica*) lub zespół upojenia od uderzenia pięścią (*punch-drunk syndrome*). Jest tak dlatego, gdyż w wyniku powtarzających się uderzeń w głowę bokser może poruszać się chwiejnym krokiem, a nawet zataczać się jak po spożyciu sporej dawki alkoholu. Dodatkowo występują objawy otępienia w postaci narastających

zachowania i osobowości. Względnie spokojny dotąd zawodnik może zacząć ujawniać patologiczne formy megalomanii, zazdrości, agresji, czy hiperseksualności. Nierzadko dochodzi do samobójstw lub przynajmniej objawów głębokiej depresji. W skrajnej postaci mogą wystąpić objawy psychotyczne i urojenia.

Różne badania pośmiertne mózgow bokserkich potwierdziły liczne uszkodzenia struktur mózgowia (zobacz ramka *Neuropatologia ciosu w głowę*). Defekty psychiczno-motoryczne i zmiany neuropatologiczne w encefalopatii bokserkiej sugerują ich silną zbieżność z takimi chorobami neurodegeneracyjnymi, jak choroba Parkinsona (drżenie, ataksja, objawy mózdzkowe) i choroba Alzheimera. Jeden z najsłynniejszych

W SKRÓCIE

- powtarzające się uderzenia w głowę (nawet przez kask) mogą powodować uszkodzenia mózgowia, przejawiające się m.in. zaburzeniami pamięci, uwagi i mówienia,
- częste urazy głowy w czasie uprawiania sportu mogą powodować objawy podobne do tych obserwowanych w chorobie Parkinsona i chorobie Alzheimera

bokserów świata – Muhammad Ali – cierpi na chorobę Parkinsona, prawdopodobnie w przebiegu encefalopatii bokserskiej. Według obserwacji MacDonalda Critchleya z King's College Hospital w Londynie, objawy encefalopatii bokserskiej ujawniają po 6-40 latach od rozpoczęcia walk. Angielski patolog John Corsellis badał tkanki mózgu 15. emerytowanych bokserów i analizował drogi ich kariery sportowej. Okazało się, że szczególnie narażeni na uszkodzenia mózgu byli bokserzy, którzy zaliczyli już 300 rund bokserskich (nie liczone walk sparingowych i treningowych). Z innych badań wynika, że im więcej walk stoczył zawodnik, tym poważniejszych możemy się spodziewać objawów encefalopatii.

Przewlekła encefalopatia pourazowa nie jest tylko domeną bokserów. Także rugbyści, wrestlerzy, hokeiści, piłkarze i futboliści są narażeni na uszkodzenia mózgu. Pośmiertna sekcja mózgu Andre Watersa, 44-letniego futbolisty amerykańskiej ligi NFL, ujawniła szokująco odmienny stan od oczekiwanego. Patolog sądowy przeprowadzający autopsję stwierdził, że mózg Watersa przypominał mózg typowy dla 85-letniego człowieka z wczesnym stadium choroby Alzheimera.

Zanim rozwiną się objawy przewlekłej encefalopatii pourazowej, bokser może ujawniać objawy cerebriestii pourazowej (pourazowy zespół podmiotowy, zespół subiektywny, nerwica pourazowa). To znacznie łagodniejszy stan powstrząsowy, najczęściej bez uszkodzenia tkanki mózgu, w którym dominują bóle i zawroty głowy, ogólne osłabienie, drażliwość i męczliwość, bezsenność oraz problemy z koncentracją uwagi i pamięcią operacyjną. Podobne objawy występują po zatruciach i stanach zapalnych mózgowia. W przeciwieństwie do encefalopatii bokserskiej objawy cerebriestii pourazowej są przejściowe i odwracalne.

Nieoczekiwane konsekwencje sławy

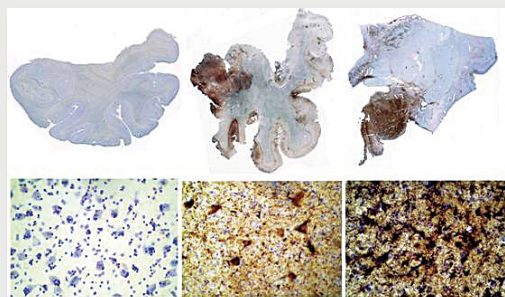
Raz po raz otrzymywane ciosy w głowę przez lata nie są dobrą inwestycją. Nierzadko po zakończeniu kariery podstępna encefalopatia poważnie inwalidyzuje codzienne funkcjonowanie niegdyś uwielbianego sportowca. W serialu *Lights Out* główny bohater, bokser Patrick Leary (Holt McCallany) doznał tak wielu urazów głowy podczas walk, że traci kontrolę nad swoim zachowaniem. Pod wpływem rodziny rzuca boksowanie,

NEUROATOLOGIA CIOSU W GŁOWĘ

Najczęściej widoczną patologią w przebiegu encefalopatii pourazowej są splątki neurofibrylarne (patologiczne zbiory białek w neuronach), które uszkadzają prawidłowe funkcjonowanie komórek. W przeciwieństwie do osób w normie, mózgi zawodników stale narażonych na ciosy w głowę zawierają takie splątki nawet w powierzchniowych warstwach kory. W efekcie otrzymujemy możliwe wyjaśnienie uogólnionych deficytów poznawczych (m.in. pamięć, orientacja, uwaga) właściwych dla wielu weteranów areny.

Zwykła obserwacja skrawków mózgu ujawnia efekty boksowania. Na zdjęciu mamy fragmenty środkowych obszarów płata skroniowego, uzyskane od trzech osobników. Pierwsza kolumna – mężczyzna 65 r.ż. bez zmian patologicznych. Środkowa kolumna – mózg futbolisty amerykańskiego Johna Grimslaya z licznymi białkami tau (obszary brązowe; na dole obraz mikroskopowy ciała migdałowatego). Ostatnia kolumna – mózg 73. letniego boksera, który był mistrzem świata i u którego rozwinęły się pełne objawy otępienia. Na obu zdjęciach widać bardzo liczne białka tau w obszarach wzgórza i ciała migdałowatego (górze) oraz ciała migdałowatego (dół).

Źródło: <http://www.bu.edu/cste/about/what-is-cte/>



przyjmuje każdą możliwą pracę i od razu wpada w kłopoty z finansowym utrzymaniem rodziny.

W polskich warunkach Wojciech A., były bokser, a obecnie rencista z różnymi zaburzeniami psychicznymi, zażądał pół miliona złotych odszkodowania od czterech warszawskich klubów sportowych za skutki walk stoczonych około 40 lat temu. Wojciech A. zaliczył 92 walki, z czego 17 przegrał, a 4 zremisował. Został też kilka razy znokautowany. Problemy zdrowotne spowodowały, że na przełomie lat 60-tych i 70-tych XX wieku zakończył on swoją karierę. Następnie wykonywał różne prace, m.in. w hucie. Wobec klubów sportowych Wojciech A. stawiał zarzut zmuszania go do spożywania znacznych ilości płynów celem przejścia do cięższej kategorii. W ten sposób był narażony na poważniejsze urazy głowy. Z kolei biegły neurolog stwierdził, że walki przyczyniły się w istotny sposób do zruinowania zdrowia boksera z powodu licznych urazów czaszkowo-mózgowych i mniej widocznych, ale też niebezpiecznych mikrourazów. Zgodnie z orzeczeniem neurologa nawet te mikrourazy uzyskiwane w nieprawidłowo wyższej kategorii wagowej mogły przyczynić się do wystąpienia encefalopatii. W odpowiedzi obrona zauważyła, że ciężsi bokserzy wcale nie muszą zadawać silniejszych ciosów. Taka argumentacja jest trafna przy uwzględnieniu najprostszego równania

znanego z fizyki, gdzie siła jest iloczynem masy i przyspieszenia (ważący więcej sportowiec niekoniecznie ujawniają większe przyspieszenie). Dodatkowo obrona podniosła wątek specyfiki sportowej boksu, dopuszczającego obecność urazów, jako element ryzyka.

W odmiennym przypadku dopuszczenie ryzyka urazu zostało określone, jako zachowanie o charakterze kryminalnym. Chodzi tu o głośną sprawę Terry'ego Norrisa, amerykańskiego boksera wagi lekkopółśredniej. Norris stoczył 295 walk w boksie amatorskim (z czego tylko 4 przegrał), a później w boksie zawodowym uczestniczył w 56. walkach (9 przegranych). Po przerwie próbował wrócić do boksu, co wiązało się z koniecznością przywrócenia licencji. Komisja sportowa z Nevady odmawiała wydania takiej zgody, gdyż Norris bardzo niewyraźnie mówił, choć jego mowa – na podstawie zapisów nagrań – była prawidłowa kilka lat wcześniej. Interesujące jest to, że ekipa Norrisa próbowała wyjaśnić zakłócenia mowy boksera fikcyjnym medycznie syndromem leniwej mowy. Ostatecznie komisja nie wydała licencji Norrisowi z powodu objawów encefalopatii bokserskiej. Szef komisji Elias Ghanem uznał, że wydanie zgody oznaczałoby bezprawne (czyli kryminalne) narażanie zdrowia i życia ciężko chorego przecięt człowieka, dodajmy 33. letniego.

Neuronalny bank gladiatorów

Jak powstrzymać lub zapobiec tragicznym i nieodwracalnym, z perspektywy mózgu, konsekwencjom uprawiania boksu oraz innych sportów kontaktowych? Center for the Study of Traumatic Encephalopathy – wspólne przedsięwzięcie Boston University School of Medicine and Sports Legacy Institute (SLI) – przyjmuje po śmierci zawodników ich mózgowia. Cel jest prosty: pokazać światu, jakie są realne efekty powtarzających się urazów głowy w sporcie. Idea zyskuje na popularności, do akcji włączają się słynni sportowcy, a bank zyskuje kolejne dane. Dave Duerson, gwiazda futbolu amerykańskiego, zrobił to samo. Po zakończeniu kariery borykał się z poważnymi problemami materialnymi i zdrowotnymi. Duerson skarżył się na narastające kłujące bóle z lewej strony głowy. Do tego doszły poważne luki pamięci, niestabilność emocjonalna, rozmyte widzenie i trudności w posługiwaniu się mową nawet przy najprostszych wyrazach. Na szczęście zdążył poświęcić swój mózg nauce przed samobójstwem, które popełnił

w lutym 2011r. (strzelił sobie w serce). Jego mózg wylądował Center for the Study of Traumatic Encephalopathy. Szczegółowa analiza histopatologiczna wykazała obecność licznych białek tau, powstałych wskutek powtarzających się urazów głowy. Te białka dosłownie blokują funkcjonowanie neuronów i mogą powodować ich obumieranie, a w następstwie – postępującą degenerację mózgowia. Mózg 50. letniego Duersona był poważnie uszkodzony, znacznie bardziej ponad jego wiek. Zmiany zwyrodnieniowe zaobserwowano m.in. w dolnych przednich częściach płatów czołowych oraz w ciałach migdałowych, co może wyjaśniać impulsywne i pełne wściekłości zachowania futbolisty oraz problemy w podejmowaniu poprawnych decyzji w warunkach ryzyka (Duerson prowadził się gastronomiczną, która zbankrutowała).

Duerson grał w 24. sezonach na pozycji „strong safety”, czyli w ostatniej linii obrony. Przyjmował na siebie pędzących osilków, ważących często grubo ponad 100 kilogramów. Zaliczył w ten

sposób poważne uderzenia w głowę, ale jak przystało na „prawdziwego mężczyznę” – ignorował ból i efekty następujące w postaci zaburzeń równowagi i splątania świadomości. Po krótkiej przerwie regeneracyjnej wracał do walki. Teraz ślady jego odwagi widać na cienkich plasterkach mózgu pod mikroskopem.

dr Piotr Markiewicz

CHCESZ WIEDZIEĆ WIĘCEJ?

- Gavett, B.E., Stern, R.A., McKee, A.C. (2011), Chronic traumatic encephalopathy: A potential late effect of sport-related concussive and subconcussive head trauma, Clinics in Sports Medicine, 30, s. 179–188.
- Heilbronner, R.L. i in. (2009), Neuropsychological consequences of boxing and recommendations to improve safety: A National Academy of Neuropsychology Education Paper, Archives of Clinical Neuropsychology, 24, s. 11–19

Obchody Dnia Diagnosty Laboratoryjnego

4 września w Elku, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych uczęciła Dzień Diagnosty Laboratoryjnego. Uroczystość tę uświetnili licznie zgromadzeni przedstawiciele medycznych laboratoriów diagnostycznych z województwa warmińsko-mazurskiego oraz zaproszeni goście. Podczas tej gali diagnosty laboratoryjni województwa warmińsko-mazurskiego zostali wyróżnieni nagrodami Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych „Zasłużony diagnosta laboratoryjny”. Prezes KRDL dr Elżbieta Puacz, w towarzystwie wiceprezesa Rolanda Rólkowskiego, sekretarza Anny Lipnickiej i przedstawiciela KRDL na województwo warmińsko-mazurskie Elżbiety



Michałowskiej, wszystkim zasłużonym pracownikom wręczyła odznaczenia. Wśród uhonorowanych nagrodą osób, znalazły się także przedstawicielki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Tą zaszczytną nagrodę otrzymały: mgr Anna Onyszk – kierownik Zakładu Bakteriologii, mgr Beata Drozdowska – kierownik Działu Diagnostyki Laboratoryjnej i diagnosta – analityki laboratoryjnej mgr Agnieszka Sikora-Puchajda.

– Wyróżnienie to traktuję nie tylko jako uhonorowanie długoletniej pracy (25 lat w zawodzie), ale przede wszystkim docenienie pracy całego zespołu Zakładu Bakteriologii – mówi Pani Anna Onyszk. – Właśnie praca z profesjonalistkami, jakimi są koleżanki z mojego Zakładu Bakteriologii jest dla mnie zaszczytem i przyjemnością. Nagroda ta jest także wyrazem docenienia naszego wkładu w wielu ogólnopolskich i europejskich programach monitoringu zakażeń i kontroli lekooporności wśród szczepów bakteryjnych szpitalnych i poza



W środku Anna Onyszk

szpitalnych izolowanych, podczas naszych badań. Nie bez znaczenia jest też fakt, że aż trzy osoby z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie zostały wyróżnione tym odznaczeniem, co świadczy o bardzo dobrej ocenie pracy naszej, jak i całego szpitala.

