



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

Kwartalnik Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 41/4 październik – grudzień 2013



Zaczynamy nowy etap

Skąd się wzięła bombka

Zanim pojawiły się bombki, choinki zdobione były ciastkami, cukierkami, orzechami, rajskimi jabłuszkami, własnoręcznie wykonywanymi ozdobami z bibuły, słomy, piórek, itp.

Pierwsze bombki w XIX wieku wyprodukował pewien rzemieślnik z niemieckiego miasteczka Lauscha. Hans Greiner, który był zbyt biedny i nie stać go było na jabłka i orzechy, a że pracował w hucie szkła, wydmuchał sobie szklane owoce, które powiesił na choince.

Do produkcji bombek potrzebne jest tanie szkło sodowe. Jeden kilogram

wystarcza na zrobienie ok. 160 bombek. Po wykonaniu wcześniej zaplanowanego modelu z plasteliny lub wosku zalewa się go gipsem, a gipsowy wzór służy do wyrobu metalowej formy do odlewania bombek.

Niektóre bombki formowane są ręcznie. Proces produkcji rozpoczyna się od podgrzania szkła palnikiem do temperatury 600-1000 stopni, aż do uzyskania półpłynnej plastycznej masy, a następnie kształtuje się je dmuchając, rozciągając i obracając każdą ozdobę. Trzeba robić to bardzo szybko, jednym haustem, bo zanim nabierze się kolejny haust, szkło stężeje. Pracochłonność tego etapu zależy od złożoności wzoru. Tak przygotowane ozdoby są



następnie malowane w najróżniejsze wzory. Ich piękno zależy od zdolności i pomysłowości projektanta i osoby malującej. Polskie bombki słyną swą urodą w wielu krajach i trafiają do Skandynawii, Niemiec, Austrii, Holandii, Szwajcarii, USA i Kanady.

Źródło: tvn24, Wikipedia



- 3** | Podsumowanie 2013 roku
- 4** | Monitorowanie bezpieczeństwa opieki nad pacjentem w okresie okołoperacyjnym
- 5** | Zespół operacyjny w naszym szpitalu
- 7** | Pamięć i jej zagadki cz.11
- 9** | Halitoza
- 12** | Transplantologia w Olsztynie ulega transformacjom
- 14** | Przeżyjmy to jeszcze raz – uroczyste otwarcie bloku operacyjnego
- 17** | Sukces tkwi w pracy zespołowej
- 20** | Zaczynamy nowy etap
- 22** | „Na końcu języka” cz. I
- 24** | Nasze ostatnie osiągnięcia
- 25** | Grenlandia – wyspa na krańcu świata cz. II
- 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
Emilia Paszkowska

Zdjęcia udostępnili

Miłosz Guzowski
Emilia Paszkowska

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.



Szanowni Państwo,

„Kto nie zna celu, nie znajdzie drogi”

Christian Morgenstern

minął kolejny rok wspólnej pracy. Razem staraliśmy się realizować zadania związane z funkcjonowaniem naszego Szpitala. Możemy wspólnie odczuwać satysfakcję z pracy i wysiłku, który wkładamy na rzecz ratowania życia i zdrowia pacjentów oraz w szeroko pojęty rozwój szpitala, poprzez doskonalenie jakości, przeprowadzane modernizacje i inwestycje. Bardzo dziękuję wszystkim za zaangażowanie w sprawy naszej jednostki, a zwłaszcza tym, którzy swym oddaniem przyczynili się do zakończenia i pięknego otwarcia nowego bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni.

Jednocześnie chcę Państwa poinformować, że nadchodzący rok będzie trudny. Podpisałam kontrakt nieco poniżej poziomu finansowania w 2013 roku, a nasza zakończona, prestiżowa inwestycja, niestety zwiększy koszty funkcjonowania Szpitala. Z tym problemem musimy się zmierzyć w 2014 roku, ale nie chcę Wam Kochani psuć nastroju przedsięwziętego. Radziłam sobie już z wieloma problemami, nie tylko finansowymi, i wiercie mi, że poradziłam sobie i z tą trudną sytuacją. Podejdźmy twórczo do rozwiązywania problemów. Trudne sytuacje hartują ponoć ducha i wzmacniają więzi. Budujmy zatem dobrą atmosferę, dobre relacje międzyludzkie, które są skutecznym sposobem tworzenia zgranych zespołów, bo tylko z taką załogą można skutecznie stawić czoła dużym wyzwaniom.

Odwaga jest ważną cechą i jeżeli się bierze z przekonania o naszych zdolnościach, umiejętnościach, wartościach i celach, to poprowadzi nas do rozwiązania sformułowanego problemu.

Budujmy /rozwijajmy/ zasadę jedności zespołu, ale pamiętajmy też, że nie można tylko konsumować efektów swych poczynąń i myśleć, że wszystko zawsze będzie dobrze. Wszyscy musimy się czuć współodpowiedzialni za nasz Szpital. Pamiętajmy, że nie ma takiego zaangażowania, które nie mogłoby być większe. Widzicie Państwo, postanowiłam nie narzekać, bowiem samo narzekanie byłoby jedynie przyznaniem się do zaniechania działań, a ja wybiegam myślami w przyszłość i wierzę, że z tak profesjonalnym zespołem zdolnych, wspaniałych ludzi nie ma problemu, którego nie rozwiążemy.

Zyczę zatem Państwu zdrowych, pogodnych, spokojnych Świąt Bożego Narodzenia, które zawsze napawają Nas dobrym nastrojem, pomimo tych krótkich, ciemnych dni wyzwalają w Nas pokłady serdeczności, życzliwości i zwykłej dziecięcej radości. Cieszymy się z choinki, prezentów, ze spotkań rodzinnych, a życzenia, którymi obdarowujemy innych, czy które otrzymujemy od innych niech będą dla Nas dobrą energią i siłą na długo po Świątach, w naszej odpowiedzialnej pracy.

Pacjentom, którzy spędzą Święta w szpitalu nie pozwólmy odczuć samotności.

Irena Kierzkowska

Dyrektor

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Olsztynie



Monitorowanie bezpieczeństwa opieki nad pacjentem w okresie okołoperacyjnym

Doskonalenie jakości opieki jest niezbędnym elementem nowoczesnego zarządzania, ukierunkowanego na bezpieczeństwo i satysfakcję pacjenta.

Pacjent w procesie leczenia poddawany jest różnym procedurom, które w określonych sytuacjach organizacyjnych mogą stanowić podwyższone ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych. Klasyfikacyjnym przykładem takiej procedury jest zabieg operacyjny. Mając to na uwadze podejmujemy działania minimalizujące ryzyko wystąpienia powikłań.

Zapewnienie jakości i bezpieczeństwa opieki

W oparciu o wymagania standardów akredytacyjnych oraz wymagania aktów prawnych, Szpital opracował program poprawy jakości, uwzględniający między innymi działania poprawiające bezpieczeństwo opieki pacjentów w okresie okołoperacyjnym.

Powołano zespoły problemowe, mające na celu dokonanie porównania i oceny stosowanych rozwiązań organizacyjnych w kontekście wymagań, w tym założeń merytorycznych.

Opracowano, a następnie wdrożono procedury przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego, opisujące zasady oceny ryzyka, związanego z zabiegiem operacyjnym, znieczuleniem oraz podejmowanie działań zapobiegawczych. W działaniach profilaktycznych, na podstawie wytycznych merytorycznych, uwzględniono ocenę ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, ryzyka krwawienia, ryzyka zakażenia oraz ryzyka powikłań związanych ze znieczuleniem, z wykorzystaniem dostępnych skal oceny. Procedury uwzględniają organizację oraz osoby odpowiedzialne za cały proces, począwszy od oceny ryzyka, zastosowania określonych środków farmakologicznych, metod pozafarmakologicznych, realizacji i dokumentowanie działań.

Dodatkowo wdrożono ocenę stanu odżywienia pacjentów, co pozwala na wczesne wykrycie stanów niedożywienia, które wpływają na przebieg procesu pooperacyjnego w zakresie gojenia rany.

Możliwość wyrównania stanów niedoboru przed zabiegiem operacyjnym przyspiesza powrót do zdrowia oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia zakażenia.

Zastosowano procedury dotyczące potwierdzania identyfikacji pacjenta operowanego z wykorzystaniem opasek umieszczanych na nadgarstku z danymi identyfikacyjnymi pacjenta: imię i nazwisko, nr PESEL.

Ponadto stosowane są procedury dotyczące:

1. nadzoru nad sprzętem i aparaturą medyczną oraz kontrolą ich sprawności bezpośrednio przed zabiegiem,
2. przygotowania fizycznego pacjenta, w tym pola operacyjnego, przewodu pokarmowego, stanu higienicznego,
3. zweryfikowano i uszczegółowiono procedury dotyczące uzyskiwania świadomej, pisemnej zgody pacjenta na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego i znieczulenia,
4. do wybranych zabiegów operacyjnych opracowano informacje dla pacjentów, przybliżające przebieg proponowanego zabiegu, przewidywane efekty, w tym ryzyko wystąpienia powikłań,
5. określono wykaz dokumentów i zapisów w historii choroby dostępnych na sali operacyjnej podczas zabiegu oraz przed opuszczeniem przez pacjenta sali operacyjnej, łącznie z przekazaniem odpowiedzialności za opiekę,
6. dostosowano dokumentację medyczną w zakresie zapisów określonych przez powyższe procedury.

Monitorowanie bezpieczeństwa opieki

Powyższe procedury określają ustalony sposób postępowania i wymagania, do których stosują się pracownicy sprawujący opiekę nad chorymi. Monitorowanie zaś dostarcza między innymi odpowiedzi na pytanie, czy udzielane świadczenia, zastosowane działania diagnostyczne, terapeutyczne, pielęgnacyjne są



skuteczne oraz bezpieczne dla pacjenta i wykonującego je pracownika. Monitorowanie istotnych danych jest podstawą do podejmowania działań korygujących i doskonalących jakość opieki.

W szpitalu wdrożono zasady rejestracji i monitorowania zdarzeń niepożądanych. Zgodnie z katalogiem opublikowanym w standardach akredytacyjnych, wprowadzono rejestrację wszystkich zdarzeń niepożądanych, w tym mogących wystąpić w czasie zabiegu operacyjnego i okresie okołoperacyjnym, np., reoperacja, niewłaściwa procedura, niewłaściwy pacjent, sepsa po zabiegu operacyjnym, zakrzepica żył głębokich, ciało obce pozostawione w polu operacyjnym. Minimalizowanie zdarzeń niepożądanych, jako istotnie wpływających na powodzenie leczenia i satysfakcję pacjenta, należy traktować jako priorytet w nowoczesnym zarządzaniu.

Wdrożono nowoczesne narzędzia do monitorowania poszczególnych etapów zabiegu operacyjnego, tj. Okołooperacyjną Kartę Kontrolną (OKK), która stosowana jest w wielu krajach Europy. Zalecana jest przez WHO w celu poprawy komunikacji w wielodyscyplinarnych zespołach wpływających w sposób bezpośredni na bezpieczeństwo pacjenta. OKK dzieli zabieg na trzy części: przed znieczuleniem, przed nacięciem, zakończenie – zanim pacjent opuści blok operacyjny. W każdej części znajdują się pytania weryfikujące stan przygotowania pacjenta, aparatury, instrumentarium, zespołu operacyjnego.

W części pierwszej – „przed znieczuleniem”, między innymi potwierdzana jest tożsamość pacjenta, miejsce operowane, procedura operacyjna, zgoda na zabieg operacyjny, rodzaj znieczulenia, potwierdzana jest dostępność sprzętu zapewniającego monitorowanie

funkcji życiowych, ocena ryzyka krwawienia i zabezpieczenie w krew i preparaty krwipochodne.

W części „przed nacięciem skóry”, weryfikowana jest gotowość całego zespołu operującego i znieczulającego, a także

zastosowanie profilaktyki antybiotykowej, profilaktyki przeciwzakrzepowej oraz dostępności niezbędnych wyników badań.

W części ostatniej „zanim pacjent opuści blok operacyjny”, weryfikowana jest ponownie nazwa wykonanej procedury, zgodność użytych narzędzi i materiałów, oznaczenie pobranego materiału do badań, ewentualne problemy występujące podczas zabiegu, udokumentowanie zleceń, ocena stanu pacjenta. Koordynatorem Karty w naszym szpitalu jest pielęgniarka anestezjologiczna, która zadaje pytania kierowane do poszczególnych członków zespołu operacyjnego, a uzyskane odpowiedzi odnotowuje w OKK. Uzyskanie pozytywnej odpowiedzi warunkuje przejście do następnego etapu operacji. Zapisy są okresowo przeglądane i analizowane.