Po części oficjalnej, podczas wspólnego obiadu diagnosty z całej Polski poruszali tematy najbardziej nurtujące to środowisko: współpraca z personelem medycznym, kierownictwem i o problemach zachowania jakości w diagnostyce, pomimo trudności finansowych, z którymi boryka się cała Służba Zdrowia.

Gratulujemy wszystkim odznaczonym Paniom i ich współpracownikom oraz życzymy dalszych sukcesów zarówno w życiu zawodowym, jak i osobistym.

Redakcja

Nowotwory głowy i szyi

Nowotwory głowy i szyi obejmują grupę nowotworów lokalizujących się w regionie anatomicznym ograniczonym od góry podstawą czaszki i od dołu górnym otworem klatki piersiowej. Do grupy tej należą głównie raki wywodzące się z nabłonka górnego odcinka dróg oddechowych i przewodu pokarmowego:

- rak jamy ustnej,
- rak gardła,
- rak krtani,
- rak jamy nosowej i zatok obocznych nosa,
- rak gruczołów ślinowych,
- przerzuty raka do węzłów chłonnych + szyi z nieznanego ogniska pierwotnego,
- rak tarczycy,
- przyzwojaki niechromochłonne.

Naturalny przebieg kliniczny i rokowanie w wymienionych nowotworach mogą się różnić w zależności od umiejscowienia, ale podobieństwa diagnostyczne i terapeutyczne pozwalają na ujmowanie ich w jednej grupie.

Raki regionu głowy i szyi stanowią nieco ponad 5% wszystkich zarejestrowanych w Polsce nowotworów złośliwych. W ostatnich latach stwierdza się rocznie około 6000 nowych zachorowań i 3800 zgonów z powodu omawianej grupy nowotworów. Zachorowalność jest znacznie wyższa u mężczyzn niż u kobiet. Chorują głównie osoby starsze – ludzie po 45 roku życia.

Najważniejszymi czynnikami ryzyka rozwoju nowotworów regionu głowy i szyi są substancje rakotwórcze zawarte w dymie tytoniowym i alkohol. W powstawaniu niektórych raków głowy i szyi istotną rolę odgrywają wirusy. Wirus Epstein-Bara związany jest z rozwojem raka nosowej części gardła. Wirus HPV (Human Papilloma Virus) jest czynnikiem przyczynowym raka ustnej części gardła. Do powstawania nowotworów regionu głowy i szyi może przyczyniać się również zła higiena jamy ustnej oraz mechaniczne drażnienie błony śluzowej przez źle dopasowane protezy stomatologiczne.

Należy pamiętać, że przemiana nowotworowa jest procesem wieloletnim. Nierzadko rak rozwija się na podłożu, tak zwanych stanów przedrakowych. Do uznanych stanów przedrakowych roz-

poznawanych w obrębie błony śluzowej rejonu głowy i szyi należą leukoplakia i erytroplakia. Chorzy, u których rozpoznano obecność stanu przedrakowego powinni podlegać okresowym kontrolom laryngologicznym. Zachorowanie na raka płaskonabłonkowego narządów regionu głowy i szyi podnosi ryzyko wystąpienia drugiego, niezależnego nowotworu. Podstawową przyczyną tego zjawiska jest narażenie na wspólne czynniki rakotwórcze, przede wszystkim na substancje zawarte w dymie tytoniowym. Proces powstawania raka może przebiegać wielogniskowo – mówimy wtedy, o tak zwanym rozległym rakowaceni błony śluzowej. Drugie pierwotne nowotwory rozwijają się w obrębie dróg oddechowych (krtani, płuca) lub górnym odcinku przewodu pokarmowego (jama ustna, gardło, przełyk). Ryzyko wystąpienia drugiego nowotworu wynosi w tym przypadku od 3% do 7% rocznie. Szacuję się, że spośród wszystkich pacjentów wyleczonych z pierwszego raka regionu głowy i szyi, u około 20% w przebiegu obserwacji po leczeniu rozwinię się drugie niezależne ognisko raka. Należy to uwzględnić podczas badań kontrolnych, po zakończeniu leczenia z powodu pierwotnego nowotworu.

Okolo 90% nowotworów regionu głowy i szyi stanowi jeden typ histologiczny – rak płaskonabłonkowy. Do pozostałych nowotworów stwierdzanych w obrębie głowy i szyi należą, między innymi rak: gruczołowy, mięsaki, chłoniaki, czerniak złośliwy.

Rak płaskonabłonkowy regionu głowy i szyi szerzy się miejscowo, a także może dawać przerzuty drogą chłonną i krwionośną. Komórki raka mogą przemieszczać się naczyniami chłonnymi i dawać przerzuty do węzłów chłonnych zlokalizowanych na szyi. Mogą również migrować naczyniami krwionośnymi do narządów oddalonych od głowy i szyi (np. płuc, kości, wątroby), gdzie są źródłem przerzutów odległych. Ryzyko wystąpienia przerzutów zależy od umiejscowienia ogniska pierwotnego raka oraz wzrasta wraz ze stopniem zaawansowania procesu nowotworowego. Przykładowo ryzyko występowania przerzutów odległych jest bardzo małe (~3%) dla raka strun głosowych i duże (~30%) dla raka nosowej części gardła.



Guz ucha



Guz szyi



Guz ślinianki



Guz nosa

Podstawą rozpoznania raka jest wynik badania histopatologicznego lub cytologicznego (badanie tkanek lub komórek pod mikroskopem). Materiał do takiego badania uzyskuje się najczęściej pobierając wycinki z guza pierwotnego lub wykonując punkcję cienkoigłową powiększonych węzłów chłonnych.

Niezwykle przydatnym badaniem służącym do oceny narządów regionu głowy i szyi jest endoskopia górnego odcinka dróg oddechowych i przewodu pokarmowego. W trakcie takiego badania lekarz wprowadza kamerę do gardła

pacjenta i na monitorze widzi w dużym powiększeniu powierzchnię błony śluzowej. W diagnostyce nowotworów regionu głowy i szyi wykorzystywane są również badania z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej oraz medycyny nuklearnej, takie jak: ultrasonografia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytonowa tomografia emisyjna. Umożliwiają one wykrycie zmian patologicznych, a także ocenę

zaawansowania miejscowego choroby oraz przerzutów do węzłów chłonnych szyi lub przerzutów odległych.

W leczeniu nowotworów regionu głowy i szyi wykorzystuje się chirurgię, radioterapię i chemioterapię. W przypadkach raka o niskim stopniu klinicznego zaawansowania wystarcza zazwyczaj jedna z metod – chirurgia lub radioterapia. Każda z nich ma swoje wady i zalety – dlatego sposób leczenia dobiera

się indywidualnie dla danego pacjenta po uwzględnieniu wielu czynników. Dla chorych na raka zaawansowanego, konieczne jest skojarzenie metod leczenia. Stosuje się zabieg chirurgiczny z następczą radioterapią uzupełniającą lub radio-chemioterapię. Leczenie skojarzone zwiększa skuteczność terapii, ale jednocześnie związane jest z nasileniem działań niepożądanych.

dr n. med. Bogdan Kibiłda

1 przez 3 – czyli „Ogólnopolski Program Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi”

O idei Programu i sposobie jego realizacji rozmawiam z dr. n. med. Bogdanem Kibiłdą, ordynatorem Oddziału Otolaryngologicznego i Onkologii Laryngologicznej WSS w Olsztynie, a od sierpnia 2013r. koordynatorem Programu na województwo warmińsko-mazurskie.



– Panie Doktorze, skąd wziął się pomysł na akcję związaną z profilaktyką nowotworów głowy i szyi?

– Jest to inicjatywa ekspertów europejskich, którzy zajmują się leczeniem tego rodzaju schorzeń. Ogólnopolską część tej akcji zainicjował prof. Wojciech Golusiński – Prezes Polskiej Grupy Badań Nowotworów Głowy i Szyi, we współpracy z prof. Henrykiem Skarżyńskim – Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Otolaryngologii. Z jego inicjatywy powołano 16 ośrodków regionalnych, które mają koordynować tę akcję na całą Polskę. Powodem tej inicjatywy jest prognozowany wzrost nowotworów głowy i szyi, a zwłaszcza raka jamy ustnej, w najbliższych latach oraz niezadowolające wyniki w leczeniu nowotworów głowy i szyi. Szczególnie niezadowolające wyniki są niestety w Polsce. Odbiegają znacznie od tych w Europie Zachodniej. W Polsce mamy złe wyniki leczenia, ponieważ pacjenci zgłaszają się zbyt późno do lekarza, gdyż nie identyfikują wczesnych objawów tych nowotworów. Zgłaszają się, kiedy choroba jest w wysokim stopniu zaawansowania. Gdyby zgłosili się do lekarza wcześniej, mieliby dużą

szansę wyleczenia. Pragnę zaznaczyć, że do nowotworów głowy i szyi nie zalicza się nowotworów mózgu i gałki ocznej, które ze względu na przyjętą klasyfikację nowotworów na podstawie pewnych wspólnych cech, nie zostały ujęte w tej grupie. Ostatnio obserwuje się wzrost zachorowań na nowotwory głowy i szyi, a świadomość zdrowotna na temat tych chorób wśród pacjentów, ale niestety także i wśród lekarzy, pozostawia wiele do życzenia. Dlatego celem akcji jest zwiększenie świadomości pacjentów i lekarzy, zwrócenie uwagi na określone dolegliwości, objawy, które pomogą nam wcześniej rozpoznać wspomniane nowotwory.

– Jakie to mogą być objawy?

– W celu ułatwienia lekarzom rodzinnym postawienia właściwej diagnozy, europejscy eksperci z dziedziny nowotworów głowy i szyi wymyślili hasło „1 przez 3”. Oznacza ono, że pacjenta należy skierować do laryngologa, jeżeli występuje u niego jeden z poniższych objawów utrzymujący się przez trzy tygodnie:

- bolesne i/lub utrudnione przełykanie,
- ból gardła,

- chrypka,
- ból języka, niegojące się rany w jamie ustnej, białe lub czerwone plamy na błonie śluzowej jamy ustnej,
- obrzęk szyi, guz szyi,
- jednostronne upośledzenie drożności nosa, krwista wydzielina z nosa.

– Co może wywołać ten typ choroby nowotworowej i jak jej uniknąć?

– W przypadku omawianych nowotworów w przeważającej części czynnikiem kancerogennym jest palenie tytoniu i nadużywanie alkoholu. Zaprzestanie palenia tytoniu i redukcja spożycia alkoholu do 20-30 g/dz. może zmniejszyć ryzyko zgonu na nowotwory jamy ustnej i gardła o 60-80%, a w przypadku nowotworów krtani nawet do 85%. Wydaje się, że występują też i inne uwarunkowania, ale niewątpliwie, żeby poprawić zdrowotność społeczeństwa, jeśli chodzi o te nowotwory, to ważna jest zmiana stylu życia. Dowiedziono, że duża ilość warzyw i owoców w diecie powoduje mniejszą zapadalność na nowotwory nawet o około 50-70%. Wierzę, że założenia Programu, związane z propagowaniem odpowiedniego trybu i stylu życia oraz zmiana postaw zdrowotnych, przyniosą po pewnym czasie spadek liczby zachorowań i poprawią wyniki leczenia, ale nie spodziewamy się ich nie wcześniej niż za 8-10 lat. Do tej pory, dzięki innym programom zdrowotnym, świadomość społeczeństwa w zakresie różnych chorób nowotworowych wzrosła. Przykładem może tu być

kampania związana z rakiem jelita grubego, rakiem piersi, czy rakiem prostaty. Mamy nadzieję, że w przypadku naszej Akcji będzie podobnie.

– Jakie działania podejmowane są lub będą, aby zrealizować cele Programu?

– Działania są wielokierunkowe. Wyodrębnić możemy cztery główne filary programu. Pierwszy związany jest z szeroko pojętą edukacją, w ramach której planowane są następujące zadania: współpraca z różnymi środowiskami pracowników ochrony zdrowia, poprzez organizację warsztatów szkoleniowych dla personelu medycznego, prowadzenie konferencji organizowanych przez różne towarzystwa naukowe, a dotyczących czynników ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi, wydawanie materiałów edukacyjnych, ulotek, plakatów (w wersji papierowej i elektronicznej). Podniesienie świadomości społeczeństwa wspierane będzie także poprzez współpracę z mediami dzięki np. spotom informacyjnym w telewizji publicznej i radiu oraz organizację konferencji prasowych. Planujemy prowadzić różnego rodzaju tygodnie akcyjne. Chcemy, aby 23-27 września były dniami szczególnej promocji tego Programu w całej Polsce. Taka Akcja będzie co roku powtarzana w tym samym terminie. Jej celem będzie również pokazanie, że choroby o których mówimy, absolutnie można wyleczyć. Chcielibyśmy, aby włączyli się pacjenci, którzy odnieśli zwycięstwo w walce z rakiem. Już teraz funkcjonują grupy wsparcia, tworzone przez pacjentów, którzy z sukcesem przeszli proces leczenia, a swoim doświadczeniem mogą podzielić się z innymi. Jest to np. Towarzystwo Laryngektomowanych.

Drugi filar, to podniesienie samoświadomości zdrowotnej. Wiemy, że palenie tytoniu, czy picie alkoholu szkodzi, ale nie uświadamiamy sobie jak i na co szkodzi. Dlatego pacjenci powinni wiedzieć, że na powstanie niektórych nowotworów głowy i szyi ten szkodliwy wpływ jest ewidentny. Chcielibyśmy uniknąć straszenia, bo to nie ma być kampania strachu, ale kampania polegająca na uświadomieniu, że każdy sam decyduje, czy będzie zdrowy i sam bierze odpowiedzialność za swój stan zdrowia. Niestety zazwyczaj pacjenci, którzy są w grupie ryzyka bagatelizują ten problem i do nich wszelkie argumenty jakby nie trafią. Natomiast inaczej jest z pacjentami spoza wspomnianej grupy, którzy przyjmują do wiadomości dostarczane informacje zbyt przesadnie. Zależy nam, by pacjenci byli czujni, jeżeli cho-

dzi o zdrowie ich samych, członków ich rodzin i osób bliskich. Pacjent powinien wiedzieć, że to nie lekarz, czy służba zdrowia jest odpowiedzialna za jego zdrowie. Na stan jego zdrowia w głównej mierze mają wpływ podejmowane przez niego właściwe wybory stylu życia. To pacjent decyduje: dobrze się odżywiam, dbam o swoją kondycję fizyczną i psychiczną, dbam o swoje zdrowie i będę zdrowy.