Działania organizacyjne i wdrożenie szeregu procedur przed wprowadzeniem Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej (OKK) mają bardzo istotne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta w okresie okołooperacyjnym.

Hanna Taraszkiewicz

z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa
pełnomocnik dyrektora ds. jakości

Monitorowanie z wykorzystaniem Okołooperacyjnej Karty Kontrolnej przynosi szereg korzyści dla pacjenta, szpitala i personelu.

KORZYŚCI DLA PACJENTA

- zmniejszenie ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych
- zwiększenie bezpieczeństwa w okresie okołooperacyjnym
- zwiększenie szansy na efektywny przebieg leczenia pooperacyjnego i szybki powrót do zdrowia

KORZYŚCI DLA SZPITALA

- kryteria weryfikujące są źródłem informacji, pozwalającym na monitorowanie zastosowania i ocenę skuteczności wdrożonych procedur jakości
- w przypadku niespełnienia wymagań, istnieje możliwość podejmowania natychmiastowych działań korygujących
- wyniki analizy poszczególnych kart są podstawą do podejmowania działań zapobiegawczych i doskonalących jakość opieki

KORZYŚCI DLA PERSONELU

- poprawa komunikacji pomiędzy zespołami oddziałów zabiegowych, a zespołem operującym, znieczulającym
- usprawnienie przepływu informacji w zespole operacyjnym
- zwiększenie świadomości dotyczącej ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych
- zwiększenie koncentracji
- wzrost poczucia bezpieczeństwa zespołu operującego

Zespół operacyjny w naszym szpitalu

To właśnie oni potrafią porozumiewać się z lekarzem w pół słowa, bądź tylko samym spojrzeniem.

Blok Operacyjny to wydzielona część szpitala w warunkach największej izolacji od źródeł infekcji, zbliżonych do aseptyki, służąca wykonywaniu operacji dla wielu dziedzin medycyny.

Najczęściej blok operacyjny zlokalizowany jest w sąsiedztwie, bądź bardzo blisko oddziału chirurgicznego i innych oddziałów zabiegowych, co umożliwia w sposób łatwy i w miarę szybki przewiezienie pacjenta wymagającego operacji.

W większości szpitali sale operacyjne dzielą się według specjalności dokonywanych w nich zabiegów. W naszym szpitalu na bloku operacyjnym, oprócz sal ogólnochirurgicznych, znajdują się sale neurochirurgiczne, ortopedyczne, laryngologiczne, ginekologiczne, okulistyka, wszystkie ze specjalnym,

wysoкосpecjalistycznym wyposażeniem, w skład którego wchodzi:

- stoły operacyjne z oprzyrządowaniem w zależności od specjalizacji do jakiej służą,
- aparaty do znieczulenia pacjenta przed zabiegiem operacyjnym,
- aparaty do odsysania płynów ustrojowych podczas zabiegu,
- diatermie chirurgiczne, służące do hamowania krwawień podczas zabiegu,
- specjalistyczne lampy operacyjne,
- zestawy narzędzi chirurgicznych, niezbędne do wykonania zabiegu,
- oraz wiele innych urządzeń, które są potrzebne, żeby zabieg był wykonany właściwie.

Na bloku operacyjnym, oprócz sal operacyjnych, znajdują się również po-



mieszczenia dodatkowe, niezbędne do jego funkcjonowania. Są to:

- sale przygotowawcze (premedykacyjne), gdzie pacjent przed zabiegiem operacyjnym przygotowywany jest farmakologicznie,
- sale wybudzeń, gdzie następuje wyprowadzenie pacjenta z narkozy,
- myjnie, w których zespół operacyjny myje ręce przed zabiegami,
- pomieszczenia na bieliznę czystą, w których personel przebiera się w bieliznę (często odróżniającą się kolorem), przeznaczoną wyłącznie do



Zespół pielęgniarek, pielęgniarzy, instrumentariuszek i instrumentariuszy Bloku Operacyjnego

użycia w obrębie bloku operacyjnego,
- pokoje socjalne dla pielęgniarek i lekarzy,
- magazyny zestawów sterylnych i leków,
- magazyny sprzętu, np. na mikroskopy, aparaty RTG, kolumny do badań endoskopowych,
- śluzę, w których personel zmienia np. ubranie, wychodząc na teren szpitala. Na przestrzeni lat zmieniają się przepisy i rozporządzenia, dotyczące komfortu pracy zespołów operacyjnych oraz bezpieczeństwa i poprawy jakości leczenia pacjentów. Wymuszają one modernizację starych bloków operacyjnych, a są to często kosztowne inwestycje, wiążące się m.in. z przebudową bloków nie spełniających stawianych wymagań i standardów. Obecnie tworzone bloki dzielone są na strefę „czystą” i „brudną” z niekrzyżującymi się drogami komunikacji. Zapobiega to kontaktowi czystego sprzętu i zestawów operacyjnych z materiałem potencjalnie zakaźnym lub odpadami medycznymi.

W nowych blokach wymaga się instalowania klimatyzacji, laminarnego nawiewu aseptycznego powietrza oraz wykonanie ścian i drzwi z materiałów umożliwiających zachowanie wyższego stopnia aseptyczności.

Ważny zespół

W skład zespołów operacyjnych w naszym szpitalu wchodzi lekarze chirurg-

dzy, lekarze anestezjolodzy, pielęgniarki anestezjologiczne i pielęgniarki operacyjne – instrumentariuszki i instrumentariusze.

Pielęgniarki instrumentariuszki/sze wykonują pracę różniącą się od pracy pozostałych pielęgniarek pracujących w szpitalu. Wiedzę o charakterze pracy instrumentariuszki/sza zdobywają na bloku operacyjnym od starszych koleżanek, a nie podczas kształcenia zawodowego w szkołach. Dzieje się tak dlatego, że zdobyta wiedza potrzebna do opieki nad chorym przebywającym w oddziale, nie ma zastosowania w sali operacyjnej. Głównym zadaniem pielęgniarki instrumentariuszki/sza jest zapewnienie sprawnego przebiegu zabiegów operacyjnych, z poszanowaniem poczucia godności osobistej i bezpieczeństwa pacjenta bloku operacyjnego. Praca instrumentariuszki/sza wymaga specyficznej wiedzy dotyczącej teoretycznego przebiegu operacji. Celem jej jest umiejętność dobrania właściwych narzędzi, szwów i materiałów opatrunkowych oraz innych koniecznych przedmiotów i sprzętu potrzebnego operatorowi w każdym etapie zabiegu. Instrumentariuszka/sz musi rozróżniać narzędzia, znać ich nazwę katalogową i potoczną oraz umieć pracować we wszystkich profilach medycznych operacji wykonywanych w bloku. Musi także znać techniki procesu sterylizacji, żeby móc wyeliminować błędy procesu sterylizacji. W czasie zabiegu

od instrumentariuszy wymaga się, aby obserwowali pole operacyjne i swoją pomocą uprzedzali fazy przebiegu operacji w celu jej usprawnienia. Instrumentariusze muszą umieć współpracować z różnymi osobami, ponieważ za każdym razem wchodzi w skład innego zespołu operacyjnego. To właśnie oni potrafią porozumiewać się z lekarzem w pół słowa, bądź tylko samym spojrzeniem. Na sali operacyjnej przy jednym zabiegu pracuje dwoje instrumentariuszy, jedna osoba asystująca – tzw. „czysta” i druga pomagająca, zwana „brudną”.

Nowy sprzęt i techniki operacyjne wymagają od instrumentariuszy ciągłego szkolenia i podnoszenia kwalifikacji. Szkolenie instrumentariuszy poza miejscem pracy jest rzadkością, dlatego często szkolą się w ramach pracy na bloku operacyjnym. Pracownik bloku samodzielnie pracę rozpoczyna po minimum półrocznym szkoleniu pod okiem specjalisty. Wszelkie kursy kwalifikacyjne i specjalizacje są przewidziane dla osób, które już pracują na bloku. W naszym szpitalu personel bloku operacyjnego posiada wysokie kwalifikacje i jest dobrze przygotowany do asystowania w najtrudniejszych zabiegach operacyjnych, obsługując także wysokospecjalistyczny sprzęt.

mgr Maria Wiśniewska
kierownik Bloku Operacyjnego

Pamięć i jej zagadki cz. 11



Jedna z najciekawszych tajemnic naszej pamięci dotyczy czegoś, co powszechnie doświadczamy. Nie potrafimy przywołać, przypomnieć lub choćby rozpoznać informacji, które powinny tkwić w naszej pamięci. Mówimy wtedy, że coś zapomnieliśmy, że to coś „wyleciało nam z głowy”. Co wiadomo o mechanizmach zapominania?

Każdy może podać liczne przykłady ze swojego życia, kiedy coś zapomniał. Czasem są to banalne sprawy, typu „zapomniałem o wyłączeniu światła”, „zapomniałem zadzwonić”. Niekiedy zapomnienie może być bardziej poważne, a nawet dramatyczne. Słynny muzyk Yo-Yo Ma, po koncercie w Nowym Yorku, zapomniał zabrać z taksówki swoją wiolonczelę wartą 2,5 miliona dolarów. Zdarzyło się tak przez zwykłe roztrągnięcie, gdy uwaga nie zostaje skupiona na ważnej skądinąd rzeczy. Z kolei pewna kobieta w stanie Iowa (USA) została oskarżona o nieumyślne spowodowanie śmierci swojej kilkumiesięcznej córeczki, gdy zostawiła ją w nagrzanym samochodzie, a sama zaprowadziła drugie dziecko do przedszkola. Tu również pojawił się brak uwagi oraz – dodatkowo – zmiana rutyny (typowo młodsze dziecko nie było o tej porze dnia wożone w samochodzie).

Mapa zapominania

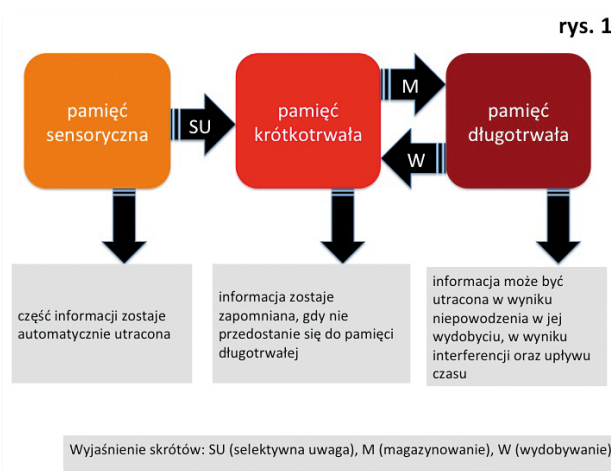
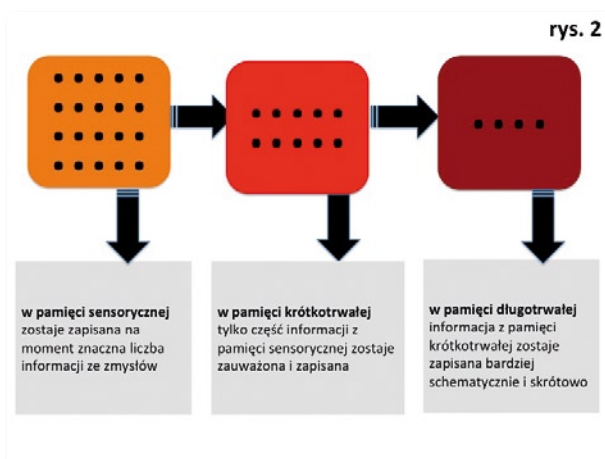
Typowo zapominanie oznacza utratę lub trudność w przypomnieniu, rozpoznaniu lub odtworzeniu zapamiętanej poprzednio informacji. Nie ma czegoś takiego jak jeden mechanizm zapominania. Zamiast tego zapominanie jest raczej zbiorem różnych procesów. Możemy całkowicie utracić niektóre dane pamięciowe, możemy też tylko mieć problem z wydobyciem takich danych, chociaż wiemy, że je pamiętamy (tak się dzieje w zjawisku „mam to na końcu języka”). Wreszcie możemy nieświadomie zmodyfikować lub zniekształcić zapamiętaną

informację i w ten sposób wyeliminować (czyli zapomnieć) jej pierwotną wersję. Za każde z tych zjawisk odpowiedzialne są odmienne mechanizmy poznawcze i neuronalne. Warto dodać, że zjawisko zapominania występuje w wielu chorobach i zaburzeniach. Chyba najbardziej znane są przypadki zapominania w demencji i amnezji.

Zapominanie w czasie

Zjawisko zapominania przez swoją złożoność doczekało się kilku teorii. Może najbardziej znana jest teoria upływu czasu. Zgodnie z tą teorią sam upływ czasu powoduje, że niektóre informacje są bezpowrotnie tracone, a inne są osłabiane. Zmiany pamięciowe w czasie widać zwłaszcza przy zastosowaniu prostego modelu (rys. 1). Informacje środowiskowe i wewnętrzne z różnych zmysłów są zapisywane automatycznie w tzw. pamięci sensorycznej (ultrakrótkiej) przez

okres około 0,5 sekundy. Część z tych informacji jest również automatycznie eliminowana. Pozostała część, na której z jakichś powodów skupiliśmy uwagę wchodzi do magazynu pamięci krótkotrwałej na około 30 sekund. Informacje w pamięci krótkotrwałej mogą być świadomie analizowane. I znowu część z tych analizowanych informacji może zostać zmagazynowana na dłużej w tzw. pamięci długotrwałej. Jeśli takie informacje nie będą następnie odświeżane (wydobywane), to mogą ulec zapomnieniu.



W znacznym uproszczeniu opisany proces zapominania w czasie można przedstawić ilościowo (zob. rys. 2). Każde zapisanie informacji w kolejnych modułach pamięci wiąże się z konieczną utratą wielu informacji. Początkowo zapamiętana ogromna liczba informacji zostaje znacznie uproszczona w pamięci krótkotrwałej i przesłana w postaci jeszcze bardziej skróconej i schematycznej do pamięci długotrwałej. Dlatego będąc na imprezie widzimy i doświadczamy wielu bodźców, ale po powrocie z niej pamiętamy znacznie mniej i w dodatku fragmentarycznie.

Zapominanie związane z upływem czasu świetnie ilustruje tzw. krzywa Ebbinghausa lub tzw. krzywa zapominania (rys. 3). Już w XIX wieku Hermann von Ebbinghaus, podczas zapamiętywania serii bezsensownych sylab, odkrył, że po zakończeniu uczenia się następuje ostry spadek ilości pamiętanych informacji.

W SKRÓCIE

- zjawisko zapominania jest normalnym procesem prawidłowo funkcjonującej pamięci – niektóre informacje są eliminowane lub osłabiane, bo nie są istotne
- istnieją różne teorie wyjaśniające genezę i działanie procesu zapominania
- zapominanie informacji może wynikać z uszkodzenia mózgowia

Następnie ten spadek ulega znacznemu złagodzeniu w miarę upływu czasu.

Nawet jeśli zgodzimy się z założeniami teorii upływu czasu, to i tak pozostają spore wątpliwości. Zapewne każdy z nas jest w stanie podać przykład, że nawet bardzo odległe w czasie informacje mogą znienacka zostać przypomniane. To pokazuje, że upływ czasu nie wyjaśnia

tamy hasło do programu Oddział, wtedy możemy mieć problem z przypomnieniem poprzedniego hasła.

Kod braku dostępu

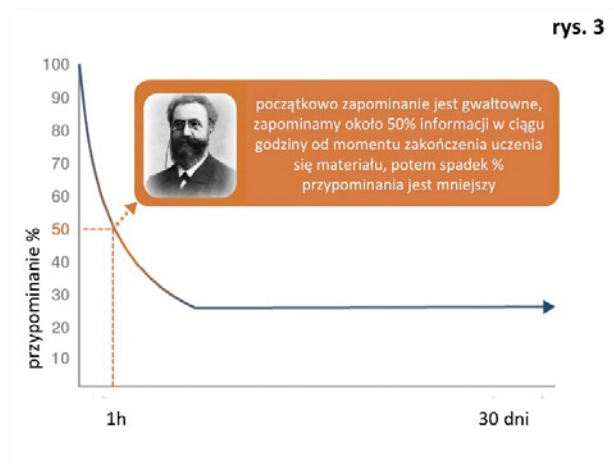
Jeszcze inna teoria zapominania – teoria utraty dostępu – akcentuje nie tyle upływ czasu lub zakłócenia innymi śladami pamięciowymi, ale fakt, że czasami nie potrafimy po prostu wydobyć danej informacji. Jednak

w sprzyjających okolicznościach taka informacja zostanie przywołana. Przykładowo, jeśli zapytać kogoś, co robił wieczorem 3 listopada, to prawdopodobnie nie uzyskamy natychmiastowej odpowiedzi. Dopiero po czasie, gdy osoba zrekonstruuje sobie wydarzenia na skali czasu (np. kalendarz) lub innych wydarzeń, może wydobyć zapomnianą wydawałoby się informację. Taka sytuacja od razu wskazuje na bardzo ciekawe zagadnienie. Jeśli mo-

by eksperymentalne podczas drażnienia prądem kory mózgowej w czasie operacji neurochirurgicznych. Niekiedy uzyskiwano efekty nieoczekiwanego przypomnienia przez częściowo wybudzonego w czasie operacji pacjenta informacji z czasów dzieciństwa, które pacjentowi wydawały się dawno zapomniane

Wyparcie

Ostatnią teorią próbującą wyjaśnić zjawisko zapominania jest koncepcja wyparcia. Najkrócej mówiąc, w tym kontekście chodzi o to, że część informacji możemy zapomnieć, bo nie chcemy jej pamiętać. A jeśli nie chcemy tego, to będziemy mieli tendencję do eliminowania jakichkolwiek informacji przywołujących niechciane sprawy. W efekcie nieprzyjemna informacja ulega zatarciu i subiektywnie jest zapomniana. W badaniu Lindy Evans osoby badane – kobiety wykorzystywane seksualnie w dzieciństwie – miały trudność z przypomnieniem sobie zdarzeń wykorzystywania i w dodatku znacznie gorzej pamiętały takie zdarzenia, jeśli osobą wykorzystującą była osoba z najbliższego kręgu rodzinnego.



rys. 3, źródło – http://www.globalenglish.com/impact/virtuous_learning_cycle. Adaptacja własna

wielu aspektów procesu zapominania i że poza tym istnieją inne jego przyczyny, np. brak odświeżania lub brak uwagi. Będąc w wieku około 6 lat próbowałem zapomnieć czerwony guzik, który położyłem pod tapczanem i od tego czasu co jakiś interwał przypominam tę scenę. Prawdopodobnie nie uda mi się tego zapomnieć, a upływ czasu nie wymaze tego śladu pamięciowego, który paradoksalnie został wzmocniony przez chęć jego wyeliminowania.

Interferencja

Inna teoria wyjaśniająca zjawisko zapominania – teoria interferencji – wskazuje na prostą wydawałoby się obserwację, że jeden ślad pamięciowy może zakłócić inny ślad pamięciowy. Efektem tego jest „zamazanie”, „osłabienie” informacji pamięciowej. Cała zabawa polega w tym kontekście na tym, aby wskazać, który kod pamięciowy zamazuje inny. Może przecież być tak, że poprzednio zapamiętana informacja utrudnia zapamiętanie nowej informacji. Przykładowo, młody mężczyzna może używać imienia swojej poprzedniej dziewczyny zwracając się do swojej nowej dziewczyny. Takie zjawisko nazywamy w psychologii interferencją proaktywną. Jeśli natomiast nowo zapamiętana informacja blokuje poprzednio zapamiętaną informację – czyli odwrotnie – wtedy mamy do czynienia z interferencją retroaktywną. Przykładowo, gdy w końcu zapamię-

żemy przywołać informacje, które wydają się zapomniane, to pamiętamy znacznie więcej niż myślimy. A więc możemy przechowywać w pamięci wiele informacji, które potrzebują tylko odpowiedniego kodu dostępu do zmagazynowanego śladu pamięciowego. Zgodnie z tym nie zapominamy informacji, ale po prostu mamy ograniczony dostęp do niej. Gdy zniesiemy takie ograniczenie, ukryta informacja zostanie przypomniana. Tak jest w sytuacjach, gdy np. pojawia się w pewnym miejscu po długich latach nieobecności i nagle w naszej pamięci występują liczne sceny z dawnych czasów. Podobnie było w przypadku pewnego eksperymentu, gdy osoby badane zapamiętywały listę słów leżąc na kanapie. Okazało się, że gdy zmieniono warunki odtwarzania w stosunku do warunków zapamiętywania (czyli jak badany leżał podczas uczenia się, to teraz stoi lub siedzi podczas odtwarzania), to wyniki były znacznie gorsze, niż gdy oba warunki były identyczne. W tym wypadku kodem dostępu do informacji pamięciowej była zbieżność warunków zapamiętywania i przypomnienia, a kodem braku dostępu – zmiana takich warunków. Warto o tym pamiętać ucząc się do różnych egzaminów – chyba rzadko mamy możliwość leżenia podczas odtwarzania danych przed komisją egzaminacyjną.

Innym dowodem za przechowywanie ukrytych danych pamięciowych są pró-

Koncepcja wypierania informacji z pamięci wskazuje – ogólnie mówiąc – na związek przeżywanych emocji z efektywnością pamięci. Intuicyjnie wydaje się, że silne emocje powinny wzmacniać ślady pamięciowe. Okazuje się, że nie zawsze tak się dzieje – silne pobudzenie emocjonalne może znacznie osłabić dane z pamięci. Dlatego w niektórych przypadkach nie pamiętamy o umówionym i potencjalnie przykrym dla nas spotkaniu, nie pamiętamy imienia osoby dla nas niemiłej, nie pamiętamy o przykrych rachunkach do opłacenia. Nie pamiętamy – bo nie chcemy tego pamiętać i w konsekwencji zapominamy o tym.

W dalszych częściach wrócimy do emocjonalnych mechanizmów zapominania oraz bardzo uciążliwych mechanizmów uporczywej pamięci przeżytej traumy lub zawodu miłosnego.

dr Piotr Markiewicz

CHCESZ WIEDZIEĆ WIĘCEJ?

- Eysenck, H., Eysenck, M. (2003 r.). Zapamiętywanie i zapominanie. W: Podpatrywanie umysłu. Dlaczego ludzie zachowują się tak, jak się zachowują. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 225-236.

Halitoza

Pod pojęciem halitozy rozumiemy obecność nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej. W literaturze medycznej znajdujemy wiele synonimów tego symptomu, m.in. cuchnienie z ust, oddech złowonny, fetor ex ore, fetor oris.

Uporczywy, nieświeży oddech nie jest w towarzystwie uważany za cechę atrakcyjną i halitoza uznana jest oficjalnie za jednostkę chorobową. Istnieje nawet Międzynarodowe Stowarzyszenie Badaczy Woni Oddechu (International Society of Breath Odor Research).

Ocenia się, że problem ten dotyczy 15% do 50% populacji. W krajach o niskim statusie ekonomicznym proporcjonalnie wzrasta odsetek osób, których dotyczy ten problem, a także u osób w wieku podeszłym oraz u chorych z zaburzeniami psychicznymi. Na nieprzyjemny zapach z jamy ustnej częściej cierpią mężczyźni niż kobiety. W populacji dziecięcej oceniono występowanie halitozy na ok. 14% badanych dzieci w wieku 7-11 lat. W ostatnich latach problem halitozy stał się przedmiotem wielu prac badawczych. Wynika to z ogromnego wpływu, jaki ma halitoza na życie codzienne osób nią dotkniętych. Specyficzna natura tego zjawiska może powodować psychiczny i emocjonalny dyskomfort. Obecność i świadomość występowania u danej osoby nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej może prowadzić do obniżenia samooceny, pewności siebie, co skutkuje obniżeniem nastroju, prowadząc nawet niekiedy do stanów depresyjnych.

Dlatego przeciwdziałanie obecności nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej ma długą tradycję w historii ludzkości. Pierwsze pisemne doniesienia o tej przykłej dolegliwości pochodzą z Księgi Hioba (V-III w.p.n.e.). Żucie naturalnych substancji o właściwościach odświeżających oddech było zatem znane już przed wieloma wiekami. Zwykle do tych celów używano goździków, pietruszki, anyżu, cynamonu i nasion guawy. Stosowane płukanki jamy ustnej zawierały mentol, olejek eukaliptusowy i salicylan metylu. Obecnie szacuje się, że sami Amerykanie tylko w jednym roku wydają 1 do 3 mld dolarów na gumy do żucia, miętówki oraz odświeżacze do jamy ustnej. Liczne reklamy tych produktów w mediach powodują dalszy wzrost ich sprzedaży.

Diagnostując ten problem należy uwzględnić występowanie tzw. halitozy fizjologicznej, czyli występowania nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej u osoby zwykle nad ranem, tuż po przebudzeniu. Spowodowane jest to zmniejszoną produkcją śliny w trakcie snu, co obniża klirens (wskaźnik oczyszczania) jamy ustnej i prowadzi do rozwoju flory bakteryjnej wytwarzającej gazy o nieprzyjemnym zapachu.