OGÓLNOPOLSKI PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI

Przeciętny Polak nic o tym nie wie!
Rak głowy i szyi jest jednym z sześciu najczęstszych nowotworów.

Czynniki, które szkodzą:

- + Kancerogeny zawarte w dymie tytoniowym
- + Spożywanie wysokoprocentowego alkoholu
- + Zła higiena jamy ustnej
- + Wirus HPV

Czynniki, które nie zaszkadzają:

- ból gardła
- przewlekła chrypka
- ból podczas połykania
- zawadanie w gardle
- nieogojące się rany i białe naloty w obrębie jamy ustnej
- obrzęk szyi
- niedrożność i krwawa wydzielina z nosa

Zgłosić się do lekarza jeśli zaobserwujesz u siebie niepokojące objawy, takie jak:

Jeżeli ten objaw utrzymuje się powyżej 3 tygodni, zgłoś się natychmiast do lekarza prowadzącego kontakt.

Dowiedz się więcej na: www.opngis.pl

– Jeżeli pacjent spostrzeże niepokojące go objawy, to powinien skontaktować się ze specjalistą onkologiem, czy lekarzem pierwszego kontaktu?

– Ten Program nie tylko adresowany jest do lekarzy rodzinnych, czy lekarzy specjalistów, ale też do innych pracowników służby zdrowia, także personelu pielęgniarskiego. Chcemy, aby każda z tych grup zawodowych mogła służyć pacjentowi głosem doradczym, czy zauważony problem należy skonsultować z lekarzem, czy obawy są zasadne.

– Jakie jeszcze działania realizowane będą w ramach Programu?

– Trzeci filar tego Programu, to platforma współpracy. Nowotwory, o których mówimy poddawane są leczeniu interdyscyplinarnemu, co oznacza, że leczy je nie tylko laryngolog lub chirurg szczękowy. Jedynie wczesne rozpoznanie i leczenie interdyscyplinarne przez grupę specjalistów reprezentujących różne dziedziny, takie jak: otolaryngolodzy, chirurdzy głowy i szyi, chirurdzy szczękowo-twarzowi, radioterapeuci, onkolodzy kliniczni, radiolodzy, patomorfolodzy, psychologowie i fizjoterapeuci może zapewnić osiągnięcie dobrych wy-

ników. Współpraca ta powinna być na każdym etapie diagnostyki i leczenia, od rozpoznania przez lekarza rodzinnego, po specjalistę, który w trakcie terapii będzie współpracował z lekarzami innych specjalności. W naszym szpitalu, mimo że formalnie nie istnieje taki zespół, to taka ścisła współpraca jest już z radioterapeutami, z którymi czasami wspólnie planujemy leczenie pacjenta. Chciałbym jednak, aby taki zespół formalnie istniał w naszym szpitalu. Oczywiście łatwiej jest o taką współpracę w centrach onkologii, które mają kilkanaście lub kilka specjalistycznych zespołów razem.

Czwarty filar w ramach tego programu, to wsparcie emocjonalne, czyli umiejętne współdziałanie z chorym i z jego rodziną w trakcie leczenia. Informacja, jaką pacjentem uzyskują od nas kiedy zachorują jest dla nich często szokiem, gdyż nie podejrzewali wcześniej, że kiedyś może ich to spotkać. Dodatkowo dowiadują się, że leczenie może być agresywne i tak naprawdę zmieni ich życie.

Chodzi o opracowanie takich wzorców, żeby pacjenci czuli się bezpieczni, świadomi bycia pod stałą opieką, która w związku z kontrolami pooperacyjnymi, tak naprawdę się nie kończy nigdy. Zwłaszcza odnosi się to nowotworów głowy i szyi, które mogą występować razem, albo jeden po drugim. Dlatego Ci pacjenci nie powinni nigdy zniknąć z obszaru kontroli. W leczeniu bardzo ważne jest wsparcie emocjonalne, które pokazuje, że można pokonać tę chorobę i dalej aktywnie żyć.

– Jakie są źródła finansowania tego Programu?

– Program tak naprawdę ruszył od tego roku, chociaż wcześniej był czas na działania mniej widowiskowe, jak praca koncepcyjna, zapoznanie uczonych z Polskiej Akademii Nauk z Programem, itp. Chcemy, żeby Program ten został wpisany do Ogólnopolskiego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, który już istnieje jako tzw. „Rządowy program zwalczanie chorób nowotworowych”. Jesteśmy w trakcie załatwiania formalności i jeśli nam się to uda, a mam taką nadzieję i przekonanie, to wtedy pojawią się środki finansowe, które chcielibyśmy skierować przede wszystkim na poprawę diagnostyki, aby była na jak najwyższym poziomie, no i oczywiście na sfinansowanie całej kampanii promocyjnej. Na razie wszelkie niezbędne działania finansowane są dzięki pomocy instytucji dobrej woli, które nas wspierają.

– Dziękuję za rozmowę.

Barbara Szymczuk

Zmiany na lepsze

Na temat realizowanych modernizacji i remontów w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, a także najbliższych planów inwestycyjnych, rozmawiam ze Stefanem Barabaszem, zastępcą dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych.

– Na niskim parterze Szpitala, za pracownikami TK i MR ma być zlokalizowana nowa Pracownia Elektrofizjologii. Jak wyglądają prace przygotowawcze i modernizacyjne?

– Obecnie jesteśmy na etapie przygotowania postępowania przetargowego, które dotyczyć będzie zarówno kupna, jak i dostawy odpowiedniego aparatu rentgenowskiego na potrzeby zabiegów wykonywanych w Pracowni Elektrofizjologii, a także postępowania przetargowego modernizacji pomieszczeń i przyległego korytarza na wspomniany cel. Rozpoczęcie robót przewidujemy jeszcze w tym roku, a realnym terminem uruchomienia pracowni jest II kwartał 2014 r. Pomieszczenia Elektrofizjologii będą uwzględniały przepisy i wytyczne rozporządzenia MZ, a także przepisy związane z ochroną radiologiczną. Pracownia będzie składała się z pokoju badań, z pokoju przygotowania pacjenta, sterowni, magazynku i pomieszczenia gospodarczego. Wejście do sterowni przewidujemy od strony klatki schodowej ewakuacyjnej, natomiast wejście do pokoju badań od strony korytarza na niskim parterze. Pracownia będzie wykorzystywana na potrzeby pacjentów hospitalizowanych w szpitalu. Koszt inwestycji to ok. 1 400 000 zł, z czego zakup aparatury medycznej to koszt rzędu miliona złotych.

– Czy w najbliższych planach przewidujecie Państwo zlokalizowanie całej administracji szpitala na 7 piętrze Szpitala?

– Ten wariant rozpatrywany jest od szeregu lat, podobnie jak i ewentualne zlokalizowanie na tym piętrze kolejnego oddziału szpitalnego. Jednak wysokość sufitów na tej kondygnacji uniemożliwia nam zlokalizowanie tam stanowisk pracy stałej (wysokość pomieszczeń poniżej 250 cm). Wykorzystanie zatem tej powierzchni na którąś z tych propozycji wymagałoby od nas podniesienia dachu na bloku terapii do wysokości ponad 250 cm, najlepiej do wysokości min. 300

cm. Temat jest obecnie analizowany, nie podjęto jeszcze w tej kwestii ostatecznych ustaleń.

– Jakie jeszcze inne, ważne inwestycje czekają Szpital w najbliższym czasie?

– We wrześniu b.r. rozpoczęto modernizację pomieszczeń po Oddziale Klinicznym Neurochirurgii na potrzeby Oddziału Ginekologii Onkologicznej, w oparciu o stosowną umowę podpisaną z wykonawcą. Pomieszczenia będą dostosowane do wymogów tej specjalności medycznej, poprzez wydzielenie pokoju badań pacjentek, pokoju zabiegowego i innych towarzyszących pomieszczeń, odnowienie całości, a także dostosowanie infrastruktury do wymogów przepisów przeciwpożarowych. Przewiduje się także częściowe wyposażenie oddziału w nowy sprzęt medyczny, w tym w nowe specjalistyczne łóżka.

W IV kwartale tego roku przewidujemy także rozpoczęcie robót 2 etapu, dostosowujących infrastrukturę szpitalną do wymogów przepisów p.poż. Jest to kontynuacja robót zrealizowanych w roku ubiegłym. W ramach inwestycji dokończona zostanie wymiana i montaż drzwi p.poż. w okolicach głównej klatki schodowej oraz w okolicach klatek ewakuacyjnych. Przewidujemy także montaż innych akcesoriów p.poż.: klap transferowych, ścianek p.poż, itp. Ponadto nastąpi wymiana, a właściwie budowa nowej instalacji p.poż. sieci hydrantowej oraz montaż stosownych zaworów hydrantowych na pionach instalacji wodociągowej. Wzdłuż wschodniego skrzydła szpitalnego zostanie wybudowana droga przeciwpożarowa, spełniająca wszystkie wymogi dla tego rodzaju dróg.

Jeszcze w tym roku przewidujemy przystąpienie do prac studyjnych i planistycznych w zakresie dostosowania pomieszczeń przychodni szpitalnej przy ul. Żołnierskiej 16 a i b na potrzeby poradni, pracowni, a także przebudowy systemu rejestracji pacjentów w tym budynku. Chcemy wyposażyć obiekt w instalację mechaniczną i klimatyzacyjną, a także powiększyć hol wejściowy, z jednocze-

sną rozbudową całości budynku.

Natomiast

w kolejnym roku, myślę że czeka nas przede wszystkim przebudowa VI piętra budynku głównego Szpitala na potrzeby Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka oraz Traktu Porodowego; kolejny etap dostosowania budynku do wymogów p.poż. oraz nieodzowna dla szpitalna inwestycja, pod nazwą: wdrożenie systemu trigeneracji na potrzeby własnej produkcji prądu elektrycznego i chłodu przy wykorzystaniu powstającego w trakcie produkcji ciepła. Przewidujemy na ten cel wykorzystanie pomieszczeń po byłej kotłowni szpitalnej z jednoczesną jej modernizacją. Obecnie szpital jest na etapie pozyskania rzeczoznawcy, który dokona opracowania audytu efektywności ekologicznej, pozwalającego na zidentyfikowanie kosztów tej inwestycji oraz zysków ekologicznych, np. w postaci ograniczenia produkcji CO₂ do atmosfery, poprzez wykorzystanie gazu ziemnego na produkcję energii elektrycznej, w miejsce wykorzystywanego dotychczas węgla. Konieczne jest to do pozyskania środków finansowych na tę inwestycję ze źródeł unijnych lub z programów norweskich.

Przed szpitalem kolejne wyzwania. W postaci np. kontynuacji programu dostosowawczego do wymogów rozporządzenia MZ w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Sprawa dotyczy między innymi modernizacji pomieszczeń zajmowanych dotychczas przez Oddział Kardiologiczny, Okulistyczny, Nefrologiczny, Neurologiczny. Które oddziały będą remontowane w pierwszej kolejności i w jakim terminie nie wiem, nie podjęto jeszcze ostatecznej decyzji. W każdym razie przed nami jeszcze wiele do zrobienia i jeszcze wiele wyzwań.

– Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk



Po przeszczepie stałem się znowu wolnym człowiekiem

Minęły już dwa lata, kiedy Pan Włodzimierz Wyczałek, w wieku 78 lat miał przeszczepioną nerkę.

Jak sam mówi i potwierdza to również dr Andrzej Kobryń, który przeprowadził operację, pacjent jest w znakomitej formie, mimo skomplikowanej przeszłości medycznej (nowotwór mózgu, zaawansowany stan miażdżycy nóg i podejrzenie przebytego zawału oraz stenty żył wieńcowych). O przebytej chorobie zakończonej operacyjnym sukcesem przeszczepienia nerki, opowiada dzisiaj sam pacjent, którego mogłam wysłuchać podczas jego wizyty w naszym szpitalu. Pan Włodzimierz Wyczałek to człowiek niezwykle pogodny, optymista, który widzi pół szklanki pełnej, a nie połowę pustej, a swoją pogodą ducha, mimo tak trudnych doświadczeń, może zadziwić niejednego z nas.

– Pochodzę z Polski południowo-wschodniej, mieszkam w Mielcu. Skończyłem studia i pracowałem w swoim zawodzie jako socjolog w zakładzie przemysłu lotniczego.

Moje problemy z nerkami zaczęły się w wieku 65 lat. Ponieważ chodziłem regularnie do lekarza i robiłem badania profilaktyczne, to szybko wykryto, że moje nerki zaczynają słabnąć. Ten niepokojący objaw był konsekwencją innych chorób, tzn. nowotworu mózgu, operacji i zażywania określonych leków. W pierwszym etapie leczono mnie zapobiegawczo, później rozpocząłem leczenie w ośrodku dializ. Nigdy nie miałem dializ przeponowych, od razu miałem hemodializę. Na szczęście każ-

dy zabieg hemodializy nie musiał trwać zbyt długo, bo moje nerki, mimo że słabły, to jeszcze funkcjonowały. Miałem dializy dwa razy w tygodniu. Na zabiegi dowożony byłem wyznaczonym do tego samochodem, który po mnie przyjeżdżał. Po dializie zawsze czułem się dość dobrze, być może dlatego, że ściśle przestrzegałem diety. Ogromne wsparcie podczas choroby miałem w żonie, która zawsze i wszędzie ze mną była i jest. Dializowano mnie 7 lat i 3 miesiące. Przez ten czas człowiek związany był z miejscem, jak chłop pańszczyźniany przypisany do swojego terenu. Kiedyś z rodziną dużo jeździliśmy m.in. na Mazury, ale musieliśmy się przystosować do nowych okoliczności.