Warto wspomnieć, że prawidłowy oddech człowieka ma subtelny, lekko słodki zapach, porównywany często do zapachu kwitnących kasztanów. Zapach ten ulega zmianie w zależności od płci, wieku, pory dnia oraz rodzaju stosowanej diety.

W przypadku halitozy patologicznej, a więc wywołanej czynnikami chorobotwórczymi wyróżnia się halitozę pochodzenia ustnego oraz halitozę pozaustną

Warto także wspomnieć o halitozie rzekomej, albo inaczej nazwanej urojonej, z którą mamy do czynienia, gdy osoba rozpoznaje u siebie istnienie nieprzyjemnego zapachu, ale nie znajduje to potwierdzenia w badaniu. Natomiast halitofobia to stan, w którym po leczeniu prawdziwego lub rzekomego odoru z ust, pacjent nadal narzeka na tę dolegliwość. Te zaburzenia mają wyłącznie charakter psychiczny. Wydaje się, że chorzy na halitofobię mogliby na leczenie u psychoterapeutów wydać pieniądze zaoszczędzone na miętowej gumie do żucia, pastylkach odświeżających oraz paście do zębów.

Do najczęstszych przyczyn halitozy patologicznej należą choroby jamy ustnej i zębów (90% przypadków). Wśród nich można wymienić: próchnicę, suchość ust (kserostomię – zmniejszone wydzielanie śliny), zapalenie dziąseł, zapalenie wokół korony wyżynającego się zęba, nadżerki i owrzodzenia błony śluzowej oraz zmiany nowotworowe jamy ustnej, gardła i krtani. Również zapalenie przyzębia, potocznie nazywane paradontozą, powoduje nieprzyjemny odór z jamy ustnej. Główną



przyczyną nieprzyjemnego zapachu z ust są substancje złowonne produkowane przez niektóre gatunki patogennej bakterii, a zwłaszcza tych bakterii, które mają zdolność rozkładania białek i aminokwasów dostarczanych głównie z pokarmami. Produktami tych przemian są: alkohole, diaminy, związki siarki oraz związki tłuszczowe o krótkich łańcuchach. Prawdopodobnie nie tylko obecność określonych bakterii na błonach śluzowych jamy ustnej, ale głównie procentowy udział poszczególnych ich gatunków, mają kluczowy wpływ na obecność nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej.

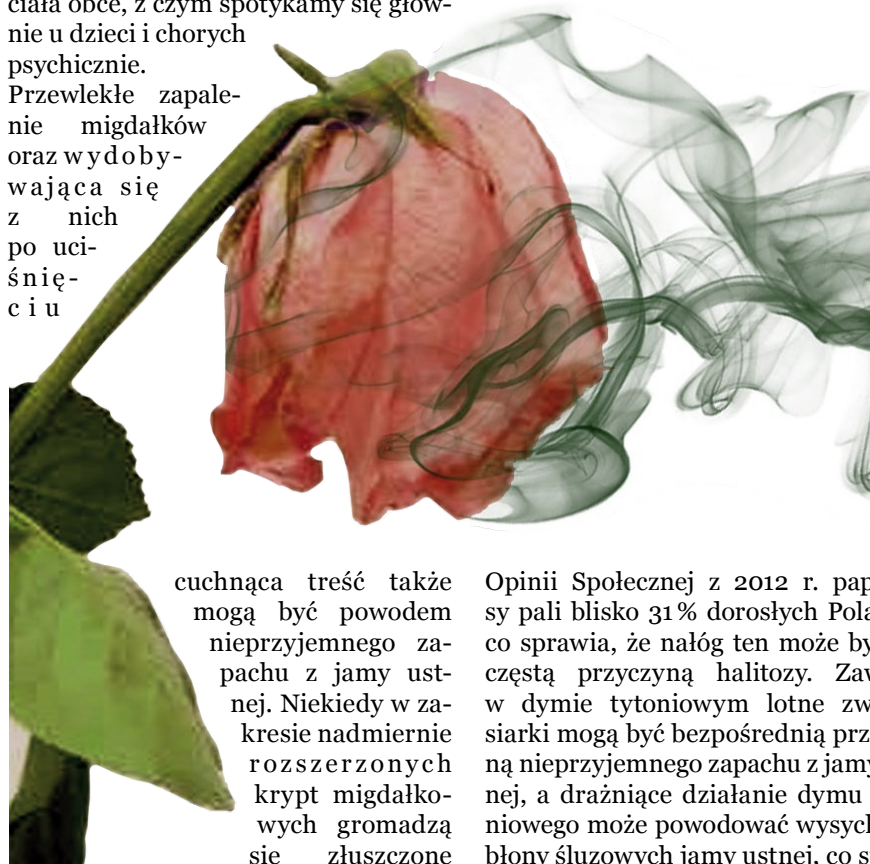
Kolejną przyczyną może być obłożenie języka, dlatego należy czyścić nie tylko zęby i dziąsła, ale także język i policzki. Przykry zapach może być też powodowany przez grzybice występujące w jamie ustnej, a także niewłaściwe uzupełnienia protetyczne w mostach i protezach. Jeśli na przykład most jest nieszczelny, to dochodzi do zalegania resztek pokarmowych. Użytkowana przez wiele lat i nie myta proteza z ogromną ilością kamienia nazębnego może być przyczyną halitozy.

Drugą co do częstości przyczyną nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej są choroby zatok obocznych nosa i jam nosowych

Ostre i przewlekłe zapalenie zatok obocznych nosa, ozena (przewlekły zanikowy cuchnący nieżyt nosa), mogą być przyczyną nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej i jam nosowych. Rozszczep podniebienia i inne deformacje w zakresie twarzoczaszki sprzyjają rozwojowi patogennych szczepów bak-

terii, co wiąże się z towarzyszącą tym stanom halitozą. Przyczyną schorzenia mogą też być niezdiagnozowane i długo zalegające w przewodach nosowych ciała obce, z czym spotykamy się głównie u dzieci i chorych psychicznie.

Przewlekłe zapalenie migdałków oraz wydobywająca się z nich po uciśnięciu



cuchnąca treść także mogą być powodem nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej. Niekiedy w zakresie nadmiernie rozszerzonych krypt migdałkowych gromadzą się złuszczone

naskórki, niestrawione resztki pokarmowe i bakterie. Takie złoگی noszą nazwę czopów retencyjnych i wydzielają nieprzyjemną gnilną woń. Chociaż brak jest jednoznacznych naukowych dowodów, to warto nadmienić, iż w przypadku przewlekłego zapalenia migdałków podniebiennych niektórzy pacjenci po zabiegu ich usunięcia, zgłaszali ustąpienie nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej.

Halitoza może być powiązana z nawykami dietetycznymi oraz stosowanymi używkami

U osób spożywających często złowne potrawy (cebulę, czosnek, niektóre przyprawy, m.in. curry) jest wyczuwalny charakterystyczny, związany z tymi pokarmami zapach z jamy ustnej. Niechlubną sławą szczyli się też azjatyckie drzewo, zwane durianem. Owoce durianu mają nieprzyjemny zapach odczuwalny z daleka, dlatego w pewnych miejscach w Azji (np. w hotelach, gdzie zatrzymują się cudzoziemcy) spotyka się tabliczki z przekreślonym durianem i napisem „no durian”.

Palenie wyrobów tytoniowych oraz spożywanie napojów alkoholowych mogą być przyczyną charaktery-

stycznego, nieprzyjemnego zapachu z ust. Istotny wydaje się być fakt, iż zgodnie z Raportem Centrum Badania

Opinii Społecznej z 2012 r. palenicy pali blisko 31 % dorosłych Polaków, co sprawia, że nałóg ten może być też częstą przyczyną halitozy. Zawarte w dymie tytoniowym lotne związki siarki mogą być bezpośrednią przyczyną nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej, a drażniące działanie dymu tytoniowego może powodować wysychanie błony śluzowej jamy ustnej, co sprzyja rozwojowi bakterii w jamie ustnej.

Objawem niektórych chorób przewodu pokarmowego jest cuchnący oddech

Zaliczamy tu przede wszystkim uchyłkę gardłową Zenkera, prawdopodobnie także chorobę refluksową przełyku, zwężenie odźwiernika oraz dwunastnicy, nowotwory przewodu pokarmowego i chorobę Leśniowskiego-Crohna. Infekcja *Helicobacter pylori* może wiązać się ze zjawiskiem halitozy. Jednakże związek halitozy z wieloma schorzeniami przewodu pokarmowego, wydaje się być niejasny i nadal są niezbędne dalsze badania nad tym zjawiskiem.

Wśród pozaustnych przyczyn halitozy wymienia się m.in. choroby dróg oddechowych, w tym rozstrzenie oskrzeli, przewlekłe zapalenie oskrzeli oraz nowotwory układu oddechowego.

Do bardzo rzadkich przyczyn halitozy zaliczamy choroby systemowe i metaboliczne, szczególnie nieuregulowaną cukrzycę objawiającą się wyczuwalnym z ust zapachem acetonu, będącym wyrazem przemian beztlenowych.



Z podobną sytuacją mamy do czynienia w przypadku mocznicy, z towarzyszącą wyczuwalną wonią amoniaku z ust pacjenta oraz w niewydolności wątroby, w której mówimy o tzw. mysim zapachu.

Przyjmowanie niektórych leków może być powodem nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej

Mogą to być leki przeciwnadciśnieniowe (głównie diuretyki), przeciwhistaminowe, antycholinergiczne, przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne, przeciwparkinsonowskie oraz anksjolityczne. Nieprzyjemny zapach z ust bywa również związany z niedoborem śliny i suchością w ustach, które występują najczęściej u kobiet w okresie menopauzalnym i mają swe źródło w zaburzeniach hormonalnych, albo powiązane są ze stosowaniem diet niskokalorycznych i głodówek. Do niezwykle rzadkich przyczyn halitozy zaliczamy niektóre genetyczne zaburzenia szlaków enzymatycznych, takie jak trimetylaminiuria zwana również zespołem „zepsutej ryby” oraz zespoły przebiegające z hipermetioninemią.

Diagnostyka opiera się o metody subiektywne i obiektywne

Najczęściej stosowane jest badanie organoleptyczne. Badanie to polega na wachaniu i ocenie przez badającego zapachu z ust pacjenta. W celu uniknięcia skrępowania pacjenta można zastosować to badanie z użyciem torby, do której chory wdmuchuje powietrze lub zastosować tekturowy ekran oddzielający badającego od badanego. Odmianą badania organoleptycznego jest test, polegający na wachaniu próbki śliny pacjenta lub osadu nazębnego pobranego szpatułką, albo nalotu z języka.

Badanie organoleptyczne uznaje się za metodę referencyjną do oceny obecności i nasilenia nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej. Jest ono bowiem wysoce czułe i powtarzalne.

Nasilenie halitozy zwykle ocenia się według odpowiednich skal.

Halimetria, która jest metodą obiektywną w ocenie nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej, pozwala na dokładną ocenę zawartości lotnych związków siarki w wydychanym powietrzu. Badanie to wymaga od pacjenta specjalnego przygotowania, ponieważ urządzenie jest niezwykle czułe i łatwo zakłócić jego pracę.

Inną metodą obiektywizującą zjawisko halitozy jest chromatografia gazowa wydychanego powietrza. Badanie to umożliwia dokładną analizę wydychanych gazów zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym. Niestety, ze względu na duże koszty, aparatura ta nie jest stosowana w rutynowej praktyce klinicznej.

Zapobieganie i leczenie halitozy

Większość przyczyn halitozy bierze swój początek w chorobach jamy ustnej, dlatego postępowanie powinno zaczynać się od wizyty u lekarza dentystry oraz leczenia ewentualnych ubytków próchnicznych, czy chorób tkanek miękkich jamy ustnej. Szacuje się, że sam tylko lekarz dentysta może wyleczyć 8 na 10 osób cierpiących z powodu halitozy. Osoby, które poddają się kontrolnym badaniom dentystrycznym co najmniej raz na pół roku mają mniejszą tendencję do halitozy, niż robiące badania kontrolne raz na kilka lat. Rolą lekarza dentystry jest propagowanie zasad prawidłowej higieny jamy ustnej, co jest istotne w zapobieganiu powstawania nieprzyjemnego

zapachu z ust. Stwierdzono, iż osoby, które przeszły program szkolenia dotyczący zasad prawidłowej higieny jamy ustnej i stosowały te zasady w praktyce, miały znacząco niższe stężenia lotnych związków siarki w wydychanym powietrzu w porównaniu z grupą kontrolną.

W świetle obecnej wiedzy szczególnie ważne jest prawidłowe oczyszczanie języka. Szacuje się, że do jednej komórki nabłonkowej grzbietu języka może być przytwierdzone ok. 100 bakterii co sprawia, że jest to niewątpliwie miejsce największej kolonizacji bakterii w jamie ustnej. Oczyszczanie języka daje świetne efekty zwłaszcza w zwalczaniu halitozy fizjologicznej. Do tego celu nie są rekomendowane szczoteczki o twardym włosiu, ani szczotki do języka, ale wyłącznie szczoteczki „miękkie”. Wynika to z faktu, iż zabieg ten nie powinien powodować uszkodzeń błon śluzowych. Zwykle zaleca się jedno lub dwa delikatne przeciągnięcia po grzbietowej części języka bardzo miękką, pozbawioną pasty szczoteczką.



Wykazano, że oczyszczanie języka jest ważniejsze w zwalczaniu nieprzyjemnego zapachu z ust, niż stosowanie płukanek jamy ustnej

Badania wykazały, iż zachowanie prawidłowych zasad szczotkowania zębów, używania nici dentystrycznej oraz oczyszczania języka zmniejszały problem nieprzyjemnego zapachu z jamy ustnej.

Potwierdzono skuteczność stosowania płukanek jamy ustnej z zawartością cynku, chlorheksydyny, nadtlenku wodoru. Stwierdzono jednak, iż chlorheksydyna powoduje powstawanie nalotu nazębnego, a niekiedy też reakcje alergiczne. Nadtlenek wodoru z kolei może powodować podrażnienia błony śluzowej jamy ustnej. Te same doniesienia, oprócz skuteczności, wskazują również na bezpieczeństwo stosowania płukanek zawierających cynk

co sprawia, że stają się one optymalną opcją terapeutyczną.

Uważa się, że leczeniem halitozy fizjologicznej, patologicznej o ustnym pochodzeniu oraz halitozy rzekomej powinni zajmować się lekarze dentyści, natomiast leczenie halitozy pochodzenia pozaustnego, to domena lekarzy różnych specjalności: internistów, lekarzy rodzinnych, otolaryngologów, gastrologów, a także psychiatrów i psychologów.

Odrębnego postępowania wymaga grupa pacjentów z halitozą rzekomą. Osoby te uważają, że cierpią z powodu halitozy, natomiast na podstawie badań wyklucza się jej obecność. W takim wypadku, po dokładnym zbadaniu, pacjent jest poinformowany, że stwierdzany u niego zapach z jamy ustnej nie wykracza ponad społecznie akceptowany pułap. Jednocześnie rozpoczyna się edukację chorego, dotyczącą halitozy oraz zasad właściwej higieny jamy ustnej, posilając się dostępną literaturą.

Na tym etapie istotne jest odróżnienie osób z halitozą rzekomą od pacjentów z halitofobią. Chorzy z halitozą rzekomą zazwyczaj reagują przychylnie na fakt, iż wykluczono u nich obecność nieprzyjemnego zapachu z ust oraz akceptują doradztwo i wsparcie lekarskie. Z kolei pacjenci z halitofobią zwykle odrzucają pomoc lekarską i nie wierzą w prawdziwość takiej diagnozy. Ta grupa chorych wymaga konsultacji i niekiedy leczenia u lekarza psychiatry oraz wsparcia i terapii psychologicznej.

Podsumowując należy podkreślić, że leczenie halitozy jest trudne ze względu na wiele przyczyn będących jej powodem. Wraz z rozwojem wiedzy na jej temat są poszukiwane nowe metody terapeutyczne, które pozwolą na przyczynowe leczenie tej uciążliwej dolegliwości. Jednak dopiero całościowe i interdyscyplinarne podejście do problemu pozwoli na prawidłowe rozpoznanie i skuteczne wyleczenie tej przypadłości. Na tym polu zaznacza się niezwykle ważna współpraca wielu specjalistów. Po dziś dzień problem leczenia halitozy wydaje się być nadal nie w pełni rozwiązany.

dr n. med. **Bogdan Kibiłda**

Opracowano min. na podst. artykułu zamieszczonego w „Terapii” (Terapia 2012 r. 20 nr 6) autora dr. Marcina Braksatora

Transplantologia w Olsztynie ulega transformacjom

Minęła trzecia rocznica pierwszego przeszczepienia nerki w Olsztynie

27 listopada 2010 r. dr Piotr Malinowski wraz dr. Rafałem Dryznerem przeszczepili pierwszą nerkę. To przeszczepienie otworzyło nowy rozdział w historii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. W przeszczepieniu pomagał dr Andrzej Kobryń.

Transplantologia w Olsztynie to dowód na to, że zasada „chcieć to móc” niekiedy się sprawdza. No i oczywiście potrzebna była odrobina przysłowiowego szczęścia. Przy wsparciu Jacka Protasa – marszałka województwa warmińsko-mazurskiego oraz prof. Wojciecha Rowińskiego – konsultanta krajowego ds. transplantologii udało się Irenie Kierkowskiej – dyrektor Szpitala, zrealizować ten pomysł z nadspodziewanym efektem. Wizja rozwoju transplantologii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie nadal jest atrakcyjna. Dzięki wytrwałym staraniom wielu osób nasz Szpital uzyskał akredytację ośrodka przeszczepiania oraz zgodę ministra zdrowia na przeszczepianie nerek. To nie było łatwe! Ministerstwo ostrożnie przyznaje środki finansowe – zwłaszcza dla nowopowstałego ośrodka. Po trzech latach warmińsko-mazurski Program Przeszczepiania Narządów bardzo się

rozwinął. Przeszczepiono już ponad 80 nerek. Stale wzrasta zgłaszalność dawców. Doskonale rozwija się współpraca z innymi szpitalami regionu. W programie uczestniczą Giżycko, Ostróda, Elk, Bartoszyce oraz Szpital MSW w Olsztynie. Do grona współpracujących szpitali dołączył również Akademicki Szpital Kliniczny UWM. To owoc długoletniej, wytrwałej i pełnej poświęcenia pracy pani dr Iwony Podlińskiej – koordynatora ds. transplantacji.

Większość pobrań w regionie to pobrania wielonarządowe

Przyjeżdżają do nas zespoły transplantacyjne z całej Polski, aby pobierać serca i wątroby. Pobrane narządy ratują życie wielu krytycznie chorym, którym konwencjonalna medycyna nie jest w stanie pomóc. Ostatnio zespół transplantacyjny z Olsztyna pobrał samodzielnie wątrobę. W pobraniu uczestniczył



Pobranie Nerki

dr Przemysław Puszkiewicz. Znieczulił dr Romuald Fidrych, który wspaniale zdołał utrzymać do końca operacji stan hemodynamiczny dawcy. Potrzebne były dodatkowe płyny perfuzyjne. Dramatyczną sytuację uratowała kierowniczka Apteki pani Wanda Długi, która pomimo późnych godzin wieczornych, przyjechała natychmiast do szpitala, aby wydać płyny z apteki. Wątroba została wysłana do Warszawy i przeszczepiono ją w Klinice Uniwersyteckiej WUM. Była potrzebna do pilnej retransplantacji. Podjęła funkcję natychmiast po przeszczepieniu. Dzięki pobraniu w Olsztynie zespół pana prof. Marka Krawczyka uratował jeszcze jedno życie.

Pomagamy ciężko chorym pacjentom

obciążonym wieloma przewlekłymi chorobami, które trzeba leczyć równolegle, aby przeszczepiona nerka mogła przeżyć. Nie jesteśmy selektywni w wyborze biorców do przeszczepu. Dajemy szansę każdemu choremu. Wielu pacjentów przyjeżdża z cukrzycą, z przewlekłą chorobą wieńcową, po przebytych zawałach serca, po założeniu stentów do naczyń wieńcowych. To niełatwi do prowadzenia chorzy! Nasi kardiolodzy i diabetolodzy dzielnie pomagają nam w prowadzeniu takich pacjentów.



Jedna z prac nadesłanych na konkurs plastyczny „Uchwycić to co ulotne... Czas dla transplantacji” 10-14.10.2012 r.

Przeszczepiamy nerki pacjentom w różnym wieku. Najstarszy przeszczepiony chory miał 82 lata. Niedawno odwiedził nasz ośrodek, aby wyrazić swoją wdzięczność za doskonałą opiekę pielęgniarską i wysoki profesjonalizm. Cieszy się z bardzo dobrej funkcji przeszczepionej nerki i jest naszym oddanym ambasadorem, promującym ośrodek olsztyński w środowisku małopolskim.

Mamy też wiele sukcesów chirurgicznych

Przed rokiem przeszczepiliśmy nerkę podkowiastą z ośmioma tętnicami. To była trudna i rzadko wykonywana na świecie operacja. Zastosowaliśmy unikalne, własne i oryginalne rozwiązanie. Nerka funkcjonuje doskonale.

Wielu naszych chorych jest wysokoimmunizowanych. Wymagają skomplikowanego leczenia surowicą antylimfocytarną. Ryzyko powikłań jest bardzo wysokie. Ale jakoś sobie z tym problemem radzimy, dzięki doskonałej współpracy z naszym szpitalnym laboratorium mikrobiologicznym oraz we współpracy z Departamentem Wirusologii Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie. W zakresie wirusologii posługujemy się nowoczesnymi metodami diagnostycznymi z dziedziny biologii molekularnej, których zazdroszczą nam inne ośrodki. Wykonaliśmy również wiele retransplantacji – po drugim i trzecim przeszczepie nerki.

Dział Diagnostyki Laboratoryjnej wykonuje wszelkie, niezbędne w transplantologii, badania. Mamy możliwość codziennego monitorowania stężeń stosowanych leków immunosupresyjnych: inhibitorów calcyneuryny (Cyclosporyna, Tacrolimus), inhibitorów m-TOR (Sirolimus) oraz kwasu mykofenolowego (MPA). To bardzo ułatwia leczenie chorych, dzięki czemu wychodzą oni z naszego szpitala z doskonałą czynnością przeszczepionej nerki.

Nasi pacjenci

Wielu naszych chorych utrzymuje z nami stały kontakt. Telefonują do nas, nawet po 2-3 latach, aby wyrazić swoją wdzięczność i pochwalić się dobrą funkcją przeszczepionej nerki. Wspominają z przyjemnością pobyt w Olsztynie i mówią, że takiej opieki nigdzie nie mieli i nie mają. Nasi lekarze z Poradni Transplantacyjnej bardzo troskliwie opiekują się pacjentami po przeszczepie. Wprowadziliśmy unikalny system monitorowania chorego po przeszczepie nerki. Dokumentacja ambulatoryjna jest wyczerpująca i bardzo dokładna. Często korzystamy z konsultacji specjalistów

z innych dziedzin: kardiologów, diabetologów, endokrynologów, okulistów, laryngologów, ginekologów, ortopedów, onkologów

Praca transplantologa nigdy się nie kończy

Ostatnio kilkakrotnie zdarzyły się serie przeszczepień. To szczególna specyfika transplantologii. Niczego nie da się zawczasu przewidzieć i zaplanować. Kiedy pojawia się dawca – trzeba pracować. Nieważne, czy to noc, czy dzień. Nie liczą się święta, weekendy, imieniny – konieczna jest bezwzględna dyspozycyjność. Właściwie praca transplantologa nigdy się nie kończy. No i ten ogrom pracy logistycznej poprzedzającej każde przeszczepienie – błyskawiczne organizowanie zespołów chirurgicznych, wzywanie biorców, natychmiastowe przyjęcie do szpitala, zlecenia przedoperacyjne, zamawianie krwi! Transplantologia kliniczna to klasyczny przykład interdyscyplinarnej pracy zespołowej, wymagającej precyzyjnej, dynamicznej koordynacji.

Niedawno ponownie przeszczepiliśmy 4 nerki w ciągu 24 godzin. Dwa pobrania i 4 przeszczepienia. Rozpoczęliśmy o godzinie 23:00 od pobrania wielonarządowego (serce, wątroba, nerki). Przyjechały zespoły transplantacyjne z Warszawy – z Instytutu Kardiologii w Aninie po serce oraz z CSK WUM z Banacha po wątrobę. My pobieraliśmy nerki. W chwilę potem, nieoczekiwanie, kolejny dawca zaczął się załamywać. Anestezjododzy alarmowali, aby natychmiast pobierać. Trzeba było zmienić wszystkie plany. Ponownie pobraliśmy nerki.