Mimo moich problemów ze zdrowiem nigdy nie bałem się szpitali i miałem pełne zaufanie do lekarzy. Często wspierałem pacjentów, których spotykałem podczas leczenia, starając się stworzyć atmosferę nadziei, że wszystko się dobrze skończy. Kiedy spytano mnie, czy pojadę na operację do Olsztyna odpowiedziałem, że od Alaski po Madagaskar pojadę wszędzie, aby tylko dostać nerkę. Od razu byłem zdecydowany na przeszczep. Byłem już w tym wieku, że tak bardzo nie bałem się nawet śmierci. Co innego, kiedy zachorowałem na nowotwór mózgu, miałem wtedy 45 lat, a moja córka jeszcze się uczyła, wtedy obawy były rzeczywiście większe. Początki były trochę trudne, bo każ-

de spotkanie z lekarzami kończyło się informacją o powikłaniach, związanych z obciążeniami innymi chorobami, a i Olsztyn nie był jeszcze tak znany jako ośrodek przeszczepiania nerki. Pierwsze wezwanie na przeszczep dostałem do Katowic, ale gdy zrobiono mi dializę, prześwietlenie i badania przepływów, nie zakwalifikowano mnie do zabiegu, ale już cztery dni później, w Olsztynie, operacja się udała.



Włodzimierz i Bernadeta Wyczałek

Po przeszczepie zrobiłem się trochę bardziej nerwowo, ale może mają na to wpływ złożone okoliczności rodzinne, bo opiekuję się osobą z chorobą Alzheimera.

Od operacji przeszczepu nerki, dokładnie 19 września, miną dwa lata. Po przeszczepie stałem się znowu wolnym człowiekiem, dlatego mogliśmy wrócić na Mazury i odwiedzić dr. Andrzeja Kobrynia. Czuję się bardzo dobrze mimo, że wiek postępuje i pojawiają się inne dolegliwości. Jednak jeżeli chodzi o nerkę przestała ona być obiektem mojej nieustannej troski i obaw, że w każdej chwili będę całkowicie zależny od aparatury... jestem naprawdę szczęśliwy.

Wszystkie historie szpitalne wspominał raczej dobrze, a Olsztyn szczególnie. Pobyt w tym szpitalu był wyjątkowy, ze względu na czynnik ludzki. Panowała tu bardzo miła atmosfera. Panie pielęgniarki są wysoko wykwalifikowane, bardzo chętne do pracy, wykonujące nawet więcej, niżby się mogło po nich spodziewać. Nigdzie nie było tak dobrych posiłków jak tutaj. W innych szpitalach żona donosiła mi trochę jedzenia, a tu nie było takiej potrzeby. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie spędziłem miesiąc, trochę dłużej niż to bywa normalnie, ale to ze względu na dużą odległość od mojego miejsca zamieszkania. Do domu wróciliśmy z żoną taksówką i z tej usługi również byłem bardzo zadowolony. Teraz jestem pod stałą opieką Poradni Transplantacyjnej i Ośrodka Przeszczepiania w Krakowie. Na badania okresowe jeździłem najpierw co miesiąc, później co dwa, a teraz co trzy miesiące. Z panem dr. Andrzejem Kobryniem utrzymuję stały kontakt i co jakiś czas informuję go



Podczas spotkania z dyr. Ireną Kierzkowską

w jakim stanie jestem, a przy okazji konsultuję, co należy robić, gdy mam wątpliwości. Jeżeli ktoś miałby wątpliwości z podjęciem decyzji o przeszczepie, każdego przekonywałbym, żeby jeśli otrzyma propozycję otrzymania nerki, nie wahał się jej przyjąć. Teraz wróciłem do aktywnego życia, buduję altankę i pracuję w ogródku. Moja żona spotyka się tam towarzysko ze swoimi koleżankami. W życiu zawsze bardzo dużo czytałem i interesowałem się historią, mam bardzo dobrą pamięć wsteczną i lubimy z żoną rozwiązywać krzyżówki. W lutym skończę 81 lat.

Wysłuchała
Barbara Szymczuk

Działalność Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie w dziedzinie transplantacji została bardzo dobrze oceniona przez prof. dr. hab. n. med. Romana Danielewiczę – dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do spraw Transplantacji „Poltransplant”, który odwiedził naszą placówkę 14.08.2013 r.



Podziękowania

Składam serdeczne podziękowanie za pomoc i wspaniałą opiekę, jaką otrzymałem podczas mojego pobytu na Oddziałach: Kardiochirurgicznym i Kardiologicznym.

Szczególne podziękowania kieruję do Pana Ordynatora dr. n. med. Piotra Żelaznego i wszystkich pracowników kierowanego przez Niego Oddziału Kardiochirurgii. Codziennie otrzymywałem tam nie tylko fachową opiekę medyczną, ale również wsparcie psychiczne, uśmiech i dobre słowo.

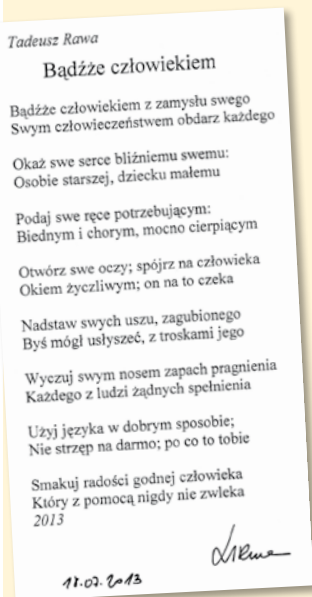
Pragnę wspomnieć również o lekarzach, którzy udzielili mi pierwszej pomocy w dniu mojego przyjęcia do szpitala. Dzięki ich trafnej diagnozie, szybkiej decyzji i interwencji medycznej, mogę dziś wracać do zdrowia w warunkach domowych.

Dziękuję zatem całemu zespołowi operacyjnemu, w składzie: dr. Andrzej Dmyterko, dr Marek Pietruczuk, dr Jolanta Socik, dr Konrad

Paczkowski, i wielu innym, nie znanym mi z nazwiska, osobom. Panu dr. Andrzejowi Dmyterko, lekarzowi prowadzącemu dziękuję ponadto za opiekę nad moją osobą.

Kończąc, pragnę jeszcze raz wyrazić moje uznanie dla Państwa pracy i pozwalam sobie załączyć do tego listu jedną z moich rymowanek, których pisanie sprawia mi ostatnio dużą przyjemność.

Z poważaniem
Tadeusz Rawa



Pragnę skierować na ręce Pani Dyrektora szczerze słowa wdzięczności i podziękowania dla zespołu lekarsko-pielęgniarskiego Oddziału Neurologicznego.

Gratuluję i jestem pełen uznania dla fachowości i profesjonalizmu, jakim została otoczona moja żona, w trakcie leczenia szpitalnego, pokleszczowego zapalenia mózgu.

Dziękuję ordynatorowi, dr. n. med. Andrzejowi Tutajowi, za przyjęcie do Oddziału i umożliwienie leczenia oraz za merytoryczny nadzór.

Szczególne słowa wdzięczności kieruję pod adresem lekarzy w osobach: lek. med. Grzegorz Dalek, lek. med. Krzysztof Nosek, lek. med. Jacek Zwiernik. Dziękuję wymienionym za skuteczne leczenie, zaangażowanie, wiedzę medyczną oraz czysto ludzkie podejście, pełne szacunku i serca, cech tak istotnych w sytuacjach życiowo trudnych.

Dziękuję mgr Urszuli Jędras, pielęgniarce oddziałowej i jej zespołowi za opiekę w trakcie leczenia mojej żony. To trudna i jakże odpowiedzialna praca.

Słowa podziękowania kieruję dla Pani Bożeny Rembiszewskiej, pielęgniarki oddziałowej Oddziału Ortopedii i jej zespołu pielęgniarskiego. To dzięki ich działaniom, żona otrzymała pierwszą pomoc i wsparcie w aspekcie pielęgniarskim, ludzkim i koleżeńskim. Pragnę nadmienić, że właśnie na tym oddziale żona przepracowała 35 lat.

Dziękuję Wam szanowne Panie. Życzę wszystkim państwu dużo zdrowia.

plk poż. inż. Bogusław Gołębiowski

Mój ojciec (Piotr Ukarma – 88 lat) był leczony w Klinice Chirurgii WSS w Olsztynie od 14-go do 20-go maja tego roku. Na ręce Pani/Dyrekcji Szpitala, chciałabym złożyć najserdeczniejsze i najgorętsze podziękowania za leczenie mojego taty.

Tata jest skomplikowanym, 88-letnim pacjentem i nie każdy chirurg miałby odwagę operować tatę. Pan Doktor Malinowski zoperował tatę (pomagał pan dr Grabala), za co jestem nieskończenie wdzięczna. Tata jechał na zabieg bardzo spokojny, czuł się bezpiecznie, a to wszystko zasługa Pana Ordynatora, który ma niezwykle dar pozytywnego wpływu na pacjentów. Obdarza pacjentów uwagą, słucha cierpliwie i tłumaczy (a mój tata źle słyszy... więc trzeba długo, długo tłumaczyć...). Jest znakomitym wzorem dla świetnie zorganizowanego zespołu lekarzy i pielęgniarek. Muszę wspomnieć bardzo profesjonalną opiekę pooperacyjną, a na szczególne wyróżnienie zasługuje Pani Renia Rychcik: mądra, serdeczna i niezwykle profesjonalna pielęgniarka. W tej klinice lekarz naprawdę nachyla się z troską nad pacjentem i słucha jego skarg, rozmawia z rodziną, panie pielęgniarki pomagają, jak mogą. Odwiedziłam wiele szpitali na świecie, dlatego myślę, że potrafię docenić profesjonalizm lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu w Klinice Chirurgii Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie.

Ja nie wiem, czy tata wyzdrowieje, ale wiem, że w Klinice Chirurgii zrobiono wszystko, co było możliwe, dlatego na ręce Pani/ Dyrekcji Szpitala składam najserdeczniejsze podziękowania. I gratuluję serdecznie!!

Z wyrazami szacunku i wdzięczności

dr Lidia Ukarma



Jubileusz rubinowy – 40 numer Pulsu

„Z wielką treścią oddajemy w Państwa ręce pierwsze wydanie naszej rodzimej gazety. Powstała dzięki ogromnemu zaangażowaniu wielu ludzi, których poznać Państwo na jej stronach. Bez ich zapału oraz pasji, tak zawodowych, jak i prywatnych, nie byłoby to możliwe. Dziękujemy za spontaniczne: TAK.” – te słowa wypowiedziała do naszych czytelników Pani dr Beata Januszko-Giergielewicz, pierwsza redaktor naczelna kwartalnika, zapraszając wszystkich czytelników do zapoznania się z pierwszym numerem „Pulsu Szpitala”.

Minęło 11 lat, wydajemy już 40 numer tego kwartalnika i aż trudno uwierzyć, jak wiele się w tym czasie wydarzyło. Miło jest nam słyszeć pytania, jakie zadajecie nam Państwo, kiedy mijamy Was na korytarzach szpitala: – Czy jest już nowy numer? O czym będzie tym razem? Jak wypadł wywiad, którego udzieliłem? itp. Cieszymy się, że jest wiele osób, które naprawdę czekają na kolejny Puls i kolekcjonują nasze numery. Jest on przecież czasopismem wszystkich pracowników WSS, bo zawiera jakby cząstkę życia każdego z nas. Z sentymentem możemy wracać do poprzednich numerów i zaobserwować, jak dużo się zmieniło wokół i w nas samych (od 11 wydania „Pulsu Szpitala” wszystkie kwartalniki dostępne są w wersji

elektronicznej na stronie internetowej www.wss.olsztyn.pl w zakładce Publikacje). Poprzez wszystkie lata istnienia „Pulsu Szpitala” poruszaliśmy w nim wiele ciekawych tematów, dotyczących dynamicznego rozwoju naszej placówki. Były to informacje o nowych zabiegach operacyjnych przeprowadzanych w szpitalu, zakupie nowoczesnego sprzętu, nowych inwestycjach, remontach, pozyskanych środkach finansowych, ciekawych ludziach i podróżach, o otrzymanych nagrodach i wyróżnieniach oraz szkoleniach, konferencjach i uroczystościach.

W kwietniu 2008 r. „Puls Szpitala” został zauważony w ogólnopolskim konkursie zorganizowanym przez Stowarzyszenie Prasy Firmowej Szpalty Roku i nagrodzony wyróżnieniem za artykuł „Poczet chorób królów i książąt polskich”, czyli pomysł przedstawienia polskich królów i książąt przez pryzmat ich chorób. Była to dla nas dodatkowa motywacja, by „Puls Szpitala” prowadzić z jeszcze większą starannością i zaangażowaniem, by kwartalnik, który Państwo otrzymujecie był ciekawy i profesjonalny. Mamy nadzieję, że dzięki wszystkim osobom, które brały i biorą udział w jego tworzeniu właśnie taki jest. Wszystkim serdecznie dziękujemy i zapraszamy do dalszej współpracy.

Barbara Szymczuk



10 lat Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji

Na początku było, a właściwie nie było...

Wśród głosów sprzeciwu, niechęci, braku zrozumienia dla idei powstania Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji 10 lat temu, rozpoczęliśmy swoją zawodową drogę. Było to tym trudniejsze, bo w niewielu szpitalach taki dział funkcjonował (prekursorem był Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu) i trudno było czerpać wzorce, ale z drugiej strony miało to zbawienny wpływ na kreatywność i pomysłowość członków zespołu. Udało się zbudować i rozwijać obszary, bez których obecnie trudno sobie wyobrazić profesjonalnie zarządzany Szpital. Dla osób, które nie pamiętają początków pracy Działu przypomnę, że



Basia:
odpowiedzialna,
zmysł artystyczny

Dla mnie, bezpośrednio po ukończeniu 4 letnich studiów doktoranckich w zakresie zarządzania i marketingu, było to nowe wyzwanie, tym bardziej, że jako kierownik musiałam nadać kierunek i ton pracy Działu. Znalazłam pasjonatów wśród pracujących w szpitalu osób, a wkrótce doszły osoby z zewnątrz, młode, pełne pomysłów i zapału do pracy.

Unikamy chaosu

Aby usprawnić pracę i określić odpowiedzialność za poszczególne zadania podzielono Dział na kilka tematycznych obszarów: organizacyjno-zarządczy, marketingu, promocji (PR), funduszy zewnętrznych, w tym pozyskiwania środków unijnych, p f r o n o w s k i c h , m i n i s t e r i a l n y c h , n o r w e s k i c h .



Kornelia:
pracowita, mistrz
ciętej riposty

Ważnym elementem naszej pracy jest Puls Szpitala- kwartalnik, który wydajemy od ponad 10 lat. Jesteśmy dumne, że udaje się nam zachęcić pracowników szpitala do wspólnego opracowywania każdego numeru. Oczywiście praca nad jego zawartością, szatą graficzną trwa cały czas, ale efekty każdy z Was może ocenić pod koniec każdego kwartału.