A potem – przeszczepienia – i to w jak najszybszym czasie, aby skrócić czas niedokrwienia nerek do minimum. Wszyscy byli już bardzo zmęczeni. Ale udało się! Wszystkie nerki funkcjonują. Biorcy nerek chodzą po korytarzu szpitalnym i uśmiechają się do nas. Są wdzięczni! Zaufali nam i nie spotkało ich rozczarowanie. To dla nas bardzo ważne! Jesteśmy już przygotowani do przeszczepiania znacznie większej liczby nerek niż dotychczas – może 50, może 70 rocznie! Wiele jednak jeszcze pozostało do zrobienia, aby system stał się w pełni wydolny.

Cieszy nas, że olsztyński ośrodek transplantacyjny, zaledwie po 3 latach działalności, zdobył sobie godne miejsce w kraju. Jest już rozpoznawalny, szanowany i ceniony przez środowisko transplantologiczne, a co najważniejsze, również przez pacjentów. Pod względem liczby pobrań wysunęliśmy się na czwarte miejsce w Polsce. Tym wszystkim, którzy przyczynili się do sukcesu, a zwłaszcza pani Dyrektor Irenie Kierzkowskiej, serdecznie dziękuję.

dr Andrzej Kobryń





Przeżyjemy to jeszcze raz –

Dla wszystkich Pracowników naszego Szpitala

Po trzech latach realizacji, **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie zakończył realizację projektu, pod nazwą: „Modernizacja Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie poprzez rozbudowę istniejącego głównego budynku szpitalnego na potrzeby bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni”, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2007-2013.**

Od końca lat 80., czyli w czasach Polski samorządowej, jest to największa inwestycja w ochronie zdrowia na Warmii i Mazurach. Wreszcie mamy szpital porównywalny z najlepszymi placówkami leczniczymi w Europie. Dumni jesteśmy z tego, że podnieśliśmy bezpieczeństwo i komfort pacjentów.

Nasz nowoczesny Blok Operacyjny i Centralną Sterylizatornię w pierwszej kolejności chcieliśmy zaprezentować i udostępnić do zwiedzania pracownikom WSS w Olsztynie, dlatego w czwartek, 14 listopada 2013 r. nasza kadra tłumnie przybyła na uroczystość do sali audytoryjnej w nowym skrzydle szpitala. Na spotkanie zaprosiliśmy również ordynatorów i lekarzy oddziałów zabiegowych z innych szpitali w województwie. Ciepłymi słowami, wyrazami uznania i podziękowaniami za zaangażowanie w realizację tego przedsięwzięcia powitała wszystkich Irena Kierzkowska, dyrektor Szpitala. Zanim jednak przybyli na uroczystość goście sami przekonali się, jak nowoczesny jest nowy obiekt, zaproszono wszystkich do obejrzenia filmu „Rozwijamy skrzydła”, który w trakcie 20 minut przedstawił wszystkie etapy realizacji projektu, ludzi dzięki którym obiekt powstał, a także lekarzy specjalistów, operatorów, którzy zdradzili swoje plany, dotyczące rozwoju wykonywanych przez siebie świadczeń.

Po takiej prezentacji przybyłym na spotkanie gościom pozostało samodzielnie ocenić efekt tych 3-letnich prac. Wszyscy udali się więc na zwiedzanie bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni. We wszystkich pomieszczeniach czekali na zwiedzających gospodarze, czyli przyszli użytkownicy obiektu: lekarze, pielęgniarki, instrumentariuszki/sze, specjaliści ds. epidemiologii, pracownicy centralnej sterylizatorni, którzy opowiadali o nowinkach technologicznych, sprzęcie nowej generacji, procedurze postępowania z pacjentem.

Uwieńczeniem wrażeń, których doświadczano, był wielki tort z przedstawioną wizualizacją obiektu, jako symbol wspólnego, zespołowego sukcesu. Po uroczystości, każdy z przybyłych wracał z upominkiem okolicznościowym, który mógł sobie wybrać spośród gadżetów, takich jak: podkładka na biurko, terminarz biurkowy, pen-drive, deska z klipem. Dodatkowo na pamiątkę każdy otrzymał specjalne wydanie „Pulsu Szpitala”.



uroczyste otwarcie bloku operacyjnego

**Czujemy
dumą
i satysfakcję**

Budowa bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni jest najbardziej strategiczną inwestycją od początku funkcjonowania naszego Szpitala, czyli od 1970 r.

Zakończenie realizacji tak ważnego przedsięwzięcia jest powodem do dumy, ale również i do podziękowań wielu osobom, które miały swój wkład w ten sukces. Dlatego w piątek, 15 listopada, zorganizowaliśmy uroczystą konferencję związaną z otwarciem Bloku Operacyjnego i Centralnej Sterylizatorni dla władz państwowych, regionu, miasta, kadry zarządzającej placówkami ochrony zdrowia, firmami współpracującymi ze Szpitalem, kadry kierowniczej naszej jednostki, jak również dla mediów.

Swoją obecnością zaszczyliło nas wiele znamienitych gości, między innymi Andrzej Sopliński, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, Marian Podziewski, wojewoda warmińsko-mazurski, Jacek Protas, marszałek województwa warmińsko-mazurskiego, Andrzej Zakrzewski, dyrektor W-M OW NFZ w Olsztynie. Uroczystość rozpoczęła się powitaniem gości i poświęceniem nowego skrzydła Szpitala przez ks. Arcybiskupa Seniora Edmunda Piszczę. Po wspólnym przecięciu wstęgi, goście zostali zaproszeni do zwiedzania obiektu w asyście pracowników Szpitala, którzy tego dnia przyjęli rolę przewodników. Jak duże było zainteresowanie naszych gości nowym blokiem operacyjnym i centralną sterylizatornią świadczy fakt, iż na dalszą część konferencji w sali audytoryjnej, goście pojawili się dopiero po 1,5 godzinie. Osoba prowadząca spotkanie zaprosiła chętne osoby do wygłoszenia krótkich przemówień. Nie brakowało w tym miejscu licznych słów uznania, gratulacji i kwiatów od naszych gości. Kolejnym punktem spotkania była emisja filmu: „Rozwijamy skrzydła”, dobrze już znanego naszym pracownikom, po której Andrzej Sopliński, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, uroczystie wręczył Irenie Kierzkowskiej certyfikat akredytacyjny.

Następnie prof. dr hab. n. med. Andrzej Zawadzki, w trakcie swojego krótkiego wykładu, starał się zapoznać przybyłych ze współczesnymi wyzwaniem dla Zintegrowanego Systemu Ratowania Życia z uwzględnieniem ośrodków politraumatologii.

Uwieńczeniem spotkania był koncert muzyki klasycznej, w wykonaniu duetu Filharmonii Olsztyńskiej: Małgorzaty Dziadzio, harfistki i Anny Kłosowskiej Gryc, flecistki.

W związku z tym, że na Szpitalu ciążył obowiązek poinformowania opinii publicznej o oddawanym właśnie do użytku przedsięwzięciu, dofinansowanemu ze środków unijnych, poprzedzającą uroczystość w tym dniu była konferencja prasowa z udziałem: Jacka Protasa, marszałka województwa warmińsko-mazurskiego, Ireny Kierzkowskiej, dyrektora WSS w Olsztynie, Stefana Barabasza, za-cy dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych, Dariusza Onichimowskiego, lekarza naczelnego Szpitala, Marii Wiśniewskiej, kierownika bloku operacyjnego, Moniki Małoń, kierownika centralnej sterylizatorni i Elżbiety Majchrzak-Kłockiej, koordynatora projektu.



Przeżyjmy to jeszcze raz – uroczyste otwarcie bloku operacyjnego

Dla Mieszkańców Warmii i Mazur

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie istnieje od 43 lat. Jest jednostką odwoławczą o wysokim stopniu specjalizacji. Leczy się tu przypadki trudne, najcięższe z całego województwa, musi on więc spełniać wszystkie, nawet najnowsze standardy i normy. A to wszystko zobowiązuje do świadczenia usług na coraz to lepszym poziomie. **Z okazji tak wielkiego przedsięwzięcia nie mogliśmy zapomnieć również i o mieszkańcach Olsztyna.** Wiedząc, że jest to jedyna okazja, aby zobaczyć i zwiedzić najnowszy blok operacyjny, w którym lekarze specjaliści niejednokrotnie będą walczyć o życie i zdrowie ludzkie, zorganizowaliśmy w sobotę, 16 listopada

Dni Otwarte dla wszystkich mieszkańców Warmii i Mazur.

Zainteresowanie nowym obiektem przeszło nasze najśmielsze oczekiwania. Blok przyszedł zobaczyć pokazne grupy studentów, uczniów, rodziny z dziećmi, małżeństwa, osoby starsze. Wszyscy chcieli obejrzeć sale niezapełnione jeszcze pacjentami, błyszczące czystością i nowością, naszpikowane nowoczesną aparaturą. Na przybyłych czekały kawa, soki i słodkości. Każdy otrzymał też od nas pamiątkowe wydanie okolicznościowego „Pulsu Szpitala”. Wychodząc ze Szpitala, odwiedzający mieli na twarzach wypisane onieśmienie, ale też i dumę, a dzieci zęgały nas słowami, że w przyszłości chcą zostać lekarzami i pracować w tak nowoczesnym Szpitalu.

Magdalena Kantorczyk



Sukces tkwi w pracy zespołowej

Wszyscy z podziwem patrzą na nowoczesne sale, błyszczący nowością sprzęt specjalistyczny, zastosowane innowacje technologiczne. W tym miejscu, gdzie teraz stoi nowe skrzydło Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, jeszcze niedawno rosły strzeliste topole, a pomiędzy nimi rozpościerała się ścieżka łącząca Dział Techniczny z Administracją Szpitala. Postawienie tak specjalistycznego obiektu w sektorze służby zdrowia wymagało pracy, wiedzy, doświadczenia i zaangażowania wielu ludzi.

– Aby zdobyć tę potrzebną wiedzę, pojechaliliśmy z całą delegacją do kilku szpitali w Polsce, które posiadały już w swojej strukturze nowoczesną salę operacyjną – mówi Marek Zawisza, kierownik Działu Technicznego WSS w Olsztynie. – Swoją wycieczkę po Polsce zaczęliśmy od Salmedu, czyli od największych targów medycznych w Polsce, które kompleksowo prezentują ofertę wiodących producentów i dostawców nie tylko aparatury, ale także pełnego wyposażenia placówek medycznych. To było jak zdenerowanie z nowoczesnością w porównaniu z tym, co znaleźliśmy z własnego szpitala. Jednak to były tylko targi, a my chcieliśmy zobaczyć te zastosowania już w konkretnych Szpitalach, aby wiedzieć, z czego tamtejszy personel medyczny jest zadowolony, a co jest mankamentem sal operacyjnych.

– Chcieliśmy zobaczyć nowe rozwiązania technologiczne, żeby przenieść je na nasz grunt, a także żeby mieć większą wiedzę w perspektywie budowy tak specjalistycznego i dużego bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni, jaka była przed nami – dodaje Stanisław Pyśk, inspektor nadzoru budowlanego WSS w Olsztynie.

Jak się okazuje zupełną nowością było połączenie wiedzy budowlanej z wiedzą dotyczącą sprzętu medycznego, a w niektórych sytuacjach i z medycyną. Bo już na etapie projektowania należało zaplanować i uwzględnić rozwiązania i odpowiednie udogodnienia dla operatorów w określonych specjalizacjach zabiegowych, jak również wiedzieć, w jakiej sali operacyjnej i w którym miejscu ulokować każdą sztukę sprzętu montowanego na stałe. A w związku z tym, jak i gdzie poprowadzić określone instalacje. Tu nie było miejsca na pomyłkę.

– Na początku nikt z nas nie miał koncepcji, jak to wszystko ma wyglądać – wspomina Marek Zawisza. – Jednak obserwacje, które poczyniliśmy podczas naszych wizyt w Szpitalach przyniosły zamierzony efekt.

– Bo pomogły nam w podejmowaniu decyzji odnośnie tworzenia koncepcji projektu bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni, wiedzieliśmy już jak chcemy, aby to wyglądało, zdobyta wiedza pomogła nam również w późniejszych rozmowach z projektantem – dodaje Stanisław Pyśk. – Tak naprawdę dzięki temu, co zobaczyliśmy w innych szpitalach, stworzyliśmy koncepcję naszego projektu.

Opracowane dokumenty, w których podany został m.in. sposób rozwiązywania zagadnień technicznych, ekonomicznych i organizacyjnych oraz koszt wykonania projektowego obiektu trafiły do Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia.