Piszemy projekty

Ogromnym wyzwaniem dla nas są PROJEKTY, wszyscy je tak nazywamy. W początkowym okresie akcesyjnym tak naprawdę nikt nie zdawał sobie sprawy z tego, co to znaczy pozyskać środki unijne, a na pewno jak je rozliczyć. Szybki kurs na żywym organizmie dawał bardzo szybkie i dobre efekty. Pracowałyśmy po kilkanaście godzin dziennie po to, aby zdążyć, aby jak najwięcej „wyrwać pieniędzy”. Czy wcześniej ktoś słyszał o studium wykonalności, luce finansowej, strategii spójności, czy generatorze wniosków? Nie, to była absolutna abstrakcja. Dlatego często wyjeżdżałyśmy na różne kursy, szkolenia, warsztaty. Na początku zupełnie nie rozumiałyśmy o co chodzi z tymi wszystkimi funduszami! Ale z biegiem czasu stawałyśmy się fachowcami. Moją wiedzę i umiejętności w pisaniu i realizowaniu wniosków doceniła Instytucja Zarządzająca Projektami i powierzyła mi funkcję eksperta w ocenianiu innych wniosków aplikacyjnych. To doświadczenie procentuje w mojej codziennej pracy. Pisanie wniosku aplikacyjnego wiązało się z obowiązkiem przeczytania tony dokumentów, czy to unijnych, ministerialnych, czy regionalnych. Mam tu na myśli strategię województwa, strategię szpitala na kolejne lata, czy inne dokumenty regulujące nasz system opieki zdrowotnej. Nie jest łatwą rzeczą przekonać innych do współpracy nad przygotowaniem wniosku aplikacyjnego, bo to wymaga ogromnego zaangażowania, skrupulatności i cierpliwości.



Magda:
lubi wyzwanie,
potrafi działać
w stresie

Ela:
stanowcza,
odpowiedzialna
za zespół



Musimy być wizjonerami

Każda placówka medyczna, która chce nie tylko utrzymać się na rynku, ale też rozwijać, potrzebuje specjalistów, którzy określą kierunki rozwoju danej placówki i wskażą jak to zrobić, jakich narzędzi użyć. Badanie rynku, analizowanie bliższego i dalszego otoczenia, badanie konkurencji (a wręcz podglądanie), potrzeb pacjentów oraz wyciąganie wniosków czyni nas bardziej elastycznymi, otwartymi na zmiany, a poza tym nasza wiedza pozwala nam na przygotowanie usługi zgodnie z wymaganiami i potrzebami klientów/pacjentów. Wiedza ta pozwala na planowanie przyszłości, budowanie wizerunku, ciągły kontakt z otoczeniem, zdobycie zaufania pacjentów do placówki medycznej. To wszystko musi mieć swoje odzwierciedlenie w bardzo ważnym dokumencie szpitala, jakim jest STRATEGIA SZPITALA. Jeszcze nie tak dawno pracowaliśmy z 30-osobowym zespołem pracowników z różnych działów szpitala nad właściwą formułą tego dokumentu, a tu okazuje się, że otoczenie nie próżnuje, wokół nas ciągle zmiany. Ale my też nie próżnujemy, na nas zawsze można liczyć. Często widzimy więcej niż pozostali. Ceniemy sobie współpracę z innymi specjalistami, praca zespołowa pozwala nam na efektywne działanie, bo wolny rynek to wiedza

i sprawność działania, szybkie podejmowanie decyzji przez zarządzających. Nasz cały zespół pracuje na rzecz rozwoju szpitala i dla pacjentów.

Z okazji 10-lecia Działu, w imieniu całego zespołu, dziękuję wszystkim pracownikom Szpitala za dotychczasową współpracę z Nami: i tym, którzy potrzebowali czasu, aby przekonać się do nas, jak i tym, którzy od początku rozumieli potrzebę i sens istnienia takiej komórki w Szpitalu. Mam nadzieję, że kolejne lata będą dla Nas wszystkich ogromnym wyzwaniem i okazją do realizowania się zawodowo.



Ala:
systematyczna,
lubi porządek

dr n. ekon.
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

Krew na wagę życia ludzkiego

Krwiodawstwo w Polsce ma charakter honorowy, co oznacza, że poza ściśle określonymi wyjątkami opiera się na zasadzie dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi. Dlatego wspólnie z Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie zorganizował akcję: „Krew na wagę życia ludzkiego”.

Przez dwa dni – 30 lipca oraz 22 sierpnia, w godz. 9.00-13.30, na parkingu przed Szpitalem (od strony ul. Żołnierskiej) stał specjalny ambulans do poboru krwi. Łącznie do akcji przyłączyło się 47 potencjalnych dawców, wśród których od 39 osób pobrano krew (14,850 litrów). Niektórzy, mimo wielkiej chęci wsparcia banku krwi, z różnych przyczyn nie zostali zakwalifikowani jako dawcy.

W ostatnich latach ciągle słyszy się o brakach krwi. Powodem tego jest nie tylko zauważalny spadek liczby oddawanej krwi, ale również wzrost liczby wypadków komunikacyjnych, które często niosą za sobą urazy wielonarządowe, tym samym wymagają transfuzji krwi. Jednak przede wszystkim to medycyna zrobiła wielki postęp, np. rozwoju transplantologii, czy innych specjalizacjach zabiegowych, technik możliwości medycznych, dzięki którym odbywa się więcej bardziej skomplikowanych operacji, co jest automatycznie związane większym zużyciem krwi. Do tego dochodzi jeszcze brak innego niż krew leku, który natychmiast usuwałby stan niedokrwienia. Są substytuty, które mogą pewien sposób odwracać wcześniej wspomniane skutki, jak erytropoetyna, która powoduje produkcję czerwonych krwinek organizmie, ale na efekt jej działania, trzeba poczekać minimum 2 tygodnie. Natomiast po przetoczeniu już 1 jednostki krwi hemoglobina wyrównuje się natychmiast aż jeden gram procent.

Skąd Szpital bierze krew?

Jedynym „dostawcą krwi i jej składników” Wojewódzkiego Szpitala Specja-



listycznego Olsztynie jest Regionalne Centrum Krwiodawstwa Krwiolecznictwa Olsztynie. Odkąd w Polsce powstało Narodowe Centrum Krwi, któremu podlegają Regionalne Centra Krwiodawstwa Krwiolecznictwa, nastąpiła rejonizacja. przypadku braków krwi, RCKiK wskazuje miejsce, gdzie tę krew można kupić.

Szpital kupuje krew, jedna jednostka kosztuje 180 zł, bez względu na rodzaj grupy krwi. To Ministerstwo Zdrowia wyznacza cenę. Oddawanie krwi jest bez-

płatne – honorowe. Natomiast Szpital płaci RCKiK za wykonanie wszelkich potrzebnych badań dawców, szczególnie tych wirusologicznych za przechowywanie oraz dodatkową preparatykę krwi i jej składników.

Unikatowy lek

Krew preparaty krwiopochodne należą do najczęściej stosowanych środków leczniczych.



Jeśli ktoś nie skorzystał z możliwości oddania krwi podczas naszych dwóch dni akcji, zawsze może oddać swoją krew w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Olsztynie, przy ul. Hanki Sawickiej 27 w Olsztynie:

- od poniedziałku do piątku 7.00-15.00,
- rejestracja dawców do godziny 14.00,
- sobota - rejestracja dawców 7.00-13.00.

W związku z małymi zapasami krwi grupy 0 Rh minus, jest ona najbardziej i najpilniej poszukiwana.



Historia transfuzji krwi badań nad stworzeniem jej substytutów uzupełniają się wzajemnie. Bez przetoczeń nie byłoby także mowy alternatywnych wobec transfuzji metodach leczenia. Badania nad stworzeniem tzw. sztucznej krwi prowadzone są od kilkudziesięciu lat różnych ośrodkach, różnymi metodami ze zmiennym powodzeniem. Popularne określenie „sztuczna krew” może jednak być mylące, ponieważ badane do tej pory

preparaty nie mają na celu zastąpienia wszystkich, niezmiernie złożonych różnorodnych funkcji krwi „prawdziwej”. Podstawowym celem ich zastosowania ma być dostarczenie tlenu do tkanek, stąd inne stosowane nazwy – substytuty krwinek czerwonych, tlenowe środki lecznicze, nośniki tlenu, itp. Opracowanie substytutu krwinek czerwonych nie jest łatwe dlatego, że przy całej prostocie swojej konstrukcji ludzkie krwinki mają cechy, funkcje unikatowe jak się okazuje – bardzo trudne do naśladowania lub zastąpienia. Podstawowe kierunki prowadzonych badań są następujące: syntetyczne nośniki tlenu (PFC, związki perfluorokarbonowe) tzw. „sztuczne krwinki czerwone”, czyli mikrokapsułki zawierające hemoglobinę.

Oddając systematycznie krew, krwiodawca badany jest każdorazowo przez lekarza, który razie stwierdzenia istotnych odchyżeń od stanu prawidłowego może skierować go do właściwej placówki służby zdrowia celu objęcia dalszą opieką leczeniem. W wielu przypadkach udaje się dzięki temu wcześniej rozpoznać np. chorobę nadciśnieniową, będącą plagą wielu współczesnych społeczeństw, przebiega-

WSZYSTKO O ODDAWANIU KRWI

MOŻESZ ZOSTAĆ KANDYDĄTEM NA DAWCĘ KRWI, JEŚLI:

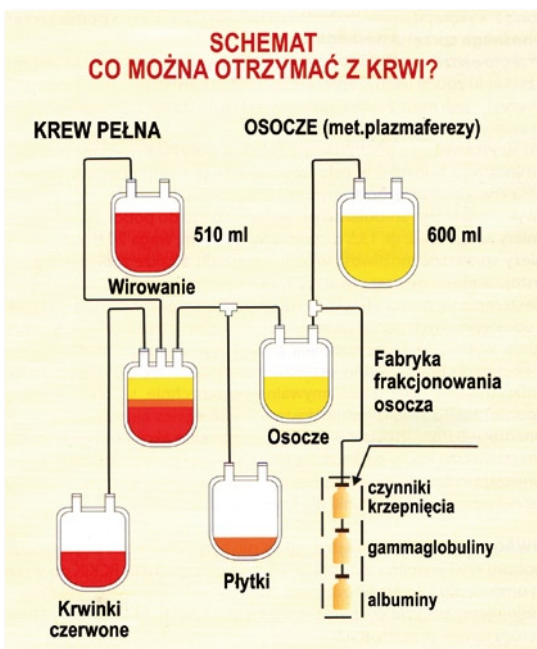
- jesteś osobą pełnoletnią nie przekroczyłeś 65-roku życia,
- czujesz się zdrowy,
- ważysz nie mniej niż 50 kg,
- chcesz pomóc drugiemu człowiekowi.

PO ODDANIU KRWI DAWCY PRZYSŁUGUJE M.IN.:

- posiłek regeneracyjny wartości kalorycznej 4 500 kcal (postaci czekolad),
- zwolnienie od pracy dniu, którym oddaje krew,
- dawcom krwi rzadkich grup dawcom, którzy przed pobraniem krwi zostali poddani zabiegowi uodpornienia lub innym zabiegom celu uzyskania osocza lub surowic diagnostycznych, przysługuje ponadto ekwiwalent pieniężny za pobraną krew związane tym zabiegami,
- po donacji krwiodawca może otrzymać bezpłatnie wyniki następujących badań laboratoryjnych:
 - grupa krwi,
 - morfologia,
 - test kiłowy na obecność antygeny HBs, DNA-HBV przeciwciała anty HCV, RNA HCV, przeciwciała anty HIV, RNA HIV.

jącą długo sposób bezobjawowy. Już wypełniając kwestionariusz dawca może uświadomić sobie sytuację zagrożenia własnego zdrowia zwrócić na nie uwagę lekarza. Co najważniejsze – człowiek oddający krew dla ratowania innych odczuwa wielką osobistą satysfakcję ze spełnienia dobrego uczynku okazania pomocy potrzebującym. Końcu nie każdy ma okazję przyczynić się na co dzień do ratowania ludzkiego życia!

Magdalena Kantorczyk



Kucharze gotują, lekarze promują drogę do zdrowego serca

Bezpłatne konsultacje kardiologiczne, zdrowe i smaczne potrawy, podstawowe badania diagnostyczne – to czekało na wszystkich, którzy w sobotę (28.09.2013 r.) odwiedzili Białe Miasteczko w parku im. Janusza Kusocińskiego w Olsztynie.

Biała sobota zorganizowana została w ramach Świątowych Dni Serca przez olsztyńskie środowisko medyczne, a jej podstawowym zadaniem była promocja zdrowego trybu życia. Patronat nad Akcją objęli: Jacek Protas – Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego, Piotr Grzymowicz – Prezydent Olsztyna oraz Samorządowa Rada Osiedla Pojezierze.

W tym roku Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie reprezentowany przez Dział Zarządzania Marketingu i Promocji, do współpracy zaprosił

lekarzy z Oddziału Kardiologicznego, w składzie: dr Damian Chojnowski, dr Krystian Bojko oraz dr Tomasz Białczak.

Zainteresowani konsultacjami mogli dowiedzieć się m.in. w jaki sposób dbać o swoje serce, czyli jaki tryb życia prowadzić, jakich potraw i smakołyków unikać, a co wprowadzić do swojego jadłospisu. Nie brakowało również do naszych specjalistów pytań, związanych z niepokojącymi dolegliwościami, czy wątpliwościami dotyczącymi przyjmowania leków.

WSS w Olsztynie zaprosił również do współpracy, jako partnerów w tej promującej zdrowie akcji, restauracje: „Dziką Kaczkę” oraz HP Park z Olsztyna, a także cukiernię „Korona”, aby pokazać wszystkim, że w bardzo prosty sposób można przygotowywać takie dania, aby naprawdę smacznie i zdrowo się odżywiać. Dlatego hasłem naszej tegorocznej akcji było: „Kucharze gotują, lekarze promują drogę do zdrowego serca”. Akcją poprowadził Michał Porycki, znany olsztyński dziennikarz radiowy.





Mimo mało zachęcającej aury, chętnych do spotkania z nami nie brakowało.

Kucharze nie tylko przygotowali smakołyki, ale również tłumaczyli, z czego jest zrobiona każda potrawa i doradzali, jak gotować, żeby było smacznie i zdrowo. Odwiedzający nasze stoiska mieli sposobność spróbowania możliwości kuchni HP Park z Olsztyna, czyli m.in. kremu z dyni z imbirem i prażonymi ziarnami, gotowanych warzyw z oliwą ziołową i sezamem, ciecierzycy gotowanej na mięcie, grillowanego filetu z kurczaka w jogurtowej marynacie z bakłażanem z grilla, z sosem ziołowym z tymiankiem, rozmarynem i mięętą. Restauracja „Dzika Kaczka” z Olsztyna przygoto-

wała wegetariańską fasolową pastę do chleba, pastę z groszku i avocado, smoothie, czyli zmiksowany napój na bazie owoców, sałatkę z fasoli szparagowej, sałatkę z kaszy pęczak. Serwowała także brokuły ugotowane na parze z jajkami przepiórczymi, humus, czyli pastę na bazie ciecierzycy podaną z surowymi warzywami, czy zupę krem z brokułów z mleczkiem kokosowym i z prażonymi migdałami.

Podczas akcji posmakować można było wybranych wyrobów cukierniczych. przygotowanych przez Cukiernię „Korona” z Olsztyna. Być może niejednemu człowiekowi przyszło na myśl, że to będzie tuczące, niezdrowe lub, że nie

będzie mógł tego skosztować, bo jest na diecie bezglutenowej, czy też jest cukrzykiem. Jak się jednak okazało desery nie dość, że były pyszne, to przede wszystkim zdrowe, na bazie mąk naturalnych, nie zawierających glutenu, z płatkami ryżowymi i amarantusem. Diabetykom zaproponowano ciasta bez dodatku cukru, gdzie słodycz uzyskano z naturalnych świeżych owoców, ewentualnie dosładzanych fruktozą. Dla wszystkich smakoszy proponowano m.in. szarlotkę prowansalską – niesamowitą, ze względu na wspaniałą aromat ziół oraz tartę owocową na bazie mąki razowej. Dodatkową atrakcją dla uczestników akcji była możliwość wylosowania m.in. „Biletu do zdrowia”, czyli kuponu na kompleksowe badania kardiologiczne: echo serca, holter ciśnieniowy, EKG serca oraz badania laboratoryjne (profil lipidowy, glukoza, mocznik, kreatynina, morfologia, OB). Mamy nadzieję, że przekazana w ten sposób wiedza posłuży wszystkim biorącym udział w tym niecodziennym spotkaniu w urozmaiceniu swojego jadłospisu i tym samym wpłynie na poprawę zdrowia.

Magdalena Kantorczyk



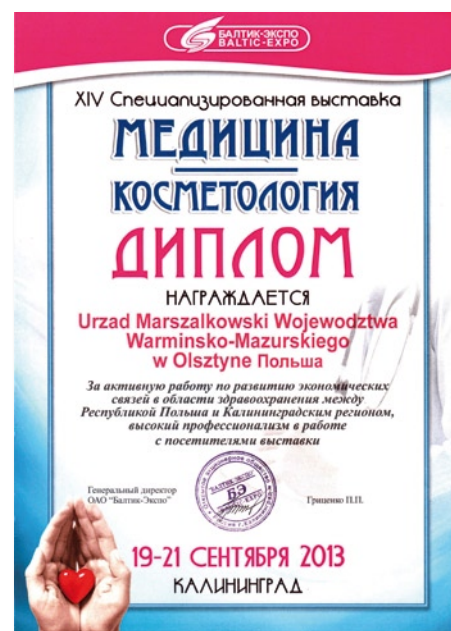
Pierwsze wrażenie można zrobić tylko raz...

Międzynarodowe Targi „Medycyna i Kosmetologia” w Kaliningradzie

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie od 2007 roku stale współpracuje z Centrum Medycznym „Med-Ekspert” w Kaliningradzie. Przedmiotem niniejszej współpracy jest świadczenie usług medycznych dla mieszkańców Federacji Rosyjskiej, szczególnie obwodu kaliningradzkiego. W ostatnich latach obserwujemy coraz większy wzrost turystyki medycznej. Pacjenci, którzy do nas przyjeżdżają swoje wybory opierają głównie na wiązce korzyści, jaką mogą otrzymać z wyjazdu do starannie wybranego przez siebie miejsca. Mają oni odpowiednio wyższe, niż kiedyś wymagania wobec personelu medycznego, chcą też być lepiej informowani o stanie swojego zdrowia, mieć większy wpływ na przebieg leczenia. Pacjenci którzy przyjeżdżają do WSS w Olsztynie, korzystają zarówno z konsultacji medycznych naszych specjalistów, jak również z hospitalizacji w oddziałach szpital-

nych, zwłaszcza w oddziałach wykonujących zabiegi wysokospecjalistyczne. W ostatnim roku wzrosła szczególnie liczba pacjentów korzystających z leczenia w Zakładzie Medycyny Nuklearnej, który jako jedyny świadczy takie usługi w naszym regionie. Szpital także niejednokrotnie gości lekarzy różnych specjalności oraz pielęgniarki z Federacji Rosyjskiej. Dzięki tym wizytom goście mogą zapoznać się ze strukturą szpitala, jak również pracą wybranych oddziałów szpitalnych. Pierwsze wrażenie można zrobić tylko raz..., dlatego zależy nam, aby każdy kto odwiedzi naszą placówkę, miał o niej jak najlepszą opinię. Możemy to uzyskać przekazując potencjalnym, zagranicznym klientom / pacjentom naszego szpitala odpowiednie informacje, pomagające w dokonaniu świadomego wyboru, w tym informacje na temat możliwości leczenia, dostępności, jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, którą świadczymy w naszym szpitalu. Możliwość taką dały nam targi medyczne, co roku organizowane w Kaliningradzie.

W dniach 19-21.09.2013r. przedstawiciele Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie: Pan dyr. Ryszardem Wasiński i Pani Sylwia Cieśluk oraz przedstawicielka Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego w Górowie Iławec-



kim Pani Urszula Maślanik i przedstawicielka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie oraz Barbara Szymczuk, wzięły udział w Międzynarodowych Targach „Medycyna i Kosmetologia” odbywających się w Kaliningradzie.

Celem wizyty była prezentacja regionu warmińsko – mazurskiego oraz szpitali w nim działających. Poziom wszechstronnego leczenia oraz wysokospecjalistyczna diagnostyka, jaką można wykonać w naszych szpitalach, jest obecnie w kręgu zainteresowania coraz większej liczby pacjentów z obwodu kaliningradzkiego oraz innych terenów Federacji Rosyjskiej, dlatego prezentacja naszego regionu cieszyła się dużym zainteresowaniem. Bliskość naszych regionów oraz zmieniające się przepisy prawne odnośnie możliwości przekraczania granicy, w coraz większym stopniu pozwalają na wzajemną współpracę i wymianę m.in. usług medycznych.

Barbara Szymczuk



Wiedza i doświadczenie w pełnej gotowości

W dniu 11 czerwca 2013 r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie przeprowadzono symulację zdarzenia masowego. Wdrożono postępowanie na podstawie procedury „Postępowanie na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy” PA/CO4 wyd. 3 z dnia 04.06.2012 r.

O godz. 10.27 Szpitalny Oddział Ratunkowy naszego Szpitala otrzymał informację z Centrum Powiadamiania Ratunkowego o kolizji autobusu PKS z dwoma autami osobowymi, na drodze Olsztyn-Olsztynek, w pobliżu Dorotowa. Poszkodowanych zostało 30 osób. Przeprowadzono procedurę. Pracownicy SOR przygotowali się do przyjęcia pacjentów (rozdano oznakowane funkcją kamizelki, opaski z kodem kolorowym, opaski identyfikacyjne, przygotowano sale, sekretarki medyczne

rozpoczęły procedurę powiadamiania lekarzy ortopedii, chirurgii i neurochirurgii o profilu zabiegowym, powiadomiono również dyrektora Szpitala, lekarza naczelnego oraz wszystkie komórki organizacyjne Szpitala, które miały wziąć udział w realizacji procedury).

Po rozpoznaniu sytuacji na miejscu wypadku przez lekarza pierwszej karetki, Wojewódzki Koordynator Medyczny, powiadomił SOR naszego Szpitala o skierowaniu do nas dziewięciu poszkodowanych (4 pacjentów z kodem czerwonym i 5 pacjentów z kodem żółtym). O godzinie 11.10 do szpitala przybył poszkodowany w wypadku, pierwszy pacjent z kodem czerwonym. Wszyscy pacjenci z kodem czerwonym dowożeni byli na SOR, natomiast pacjenci z kodem żółtym na Planową Izbę Przyjęć, skąd następnie transportowani byli na przygotowane już sale Oddziału Okulistyki, gdzie przeprowadzono diagnostykę oraz udzielano im fachowej pomocy medycznej.

Ćwiczenia okazały się bardzo potrzebne, gdyż pokazały nasze silne i słabe punkty podczas postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego, masowego i katastrofy i zostały dobrze ocenione przez obserwatorów i sędziów.

Dziękuję wszystkim biorącym udział w przeprowadzonych ćwiczeniach.

Barbara Szymczuk



ORGANIZATOR:

Inspektor ds. Obrony Cywilnej
mgr inż. Zbigniew Szpindor

KIEROWNIK:

Lekarz Naczelnny Szpitala
dr n. med. Dariusz Onichimowski,

CZYNNIE UDZIAŁ BRALI PRACOWNICY:

- Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego,
- Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- Oddziału Okulistycznego,
- Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji,
- Sekcji BHP i P. Poż,
- Planowej Izby Przyjęć,
- Obrony Cywilnej,
- oraz pielęgniarki i lekarze o profilu zabiegowym z poszczególnych oddziałów Szpitala.

W FORMIE APLIKACYJNEJ UDZIAŁ BRALI PRACOWNICY:

- Apteki Szpitalnej,
- Działu Diagnostyki Obrazowej,
- Działu Diagnostyki Laboratoryjnej.

OBSERWATORAMI I SĘDZIAMI BYLI:

- Jolanta Citko,
- Elżbieta Kubit,
- Hanna Taraszkiewicz,
- Marek Zawisza,
- Maria Kowalska,
- Karina Rzymowska.



PODZIĘKOWANIA:

Ćwiczenia mogły się odbyć dzięki pomocy Pana Leszka Gołębiowskiego: dyrektora Warmińsko-Mazurskiej Stacji Transportu Medycznego, który oddelegował do ćwiczeń 4 karetki z pełnym wyposażeniem medycznym zabezpieczającym, ratownikom medycznym, Pani Jolancie Kłoczewskiej – dyrektorowi Szkoły Policjalnej im. Prof. Zbigniewa Religi i słuchaczom, którzy wystąpili w roli pozorantów. Wszystkim serdecznie dziękujemy.

Jest to praca, która daje mi ogromną satysfakcję

O ludziach potrzebujących wsparcia socjalno-bytowego, o formach pomocy socjalnej, a także o wielkim zaangażowaniu i oddaniu pracy rozmawiam z Panią Katarzyną Lewandowską, pracownikiem socjalnym WSS w Olsztynie.



Skończyła pedagogikę społeczną. Początkowo pracowała jako pracownik socjalny w przychodni rejonowej, następnie była organizatorką usług opiekuńczych w zarządzie wojewódzkim PKPS. W 2005 r. pożegnała się z Polską i wyjechała do Kanady, gdzie przez 7 lat m.in. zajmowała się opieką nad ludźmi starszymi i nad dziećmi. Po powrocie do kraju próbowała znaleźć pracę w swoim zawodzie i właśnie w szpitalu wojewódzkim otworzyły się dla niej drzwi. Mimo że miała zabukowany bilet powrotny do Kanady, zdecydowała się na pracę w kraju. Od stycznia 2013 r. pracuje w WSS w Olsztynie jako pracownik socjalny.

– Na czym polega praca pracownika socjalnego w placówce ochrony zdrowia?

– Przede wszystkim zajmuję się sprawami socjalno-bytowymi pacjentów szpitala, ale również kontynuuję współpracę z nimi po wypisaniu ich z placówki. Pracownik socjalny musi w taki sposób zadbać i zabezpieczyć potrzeby socjalno-bytowe pacjenta, aby nie musiał on wracać do szpitala z powodu, na przykład nieodpowiednich warunków lokalowych.

Do mojego zakresu obowiązków należy również prowadzenie różnego rodzaju rejestrów, bo wszystko co robię i nawet mówię przez telefon musi być dokumentowane. Prowadzę korespondencję w sprawie pacjentów z: MOPS, GOPS, ZUS, policją, zakładami pracy pacjentów, ze szpitalami, z urzędami gmin i miast. Wystosowuję wnioski o zasiłki celowe i okresowe do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej dla osób, których np. nie stać na wykupienie koniecznych leków.

Składam wnioski w powiatowych i miejskich Centrach Pomocy Rodzinie – do komisji spraw orzekania o niepełnosprawności. Informuję rodziny pacjenta o możliwościach uzyskania dotacji pieniężnych z innych instytucji

na dalsze leczenie, czy rehabilitację. Współpracuję z policją w celu ustalenia tożsamości anonimowych pacjentów. Udzielam pomocy osobom bezdomnym poprzez znajdowanie im miejsc w schroniskach i noclegowniach. Zajmuję się również kierowaniem pacjentów do zakładów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych, czy hospicjów.

– Od czego zaczyna się Pani praca z pacjentem?

– Staram się codziennie odwiedzić każdy oddział Szpitala i sprawdzić, jacy pacjenci zostali przyjęci. Są oddziały, w których praktycznie każdego dnia znajdzie się człowiek wymagający pomocy i wsparcia pomocy socjalnej, np. OIT, Neurologia, Endokrynologia, SOR, Neurochirurgia, Nefrologia czy Chirurgia. Najczęściej właśnie z tych oddziałów kieruję pacjentów do dalszych ośrodków, aby zapewnić im kontynuację leczenia, czy proponuję pomoc socjalno-bytową. Zdarzają się sytuacje, gdy lekarz prowadzący kontaktuje się ze mną bezpośrednio, kiedy widzi, że rodzina pacjenta jest niewydolna, żeby zapewnić choremu człowiekowi dalszą pomoc.