– To było dla mnie ogromne wyzwanie i zupełna nowość – wspomina Stanisława Masłowska, kierownik Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia WSS w Olsztynie. – W instytucji takiej, jak nasza, przeprowadzenie procedury w trybie konkursu, gdzie nagrodą miało być udzielenie zamówienia na projekt, pojawia się raz na kilkanaście, jeśli nie więcej, lat. W 2007 r. nie miałam jeszcze takiego doświadczenia, jak obecnie, dlatego w przygotowaniu i przeprowadzeniu konkursu na wybór

wykonawcy projektu pomagała mi firma zewnętrzna.

Do ogłoszonego konkursu wpłynęło wiele propozycji. Wspólnymi siłami udało się wyłonić wykonawcę, chociaż koncepcje były urozmaicone i złożone.

– Pamiętam, że jeden koncept odrzuciliśmy z góry, gdyż w tamtym czasie w Polsce nie stosowano takich rozwiązań organizacyjnych, jakie w nim zastosowano – mówi Stanisława Masłowska.

– Cały blok operacyjny zlokalizowany był na niskim parterze obecnego budynku głównego Szpitala, zajmując tym samym powierzchnię SOR i OIT. Łądownisko przewidziano w zupełnie innym miejscu, łącząc je z SOR specjalnym rękawem do transportu pacjentów. To była nowość z zachodu, której nie umieliśmy w tamtym czasie docenić. Dzisiaj, bogat-

si w wiedzę i doświadczenie wiemy, że byłaby to dla nas bardzo dobra koncepcja. Jednak Szpitalowi zależało na tym, aby tworząc zupełnie nowy blok operacyjny, przy okazji zyskać dodatkową powierzchnię użytkową.

Kolejnym etapem w tym przedsięwzięciu po odbiorze projektu było postępowanie na roboty budowlane. Dokumentacja była bardzo wymagająca, a wpływające zapytania, w przeciwieństwie do typowych postępowań nie ułatwiały, ale niejednokrotnie wproważyły w zakłopotanie członków komisji przetargowej, jak i projektanta.

– Do pracy w Dziale Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia w WSS w Olsztynie przyszedłem w 2010 r. i akurat trafiłem na moment, kiedy musiałem skopiować całą dokumentację przetargową związaną z blokiem operacyjnym i centralną sterylizatornią, a był jej ogrom – mówi Michał Żurek, referent ds. zamówień publicznych. – Zostałem wyznaczony do pomocy przy postępowaniu dotyczącym robót budowlanych. Już na samym początku czułem, że nie będzie to proste zadanie - choćby ze względu na mnogość zagadnień i realizowanych w ramach budowy branż. Po tych 3 latach wiem już, że takie inwestycje nie kończą się na jednym lub dwóch, dużych postępowaniach przetargowych, ale niosą za sobą również wiele pracy, związanej z dodatkowymi postępowaniami na wszelkiego rodzaju dodatkowe roboty, projekty, bez których nie udałoby się zakończyć budowy w sposób prawidłowy. To nie tylko zorganizowanie przetargu na wykonawstwo, przecięcie wstęgi i pozowanie do zdjęć na tle gotowego obiektu.

Z każdym miesiącem widać było postęp prac budowlanych. Zniknęły rosnące za Szpitalem drzewa, wyrównano teren, zaczęto przesuwować łądownisko dla śmigłowców ratunkowych. Na placu budowy pojawiły się biura głównego wykonawcy robót. Wprowadzono ciężki sprzęt. Różne kolory uniformów pracowników budowy mówiły o tym, jak wiele ekip branżowych pracuje nad tym, aby postawić ten budynek do końca. Stopniowo nowe skrzydło nabierało obecnego kształtu.

” Chcieliśmy zobaczyć nowe rozwiązania technologiczne, żeby przenieść je na nasz grunt

Trzy ostatnie lata, zarówno dla pracowników Działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia, jak i dla pracowników Działu Technicznego i Administracji, to ciągłe analizy dokumentów i zestawianie ich z przepisami prawa, występowanie o zgody, pozwolenia, przekopywanie ton papierów w poszukiwaniu różnych zapisów, często praca wieczorami i w weekendy. A przecież każdy z nich miał jeszcze dodatkowe, codzienne zadania do re-

” Zakupiono aż ponad 900 sztuk sprzętu medycznego

alizacji, wynikające z zakresu obowiązków. Nikt nie był oddelegowany tylko do tego przedsięwzięcia, więc dodatkową sztuką była umiejętność pogodzenia narastających się zadań i obowiązków. – W trakcie realizacji tej inwestycji brak mojego doświadczenia został zrekomensowany w dużej mierze wiedzą i kierunkowym wykształceniem, jakie posiadałem – dodaje Michał Żurek. – Uczestnicząc w różnych spotkaniach, słysząc branżowe określenia wiedziałem od razu o co chodzi, nie musiałem tracić czasu na zaznajamianie się z tematem od podstaw.

– Dla Zamówień Publicznych było to bardzo duże wyzwanie, w wielu kwestiach korzystaliśmy z wiedzy i doświadczenia naszych inspektorów budowlanych, jak i Marka Zawiszy – dodaje Stanisława Masłowska. – Panowie reprezentują zupełnie inny świat – stricte techniczny, a my pilnujemy dokumentacji, czyli działki, której nikt nie lubi.

Jednak dzięki wielu miesiącom ciężkiej pracy i wspólnego pochylania się nad stosami dokumentów wypracowano skuteczne metody działania i rozwiązywania pojawiających się problemów, które ułatwiły pracę wielu grupom ludzi realizujących inwestycję.

– Zdobyliśmy ogromne doświadczenie poprzez konieczność sprostania różnym, nieprzewidzianym sytuacjom, którego nie bylibyśmy w stanie osią-

gnąć przy zwykłych remontach oddziałów, z którymi mieliśmy wcześniej do czynienia – dodaje Stanisława Masłowska. – Ta praktyka i wiedza na pewno będą miały swoje przełożenie na naszą dalszą pracę.

– Myślę, że przy następnym realizowanym przez szpital dużym zadaniu, mając już tę praktykę, pójdzie nam sprawniej – dodaje Marek Zawisza. – Zdobyliśmy taki warsztat i wiedzę, jakiej w żadnej książce nie da się wyczytać. To jest niesamowicie cenne doświadczenie.

Obiekt, który powstał jest niezwykle skomplikowany technicznie i technologicznie. Został nasycony instalacjami gazów medycznych, dzięki którym będzie można dostarczać zarówno tlen medyczny, sprężone powietrze medyczne i techniczne, gazy anestetyczne, jak i próżnię.

– W pracach brał udział specjaliści z praktycznie wszystkich branż występujących w sferze bu-

dowlanej – mówi Stanisław Zadykiewicz, inspektor nadzoru budowlanego WSS w Olsztynie. – Zmierzenie się z tą inwestycją to było dla mnie zupełnie nowe i trudne wyzwanie, bo nigdy nie miałem nic wspólnego z budownictwem w służbie zdrowia, dlatego jest to znakomite doświadczenie zawodowe.

– Mimo, że od przeszło 37 lat mam do czynienia z różnymi inwestycjami w sektorze służby zdrowia, jestem na bieżąco ze wszelkimi przepisami odnośnie budownictwa, to i dla mnie było to wielkie wyzwanie, ze względu chociażby na ogrom pracy (ciągłe narady budowlane, narady z biurem projektów), czy nowoczesność dokumentacji – mówi Stanisław Pyśk. – W ostatnich latach Szpital przechodził wiele remontów i modernizacji, tworzyliśmy specjalistyczne sale, chociażby blok operacyjny dla oddziału kardiochirurgii, czy intensywną terapię, ale to był tak naprawdę przedsmak tego, co nas czekało w związku z budową bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni. W tej inwestycji wprowadziliśmy dużo nowych rozwiązań (np. dekontaminację), z którymi wcześniej nie mieliśmy do czynienia.

Bardzo ważnym elementem całej inwestycji było wyposażenie nowopowstałego budynku w sprzęt i aparaturę medyczną, niezbędną dla prowadzenia działalności

medycznej. Już na etapie planowania w projekcie techniczno-budowlanym

uwzględniono każdy rodzaj planowanej do zakupu aparatury medycznej oraz pełnego wyposażenia bloku. W sumie zakupiono aż ponad 900 sztuk sprzętu medycznego.

– Na początku musieliśmy poznać ten sprzęt specjalistyczny, zaznajomić się z jego parametrami technicznymi, wymaganiem, wiedzieć który rodzaj zamontować w ścianach, a który w stropach i dostosować do niego nasz projekt – mówi Marek Zawisza. – Oczywiście były sytuacje, w których okazywało

się, że jakiś niezbędny do pracy sprzęt nie został uwzględniony w projekcie, czy innym razem musieliśmy zmierzyć się z błędami w dokumentacji w projekcie już w trakcie realizacji zadania. Mimo wszystko najtrudniejsza w tym wszystkim była presja czasu, gdyż wszelkie mankamenty błyskawicznie musieliśmy poprawiać, aby wykonawca nie tracił czasu i nie miał przestojów w realizacji inwestycji. W trakcie tworzenia dokumentacji prowadziliśmy rozmowy z „właścicielami” sal operacyjnych, czyli z ordynatorami oddziałów każdej specjalności zabiegowej, począwszy od tego, jaki sprzęt chcieliby, aby



Od lewej: Grzegorz Olszewski, Marek Zawisza, Stanisława Masłowska, Michał Żurek, Tomasz

został zakupiony na nowy blok, poprzez wybór koloru dla ich sali operacyjnej – dodaje Marek Zawisza.

Zanim jednak specjalistyczna aparatura trafiła do Szpitala, cała dokumentacja musiała przejść przez Dział Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia.

– To były trudne przetargi ze względu na różnorodność sprzętu, który mieliśmy zakupić. Wachlarz tematyczny urządzeń był bardzo duży, począwszy od respiratorów, stoły operacyjne, wózki do transportu, kolumny anestetyczne, poprzez sprzęt do centralnej sterylizatorni – mówi Stanisława Masłowska. – Nad opisem każdego sprzętu musieliśmy się pochylić i go dopracować, oczywiście we współpracy z przyszłymi użytkownikami, czyli z lekarzami i pielęgniarkami. Poza tym wspólnie z pozostałymi działami musieliśmy rozwiązać problemy związane z dostawami, aby zgrać

je z odbiorami, zorganizować przestrzeń magazynową, dopilnować postanowień umów, szkoleń dla personelu odnośnie użytkowania sprzętu. W całym procesie zakupu sprzętu medycznego ogromną rolę odegrali również magazynierzy, którzy czuwali nad prawidłowością odbiorów aparatury i sprzętu medycznego. Wiedzieliśmy, że lekarze mają swoje preferencje odnośnie sprzętu, bo przecież oni na nim pracują, jednak dla nas priorytetem było sporządzenie na tyle konkurencyjnych opisów zamówienia, aby kupić nowoczesną i bardzo dobrą aparaturę, która posłuży wielu specjalnościom – dodaje Stanisława Masłowska.



za, Stanisław Pyśk, Stanisław Zadykowicz, sz Bartzak

– W trakcie realizacji inwestycji zorganizowaliśmy w sumie 5 dużych, kilkumilionowych postępowań przetargowych i kilkanaście dodatkowych. Nad opracowywaniem specyfikacji istotnych warunków zamówienia na sprzęt specjalistyczny trwale montowany na salach pracował również Dział Aparatury Medycznej.

– Wspólnie z lekarzami, informatykami oraz Działem Zamówień Publicznych weryfikowaliśmy złożone oferty – mówi Grzegorz Olszewski, kierownik Działu Aparatury Medycznej. – Z kolei w okresie samego uruchomienia nadzorowaliśmy procesy montażu, sprawdzaliśmy, czy przebiega on prawidłowo, zgodnie ze złożoną ofertą wykonawcy, który wygrał postępowanie przetargowe. Zainstalowanych nowych urządzeń samą tylko aparatury medycznej jest ponad 400. Cały sprzęt został wpisany do

ewidencji szpitalnej, z kolei Dział Księgowości wpisał go do ewidencji księgowej, a następnie my wprowadziliśmy go do planu przeglądów rocznych nowo zainstalowanych urządzeń. Teraz pozostało nam sprawowanie pieczy nad ich prawidłową pracą.

Nowy blok operacyjny i centralna sterylizatornia to nowa jakość Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. Te sterylne i nowoczesne pomieszczenia poprawiają zarówno komfort pracy personelu medycznego: lekarzy i pielęgniarek, jak też jakość obsługi w trakcie operacji pacjentów. Dzięki nowemu blokowi lekarze specjaliści lepiej wykorzystują swoje umiejętności. Bez pośpiechu będą mogli wykonać nawet najbardziej czasochłonne zabiegi, rozwijać swoje umiejętności w chirurgii małoinwazyjnej, czy laparoskopowej. Z większą swobodą będą mogli także planować nowe typy operacji, np. endoskopowe, videoskopowe, czy procedury wysokospecjalistyczne z zakresu transplantologii. Co czują teraz nasi współtwórcy, kiedy w pełnej krasie stoi już to nowe, czwarte skrzydło budynku głównego WSS w Olsztynie?