W pierwszej kolejności zawsze przeprowadzam wywiad z pacjentem i z jego rodziną, muszę dokonać rozeznania w jego sytuacji życiowej. Na tej podstawie stawiam diagnozę socjalno-bytową, która nakreśla m.in. co można zrobić dla pacjenta. Następnie informuję rodzinę o istniejących możliwościach, związanych z sytuacją kryzysową w jakiej znalazł się pacjent. W interesie szpitala jest, aby pacjent mógł się na nowo odnaleźć w swoim świecie, żeby wszystkie jego potrzeby socjalno-bytowe były zabezpieczone. Poważnym problem społecznym ostatnich lat jest niechęć rodziny do odebrania ze Szpitala pacjenta niezdolny do samoobsługi, chcąc całkowicie scedować opiekę na placówkę ochrony zdrowia.

– Jakie są Pani działania w tej sytuacji?

– Jeśli stan zdrowia pacjenta faktycznie wskazuje, że kwalifikuje się on do pobytu w zakładzie opiekuńczym, to szukam dla niego wolnego miejsca. W zależności od jego stanu, do wyboru są: zakłady opiekuńczo-lecznicze (dla ludzi zupełnie niezdolnych do samoobsługi, obłożnie chorych, wymagających łóżek z respiratorami i żywienia przez sądy), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całonocnych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, pielęgnacji, opieki i rehabilitacji). Istnieją także domy pomocy społecznej (świadczące osobom wymagającym całonocnej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności usługi: bytowe, opiekuńcze, wspomagające, edukacyjne w formach i zakresie wynikających z indywidualnych potrzeb). Opieka paliatywną zajmują się hospicja. Pomocą dla pacjentów są również domy wsparcia, domy pomocy środowiskowej, gdzie mogą uzyskać schronienie osoby np. ze środowisk patologicznych, schroniska dla bezdomnych, czy środowiskowe domy pomocy społecznej, np. dla matek samotnie wychowujących dzieci, czy domy małego dziecka.

– Jak wyglądają formalności, które należy dopełnić, aby pacjent mógł trafić do jednej z placówek, które Pani wymieniła?

– Po postawieniu diagnozy socjalno-bytowej, wspólnie z rodziną wybieram placówkę, do której kwalifikuje się pacjent. Dzwonię tam, sprawdzam czy są wolne miejsca, ustaliam termin, przesyłam informacje o stanie pacjenta. Nie tylko rodzinie, ale i lekarzowi prowadzącemu pomagam wypełnić niezbędną dokumentację, jaką należy złożyć do danej instytucji leczniczej. Informuję rodzinę o procedurach, jakich należy

przestrzegać i jakie obowiązują podczas przyjmowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych. Następnie kompletuję wszystkie dokumenty i przesyłam je do miejsca docelowego, w którym ma się znaleźć pacjent. Z oddziału zamawiany jest transport i pacjent jedzie do wybranej placówki.

– W każdym szpitalu zatrudniony jest pracownik socjalny?

– Nie, jedynie duże, specjalistyczne placówki ochrony zdrowia, jak WSS w Olsztynie decydują się na zatrudnienie pracownika socjalnego, ze względu na liczbę hospitalizowanych pacjentów oraz swój zasięg pomocy. W jednostkach, w których nie ma stanowiska pracownika socjalnego, wszystkie sprawy socjalne organizowane i załatwiane są przez lekarzy. A jest to bardzo czasochłonna praca. Często zostają po godzinach, aby dopełnić do końca wszystkich formalności.

– Mimo takiej liczby dokumentacji do wypełnienia, nie jest to praca monotonna, prawda?

– Oczywiście. W moim odczuciu jest to bardzo ciekawa i urozmaicona praca. Jestem cały czas w ruchu, mam kontakt z drugim człowiekiem, każdy dzień jest inny i nie ma w nim monotonii, ani rutyny mimo, że pewne elementy są niezmiennie. Trzeba być po prostu bardzo oddanym tej pracy, skrupulatnym i dokładnym.

– Co jest najtrudniejsze w Pani pracy?

– Myślę, że ciężkie sytuacje socjalno-bytowe pacjentów, w obliczu których czuję się sfrustrowana i bezradna. Czasami mimo moich największych starań i chęci, aby pomóc drugiemu człowiekowi, mimo na przykład wielu telefonów, w żadnej placówce opiekuńczej nie ma wolnego miejsca, gdzie pacjent może uzyskać kontynuację opieki, a musi przecież opuścić szpital. Najtrudniejsze są dla mnie te wszystkie momenty, w których nie mogę komuś pomóc.

– Czy od Pani zaangażowania w dużej mierze zależy sukces w niesieniu pomocy drugiemu człowiekowi?

– Oczywiście, że tak. Empatia, głęboka troska o drugiego człowieka, chęć zgłębienia lepiej problemów pacjenta, wymagają naprawdę dużego zaangażowania. Pracownik socjalny, to pracownik od wszystkiego. Wiedziałam o tym już wtedy, kiedy pracowałam w przychodni rejonowej, chociaż kilkanaście lat temu nasza praca inaczej wyglądała. To pracownik socjalny pukał do drzwi i proponował pomoc socjalną ludziom. Teraz potrzebujący sami się do nas zgłaszają, bo żyje się im zdecydowanie trudniej, niż kiedyś. Społeczeństwo niestety się starzeje, sytuacja w kraju się zmienia, dodatkowo ludzie żyją coraz dłużej i opiekun chorego nierzadko już sam wymaga opieki, dlatego dla pracowników pomocy społecznej będzie z każdym rokiem coraz więcej do zrobienia. Moja współpraca z chorym i jego rodziną, tak jak wspomniałam, nie kończy się na udzieleniu pomocy pacjentowi w szpitalu, czy ulokowaniu go w domu

opieki. Ludzie do mnie wracają po kilku tygodniach, czy miesiącach, prosząc o pomoc w zorganizowaniu dotacji np. na zakup sprzętu medycznego, czy złożeniu wniosków o uzyskanie zasiłków.

– Czy ta praca ma wpływ na Pani życie osobiste?

– Niektóre historie ludzi, wydarzenia i przemyślenia do mnie wracają. Staram się zdystansować, ale nie zawsze mi się to udaje. W podświadomości pozostają mi problemy moich podopiecznych, czasami zastanawiam się, czy ktoś dobrze pokierowałałam, czy odpowiednio rozwiązałam daną sytuację. Myślę, że nie umiem oddzielić grubą kreską godzin spędzonych w pracy, od tych, które powinny należeć już tylko do mojej prywatności. Jestem takim człowiekiem, który w całości oddaje się sprawom innych ludzi. Jestem empatyczna i być może czasami za mocno się angażuję, ale nie umiem inaczej. Jest to specyficzna praca, każdego człowieka należy zdiagnozować metodą indywidualnego przypadku: wczuć się w jego sytuację, zbadać, rozeznaczyć się w problemach i zabezpieczyć potrzeby. Wiem, że często losy ludzkie spoczywają w moich rękach i jest to praca, która daje mi ogromną satysfakcję, bo można pomóc drugiemu człowiekowi w rozwiązaniu jego problemów socjalno-bytowych i wpłynąć na jego jakość życia.

– Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Kantorczyk

Musimy mieć pasję, żeby wyzwolić entuzjazm potrzebny do skutecznego działania i realizacji celów i marzeń!

Pasją Pani Kasi są:



Podróże



Fotografia



Żeglarstwo



Ciekawi ludzie

Grenlandia – wyspa na krańcu świata cz. I

„Za dwadzieścia lat bardziej będziesz żałował tego czego nie zrobiłeś, niż tego co zrobiłeś. Więc odwiąż liny, opuść bezpieczną przystań. Złap w żagle pomysłówne wiatry. Śnij. Podróżuj. Odkrywaj.”

Mark Twain

Jadąc na Grenlandię musisz zrozumieć świat na nowo, albowiem wszystko co do tej pory wiedziałeś na nic się przyda. Życie na dalekiej północy nie rozpieszcza i uczy pokory, a surowe warunki sprawiają, że codzienne wybory są całkiem proste – akceptujesz to, co masz i po prostu „dajesz radę”.

Grenlandia, największa wyspa świata leży na Oceanie Atlantycznym i Oceanie Arktycznym u wybrzeży Ameryki Północnej, geograficznie należąc do tego kontynentu. Terytorialnie Grenlandia jest nadal częścią Danii, o dużej samodzielności, z wyjątkiem polityki zagranicznej i obronności, jednak obecnie trwa proces wyodrębniania Grenlandii jako samodzielnego państwa.

Grenlandczycy duże nadzieje pokładają w globalnym ociepleniu, które ma umożliwić wydobywanie surowców mineralnych, takich jak ropa, czy różne stopy metalu, w które bogata jest ta wyspa. Jej powierzchnia jest siedem razy większa od terytorium Polski i wynosi ok. 2175,6 tys. km², w przeważającej części pokryta jest lodowcem, którego grubość wynosi do kilku kilometrów. Gdyby cały lodowiec pokrywający Grenlandię spłynął do oceanów, średni poziom mórz podniósłby się aż o 7 metrów! Piękna i nieco futurystyczna, białoczerwona flaga Grenlandii symbolicznie odzwierciedla krajobraz tej największej wyspy świata, a jej geometryczne wzory przedstawiają słońce, morze i pływające po oceanie lodowe

góry. Część gór na Grenlandii, to tzw. nunataki – szczyty wznoszące się ponad lądolód otoczone pokrywą lodową. Słowo to w języku Inuitów oznacza – „Czarna Skale”, co w pełni oddaje kontrast pomiędzy górą, a lądolodem, najwyższy szczyt to Gunnbjornsfjeld – 3693 m n.p.m. W ostatnim czasie, dzięki współczesnym możliwościom techniki dokonano na Grenlandii wielkiego odkrycia – dosłownie „wielkiego”, bo pod grubą na kilka kilometrów warstwą lodu naukowcy odnaleźli potężny kanion, dłuższy niż Wielki Kanion rzeki Kolorado w USA i prawie tak samo szeroki. Być może za kilka tysięcy lat nasi potomkowie zobaczą grenlandzki kanion na własne oczy! W tym roku, 30 lipca, na południowo-zachodnim wybrzeżu Grenlandii zanotowano rekord gorąca – było to 25,9°C! Wyraźny jest trend ocieplania się całej Grenlandii – lodowa wyspa grzeje się szybciej, niż średnio cała Ziemia.

W języku Inuitów nazwa Grenlandii brzmi „Ziemia Ludzi” – Kalaallit Nunaat. Większość mieszkańców to oczywiście Inuici (kiedyś zwani Eskimosami), tylko 12% to Duńczycy i inne nacje. Praprzodkowie dzisiejszych Inuitów wywodzą się z płn.-wsch. Alaski, gdzie początkowo zamieszkiwali tereny wybrzeża oraz tundry. W wyniku naturalnej migracji powoli zasiedlili całą arktyczną Kanadę, a około 1250 r. dotarli do płn.- zach. krańców Grenlandii. Dla Europejczyków historia Grenlandii



wiąże się z Erykiem Rudym, Normanem (Wikingiem), który w 982 r. n.e. został wygnany z Islandii za popełnione morderstwo. Przepelniony opowieściami o nieodległym od Islandii lądzie, dotarł do największej wyspy świata, której klimat w ówczesnym czasie diametralnie różnił się od dzisiejszych warunków pogodowych, dlatego Eryk Rudy nazwał nowy ląd Zieloną Wyspą „grönland”. Po kilku latach Eryk Rudy wrócił na Islandię, z której w 986 r. na czele 25 statków ruszył w celu skolonizowania wyspy. Do celu dotarło 14 z nich, a osadnicy założyli pierwszą osadę – Brattahlid (dzisiejsze Qassiarsuk). Stała się ona na długie lata centrum osadnictwa Grenlandii (zw. Wschodnią Kolonią). Powstały też kolejne osady, m.in. Vesterbygd (zw. Zachodnią Kolonią). W kolejnych latach przybywało coraz więcej osadników, którzy kolonizowali dzisiejszą Południową i Zachodnią Grenlandię. W roku 1000 przybył na wyspę Leif Eriksson (jego historię opisałam w artykule poświęconym Islandii), który wyruszył dalej na północ i odkrył dzisiejszą arktyczną Kanadę.





Najprawdopodobniej był

pierwszym Europejczykiem na kontynencie amerykańskim. Lata 1100-1300 to okres ogólnego ocieplenia w Europie, które de facto pozwoliło na kolonizację Grenlandii. Koloniści zajmowali się przede wszystkim myślistwem, a głównym towarem „eksportowym” były skóry niedźwiedzi polarnych oraz kości wielorybów. Zwierzchnikiem Grenlandii był wówczas król Norwegii. W XIV wieku wybrzeża Grenlandii skuł lód, który uczynił żeglugę niemożliwą. Coraz mniej statków docierało również do położonej po sąsiedzku Islandii. Dodatkowo Europę ogarnęła zaraza czarnej dżumy i w konsekwencji kolonizacja Grenlandii spadła na plan dalszy. Grenlandia wyludniła się – ostatni koloniści najprawdopodobniej wymarli w drugiej połowie XV w. i tak skończyła się era pierwszej kolonizacji Grenlandii przez Europejczyków. Nie wiadomo też co się tak naprawdę stało z ostatnimi Grenlandczykami. Hipotezy są różne – według jednej z nich, zmuszeni coraz cięższymi warunkami atmosferycznymi do porzucenia swoich osad we Wschodniej Kolonii, przedostali się przez lądolód na zachodnie wybrzeże Grenlandii i stamtąd, po zamrożonym morzu dotarli do

arktycznej Kanady, gdzie żyli wśród Indian Algonquin – na taki rozwój wydarzeń wskazuje między innymi język tej grupy Indian, w którym można odnaleźć szereg słów pochodzenia skandynawskiego!

Na przełomie XVI i XVII w. na wody Grenlandii ponownie dotarli Europejczycy, żeglarze poszukujący Przejścia Północno-Zachodniego i wielorybnicy, a prawo do zwierzchnictwa nad wyspą

przejęli i podtrzymywali królowie Danii, z tytułu swego panowania nad Norwegią. Wraz z rozpoczęciem kolonizacji wyspy, Duńczycy rozpoczęli również okres izolacji wyspy od obcych wpływów, min. w zakresie handlu i osiedlania się. Etap ten trwał w zasadzie do roku 1953, w którym to, Grenlandia stała się częścią Danii. W wyniku powyższych zmian Grenlandczycy zasiedli w duńskim parlamencie, a wszystkim mieszkańcom Grenlandii przyznano takie same prawa cywilne, jak rdzennym Duńczynom. Konsekwencją był szybki rozwój infrastruktury, który sprawił, że dzieci Inuitów zaczęły chodzić do duńskich i amerykańskich szkół, igloo i namioty ze skóry zamieniono na domy, polowanie na zakupy, a szamana, który odgrywał kluczową rolę w społeczeństwie, na lekarza. W świecie tym z dnia na dzień zabrakło miejsca na pierwiastek duchowy, który według ich wierzeń rozciągał się nad całym światem, a większość Inuitów pozbawiona swojego dotychczasowego, tradycyjnego zajęcia, jakim było myślistwo i rybołówstwo, zaczęła popadać w apatię. Rząd duński, nie wiedząc jak poradzić sobie z tym problemem, za-

czął wypłacać im pieniądze w ramach pomocy społecznej, które niestety często przeznaczone były na alkohol i inne używki. Wyspa powoli wyludniała się – młodzi, kończący szkoły w Europie lub Ameryce nie chcą wracać do domu, gdzie czekają ich tylko trudne warunki i często bezrobocie.



W niektórych osadach tradycyjne obyczaje pozostały niezmienione, za to formy ich wykonywania tak. Tak jak kiedyś polują na renifery, ale zazwyczaj zamiast wysłuchiwać stukotu kopyt, używają GPS-u. Także psie zaprzęgi, choć bardziej niezawodne niż skutery śnieżne, zrobiły się za drogie w utrzymaniu i w większości zostały zlikwidowane, utrzymały się tylko te, które obsługują turystów. To co zostało, to polowanie na wieloryby i foki w tradycyjny sposób, czyli harpunem. Technika polowania z użyciem harpunów i kajaków była i jest znakomicie rozwinięta. Do polowania używa się różnego rodzaju harpunów, najczęściej takich, których szpic nie jest na stałe przymocowany do samego trzonu harpuna. Po trafieniu foki lub wieloryba szpic zostaje wbity, a reszta harpuna wpada do wody. Do szpica przywiązany jest balon – nadmuchana i szczelnie zamknięta skóra z foki, która pełni funkcję boi, co nie pozwala trafionej zdobyczy zatonać. W polowaniu na wieloryby, czy morsy uczestniczy grupa kajaków, a wieloryb transportowany jest za pomocą większych łodzi – umiaćców. Kajak to jeden z wielu wynalazków Inuitów, który





pozwolił im przetrwać w bardzo trudnych warunkach. Sposób budowy grenlandzkiego kajaka, to specjalna sztuka. Prawdziwy kajak budowany jest „na miarę” jego właściciela. Używa się do tego celu specjalnych wzorów, którymi przetwarza się długość nóg, ramion, szerokość w biodrach itp. na długość i szerokość kajaka. Oznacza to niestety, że cała ta żmudna praca, jaką jest budowa kajaka idzie na marne, kiedy się przytyje. W latach 70-tych XX wieku na Grenlandii powstała inicjatywa zakładania klubów kajakowych, które zaczęły zrzeszać pasjonatów tego inuickiego wynalazku. Kluby mają dość sportowy charakter, a pierwsze miesiące uczestnictwa w nim są najczęściej poświęcane budowie własnego kajaka. Co roku rozgrywane są mistrzostwa Grenlandii, a oprócz wyścigów konkuruje się min. w rzucie harpunem, wynoszeniu kajaka na ląd oraz tak zwanych Eskimoskach, czyli obrotach na kajaku, które niezbędne były myśliwym, kiedy kajak przewrócił się w lodowatej wodzie. Na Grenlandii wykonuje się ponad 20 rodzajów Eskimosek, najłatwiejsze to te z użyciem wiosła, te najtrudniejsze wykonuje się bez wiosła, ze skrzyżowanymi na klatce piersiowej ramionami.

Czym dla Europejczyka, czy Azjaty był koń, tym pies dla polarnego Eskimosa. Siłą pociągową, co umożliwiła dalekie myśliwskie podróże i transport ciężarów, których pieszo nijak nie przeniesiesz. Psy arktycznej rasy – grenlandzkie husky – są silne, odporne na zimno i głód i naprawdę lubią ciągnąć. Bez problemu wytrzymują długie okresy, żywiąc się wyłącznie zamrożoną karmą i śniegiem. Są blisko spokrewnione z wilkami polarnymi. Mało szczekają, za to podobnie jak one wyją. Wyraźna wśród nich jest hierarchia stadna i silny instynkt walki. W celu zachowania czystości rasy, wprowadzono na Gren-

landii zakaz hodowli psów innych ras – od gminy Sisimiut na północ i na całym wschodnim wybrzeżu. Analogicznie psy grenlandzkie można hodować tylko na tych obszarach. Psy zaprzęgi stosowali Eskimosi żyjący nad zamarzającym zimą morzem, albo mieszkańcy płaskiej tundry. Nie znali ich mieszkańcy południowej Grenlandii, gdzie zimą morze nie zamarza, a więc można było polować z kajaka. Nieco podobnie sprawa się miała ze śnieżnymi domkami (Iglu – w dialekcie Inuitów znaczy tyle co dom), które budowano – zresztą zazwyczaj jedynie jako tymczasowe schronienia podczas podróży – i to na północy Grenlandii i w Arktyce amerykańskiej. Swego czasu na Grenlandii żyło więcej psów niż ludzi. Latem waleśały się głodne, albo były wywożone łodziami na osobne wysepki, gdzie czekały na nadejście lepszych czasów, czyli zimy, kiedy w trosce o dobry napęd właściciele dbali o ich odkarmienie. Sanie niegdyś budowano z kości wielorybów i innych części zwierząt oraz znalezionej na brzegu drewna dryftowego. Materiałem na płózy mogły stać się duże ryby, albo nawet kawałki mięsa morsa owinięte w namoczone skóry. Ślizgi powstawały przez polanie płóz przegotowaną wodą (lód bez zawartości tlenu jest gładszy) i wypolerowanie kawałkiem futra. Ubytki ślizgów w czasie drogi można było uzupełnić moczem. Dziś sanie robi się wyłącznie z drewna i metalowych sztabek. Ślizgi najczęściej są metalowe, choć nieraz pokrywa się je paskami plastiku (nylonu). Do wyrobu sań stosuje się różne gatunki drewna, głównie sosnę. Fachowcy od sań są jednocześnie specami od drewna mimo, że niektórzy mogli nigdy nie widzieć rosnącego drzewa.

Mamy więc sanie (qamutit) i mamy psy (qimmit), które trzeba do nich jakoś zaprząć. Metody są różne, ale na Grenlandii przyjął się system wachlarzowy,

na który pozwala zazwyczaj otwarta przestrzeń. Każdy pies przydziany jest w uprzęż i połączony bezpośrednio z saniami swoją własną linką. Biegąc z grubsza równolegle, zaprzęg tworzy wachlarz. Chyba najbardziej uciążliwe dla woźnicy jest zaprzęganie psów. Nie przejmując się ustaloną odgórnie kolejnością, mają one zwyczaj do załatwiania między sobą własne sprawy, zanim więc ostatni pies zostanie podczepiony do linki, pozostałe są już splątane. Kiedy woźnica upora się z tym dynamicznie zmieniającym się węzłem gordyjskim, daje polecenie do biegu: tama. Sterowanie odbywa się za pomocą głosu i bicia. Okrzyk ili, ili, ili wspomagany uderzeniem bicia z lewej strony zaprzęgu, ma skłonić psy do skrętu w prawo, a iu, iu, iu i uderzenie z prawej każe im skręcić w lewo. Psy reagują na komendy analogicznie, jak konie na ucisk. Obecne przepisy łowieckie zabraniają używania maszyn silnikowych przy polowaniach w niektórych rejonach, co wymusza korzystanie z psich zaprzęgów. Nie tylko polowania, ale i rozwijająca się turystyka będzie zapewne jeszcze długo podtrzymywać tradycję psich zaprzęgów na Grenlandii. Przejazdki zaprzęgiem są jedną z głównych atrakcji dla wycieczek przyjeżdżających zimą. Jedną z zasad, która obowiązuje przyjezdnych i turystów, jest zakaz zbliżania się do psów zaprzęgowych. Husky nie są agresywne, przeciwnie – sprawiają wrażenie przyjaźliwych i ciekawskich. Gdyby jednak zdarzyło się, że któryś z nich ugryzie, właściciel ma obowiązek go zastrzelić. Ten okrutny zwyczaj jest dla myśliwych oczywisty – nie można tolerować nieposłuszeństwa w zaprzęgach, tylko wierna i zdyscyplinowana sfera zapewnia sukces na polowaniu.

Emilia Paszkowska

c.d.n.

Krzyżówka

Jolka 39

Objaśnienia 58 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery G, K, L i S. Na ponumerowanych polach ukryto 34 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Francisa Bacona.

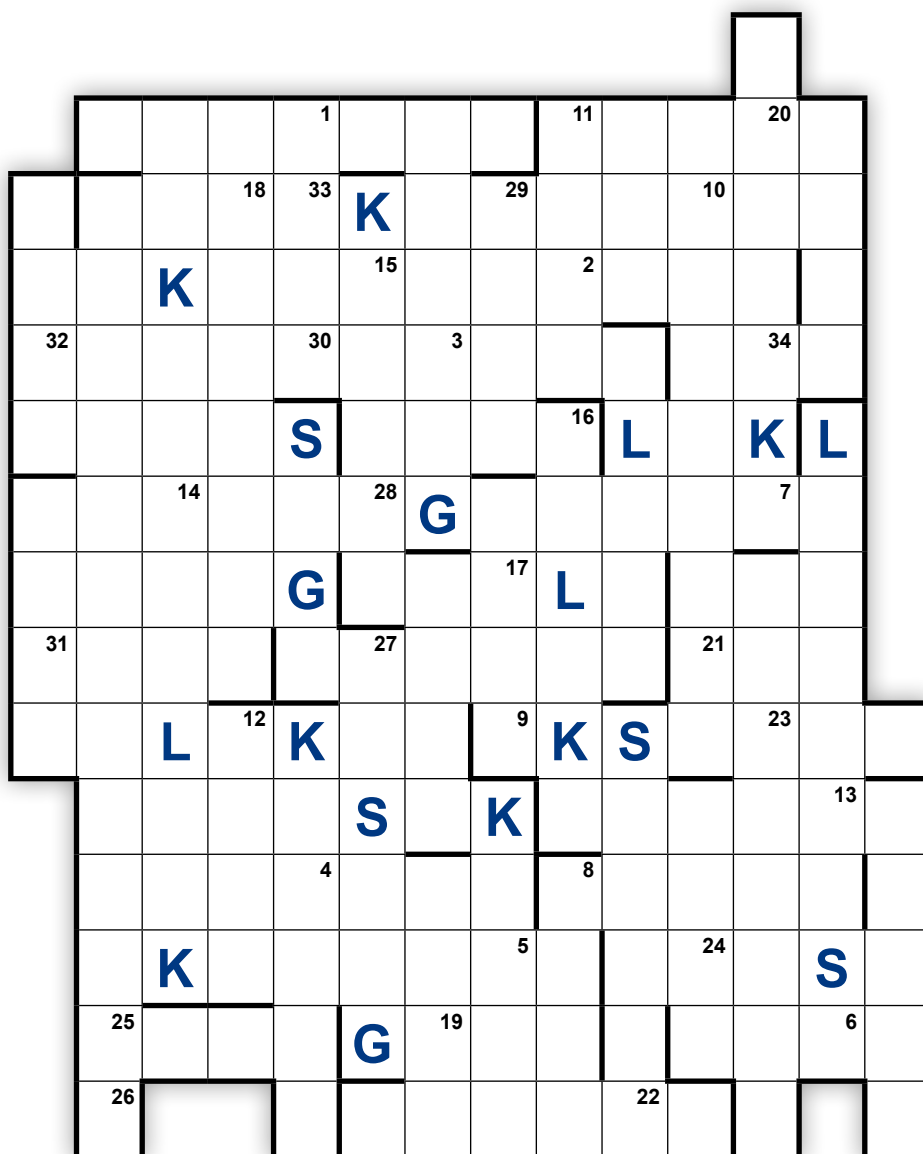
Hasło w zaklejonej kopercie prosimy zostawić w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy oraz nr kontaktowy. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wylosujemy osobę, która otrzyma nagrodę książkową.

- doktor Ewa, przyjmuje pacjentów endokrynologicznych • emisja, cyrkulacja • perfekcyjna doskonałość • stan z Agartala • monochromatyzm • medykament • wódz 300 Spartan • obszar gruntu • uzdrowisko sławne dywanami nieopodal Karpacza • surowiec na kauczuk butylowy • artretyzm • wygibas taneczny lub językowy • Parmenides lub Zenon z Elei • stolica Idaho • opowieść skandynawska • lisia jama • błogostan buddysty • napis na krzyżu • strefa • poznańskie kartofle • lingwista • celulozowa jest lignina • hinduska kropka na czole • zachodni przylądek Europy • rzemieślnik • przydomek Karola, pogromcy Arabów • trzcinopalm • twierdzenie do udowodnienia • stolica dep. Calvados • władca Egiptu • branie w posiadanie • patron matek karmiących, wzywany przy bezpłodności • grecka nimfa morska • imię Andrycz • uchodzi w Karaczi • formalny na zebraniu • flota wojenna Hiszpanii • psia kość • owcze runo • III Sobieski • święta rzeka w pd. Indiach • Kondrat jako wariat • japońska ranga w sztukach walki • wykaz, spis • metal w nazwie Argentyny • obiecanki • naszyta na dziurze • błazen w czarnej masce • Formuła 1 pod Bolonią • z tekeli i fares • dekoncentracja • banan indonezyjski • wódz Węgier po 1956 r. • krewny po matce • miejsce pracy scenografa • opłata graniczna • fotograficzny lub usg • Irlandia

„BJER”

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego Pulsu Szpitala: „**Starość jest chorobą nieuleczalną**”.

Nagrodę książkową otrzymuje Marzena Suprynowicz z Działu Kontraktowania i Rozliczeń. Gratulujemy! Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



Życie we fraszce



lek. Andrzej Pukiński
Dział Patomorfologii
WSS w Olsztynie

Naiwniak

Gdy jeżdżę czasami
Zgodnie z przepisami
Spotykam się wówczas z dziwnymi gestami.
A to ktoś środkowy palec
Ku niebu podniesie,
albo popuka się w czoło
aż echo się niesie.
Sadzę, że jest to normą zgodną
Z przepisami, bo głupich
nie sieją, a rodzą się sami.