– Czujemy się współtwórcami tego przedsięwzięcia, bo wszystkie fundusze, czyli ponad 70 mln zł przeszło przez nasz dział, poczynając od wyboru firmy projektowej, kończąc na zakupie tak drobnej rzeczy, jaką jest żarówka. Czuje, że zostawiłam tam część siebie. I dumę z tego, że przysłużyłam się do tego, by powstał ten nowoczesny blok, który będzie służył wielu pokoleniom ludzi – podsumowuje Stanisława Masłowska.

– Czuję dumę, i wiem, że mogę chwalić się tym obiektem – mówi Marek Zawisza. – W metrze kwadratowym tego budynku jest takie nasycenie różnego rodzaju instalacjami, jakiej nie ma w całej powierzchni żadnego innego oddziału. A ja wiem, gdzie są położone instalacje, gdzie są poprowadzone różne kable, rurki, wiem, gdzie można wbić gwóźdź, żeby nic się nie stało. Ten blok znam na pamięć.

– Jest wiele elementów, które z mojego punktu widzenia można by poprawić, np. elewacja zewnętrzna, która nie pasuje do budynku, pewne elementy wejścia, czy zadaszenia – mówi Stanisław Pyśk. – W nowym skrzydle Szpitala czuję się już jak w starym budynku, ze względu na liczbę godzin, którą tam spędziłem i stosy dokumentów, które musiałem dopracować.

„Czujemy się współtwórcami tego przedsięwzięcia

– Czuję satysfakcję, dumę i cieszę się, że sprostaliśmy tak skomplikowanej inwestycji – mówi Stanisław Zadykowicz. – To nie jest zadanie, które trafia się na co dzień. W pewien sposób traktuję je, jak uwieńczenie swojej kariery zawodowej, bo prawdopodobnie już tak dużego przedsięwzięcia nie będę miał okazji realizować.

– To był bardzo dobry start zawodowy, który pokazał mi, że ciężką pracą i zaangażowaniem można wiele

zdziałać – mówi Michał Żurek. – Cieszę się, że zacząłem od tak dużej inwestycji, bo dzięki niej zdobyłem ogromne doświadczenie. I cieszę się, że miałem swój wkład w to przedsięwzięcie.

– Czuję dumę z tego, że tak ogromna inwestycja uwieńczona jest sukcesem – mówi Grzegorz Olszewski. – Dużą przyjemność sprawiało mi mówienie o niej, kiedy pokazywałem ją mojej rodzinie podczas dni otwartych w ramach uroczystego otwarcia bloku. Czuję po prostu satysfakcję z tego, że miałem możliwość uczestniczyć w realizacji tego projektu.

Nad wszystkimi pracami techniczno-budowlanymi czuwał Pan Stefan Barabasz, za-cą dyrektora ds. eksploatacyjno-technicznych. Jego wiedza, znajomość przepisów, doświadczenie

„Ciężką pracą i zaangażowaniem można wiele zdziałać

że znajomość budynku szpitalnego nie raz pomogły rozwiązać pojawiające się problemy.

– Dyrektor Barabasz był naszym powodem, widzieliśmy jego olbrzymie zaangażowanie w tę inwestycję, pokazał też swoją odwagę w działaniu – mówi Stanisław Pyśk. – Bywały sytuacje, kiedy jakiś problem nie dawał mu wręcz spać i w nocy był w stanie wymyśleć rozwiązanie. Rano na odprawie wiedzieliśmy już, co mamy robić.

– Nie raz musieliśmy pracować ze starymi instalacjami w głównym budynku Szpitala i dyrektor Barabasz zawsze wiedział, co i gdzie jest poprowadzone, był naszym niezastąpionym głosem doradczym i decyzyjnym w całej tej inwestycji, poza tym szybko myśli i błyskawicznie podejmuje decyzje – dodaje Stanisław Zadykowicz.

– Z dyrektorem bardzo szybko się pracuje – mówi Marek Zawisza. – Często z samego rana, jeszcze przed rozpoczęciem pracy jestem z dyrektorem w telefonicznych kontaktach, bo on po prostu szybko działa i wszystko musi być zapięte na ostatni guzik.

Magdalena Kantorczyk

Zaczynamy nowy etap

Niedawno otworzyliśmy nowy blok operacyjny i centralną sterylizatornię, to piękne wydarzenie jest początkiem nowego etapu związanego z rozruchem tej dużej inwestycji.

**Irena Kierzkowska,
dyrektor Szpitala**

– Praca związana z realizacją tego przedsięwzięcia była trudna, wymagała interdyscyplinarnej wiedzy i umiejętności wielu ludzi, również moich zastępców, którzy są specjalistami w swoich dziedzinach. Moimi ekspertami w sprawach medycznych byli: Pani Jolanta Citkowska ds. leczenia, Pani Hanna Taraszkiewicz – z-ca ds. pielęgniarstwa oraz Dariusz Onichimowski – lekarz naczelny szpitala. To oni musieli się zmierzyć z wyborem właściwego sprzętu specjalistycznego, a było go ponad 900 sztuk. To również oni przewodniczyli zespołom roboczym, które analizowały jakość i wykorzystanie zakupywanej aparatury medycznej. Oczywiście wszyscy wiemy, że mieliśmy określone środki finansowe i nie mogliśmy przekroczyć tej granicy. O to dbał Pan Michał Danowski – z-ca ds. ekonomiczno-finansowych. Pan Stefan Barabasz – z-ca ds. eksploatacyjno-technicznych, z całym swoim zespołem, włożył wiele pracy w to, aby ten budynek powstał zgodnie ze wszelkimi zasadami prawa budowlanego.

Dziękuję wszystkim za tę ciężką, odpowiedzialną pracę, dziękuję, że sprościliście wymaganiom, które nie były łatwe do spełnienia. Najważniejsze, że razem osiągnęliśmy cel.

**Stefan Barabasz z-ca dyrektora
ds. eksploatacyjno-technicznych**

– Czy szpital jest gotowy do przeprowadzki ze „starych” bloków operacyjnych i „starej” Sterylizatorni?

W pierwszej kolejności zajmujemy się przeprowadzką centralnej sterylizatorni, którą planujemy w grudniu. Jeżeli nie będzie żadnych przeszkód wynikających z funkcjonowania instalacji, które do tego czasu będą podlegać rozruchowi, nie powinno być żadnych niespodzianek. Przez pewien czas, tak żeby nie odbiło się to w sposób negatywny na usługach, zarówno „stara” jak i nowa sterylizatornia, będą pracowały równolegle. Konieczne jest przeniesienie do nowych pomieszczeń, kupionego wcześniej, sterylizatora parowego SMS.

W początkowym okresie, dopóki nie zostanie uruchomiony w nowym obiekcie blok operacyjny, funkcjonowanie nowej centralnej sterylizatorni będzie ograniczone, bowiem trzeba będzie utrzymać przywożenie materiałów z traktów operacyjnych dotychczasową metodą, czyli przy wykorzystaniu służb transportowych, którymi dysponuje Impel. Z chwilą uruchomienia bloku nastąpi zharmonizowanie pracy centralnej sterylizatorni z salami operacyjnymi bloku, a materiał będzie przewożony bezpośrednio dźwigami z bloku do sterylizatorni.

Przeprowadzkę bloku operacyjnego rozpoczniemy w styczniu w taki sposób, żeby nie ograniczyć niepotrzebnie możliwości operacyjnych szpitala. W pierwszej kolejności zostaną doposażone pomieszczenia w nowy, zakupiony, ruchomy sprzęt medyczny i gospodarczy. W dalszej przeprowadzce część wyposażenia będzie pochodzić z dotychczasowych traktów operacyjnych. Do najważniejszego należy wyposażenie sali okulistycznej – zostaną przeniesione dotychczas użytkowane: mikroskop operacyjny oraz kolumna anestezjologiczna.

– Jak logistycznie przebiegać będzie przeniesienie szatni oraz części technicznej do nowych pomieszczeń?

– Inny ważny temat, to przeniesienie szatni. Sprawa dotyczy kilkuset pracowników, gdyż szatnie zostały zbudowane na ok. 720 os. Przenosiny realizowane będą etapami, zaczynając od tych pracowników, którzy w tej chwili wykorzystują szatnie na niskim parterze w starym budynku szpitala. Etap ten dotyczy ok. 300 osób. Pozostała liczba to ci pracownicy, którzy do tej pory przebiegają się w komórkach macierzystych, czyli tam, gdzie są zatrudnieni. Do tych pracowników zaliczam głównie pielęgniarki, ale także lekarzy, którzy przebiegają się w gabinetach lekarskich w oddziałach. Teraz właśnie nadarza się okazja, żeby ten problem rozwiązać i poprzez likwidację tych szatni poprawić warunki pracy w oddziałach i gabinetach lekarskich.

Jeżeli chodzi o pomieszczenia i urządzenia techniczne, zostały one uruchomione już wcześniej. Ograniczyliśmy ich prace do minimum w tym obiekcie po to, aby zmniejszyć zużycie prądu i innych nośników energii, jak ciepło technologiczne, ciepła woda i centralne, aby szpital nie ponosił na tym etapie niepotrzebnych kosztów. W momencie kiedy będziemy uruchamiali poszczególne komórki organizacyjne, będziemy oczywiście te funkcje przywracać, żeby osiągnąć optymalne warunki pobytu, leczenia i pracy w tych pomieszczeniach. Scenariusz o którym mówię jest uwarunkowany prowadzonymi pracami regulacyjnymi, dotyczącymi układów instalacji wentylacyjnej i klimatyzacyjnej w całym budynku, a także dokonaniem rozruchu wytwornic pary technologicznej w oparciu o dostawy gazu ziemnego, w przeciwnym razie może nastąpić przesunięcie podanych terminów, jak myślę, o jeden miesiąc. Jeżeli te czynności się powiodą, to osiągniemy zamierzony cel. Nie sadzę żeby wynikły inne problemy, bo panujemy nad całą sytuacją, a wszystkie sprawy z tym związane są na tyle dopięte, że nie powinno być żadnych niespodzianek.

W przenosinach obok koniecznego, dużego zaangażowania pracowników traktów operacyjnych i centralnej sterylizatorni, zaangażowani będą również pracownicy działów eksploatacyjnego, technicznego, aparatury medycznej, informatyki, a także pracownicy firmy Impel w ramach umowy dotyczącej usług transportowych.

**Hanna Taraszkiewicz
z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa**

– Jakie zmiany w organizacji pracy pielęgniarek przyniesie funkcjonowanie nowego bloku operacyjnego?

– W obrębie bloku operacyjnego pracują dwie grupy pielęgniarek, zróżnicowane pod względem zadań w procesie przygotowania pacjenta, udziału w zabiegu operacyjnym oraz w opiece po zabiegu. Głównym zadaniem pielęgniarek/rzy operacyjnych, instrumentariuszek/szy, ujmując rzecz w bardzo dużym skrócie,



Od lewej: dr Dariusz Onichimowski – lekarz naczelny szpitala, Hanna Taraszkiewicz – z-ca dyr. ds. pielęgniarstwa, Irena Kierzkowska – dyrektor Szpitala, Stefan Barabasz – z-ca dyr. ds. eksploatacyjno-technicznych, Jolanta Citko – z-ca dyr. ds. lecznictwa, Michał Danowski – z-ca dyr. ds. ekonomiczno-finansowych

jest przygotowanie sal operacyjnych, przygotowanie odpowiednich zestawów operacyjnych (narzędzia, materiał opatrunkowy, materiał szewny, inne akcesoria), instrumentowanie do zabiegu, przygotowanie zestawów operacyjnych do następnego zabiegu. W obszarze nowego bloku, a w zasadzie w związku z wybudowaniem nowoczesnej sterylizatorni, z pracy pielęgniarek i pielęgniarzy operacyjnych zostanie wyeliminowany proces dezynfekcji i mycia narzędzi chirurgicznych oraz przygotowanie zestawów operacyjnych. Zadanie to, podobnie jak dezynfekcja i przygotowanie zestawów opatrunkowych dla oddziałów szpitala, zostaną skoncentrowane w centralnej sterylizatorni. Pozostałe zadania nie zmieniają się zasadniczo, ale z całą pewnością ulegną usprawnieniu, dzięki zastosowaniu nowoczesnych elementów na stanowisku pracy.

Zmiany dotyczą również organizacji pracy pielęgniarek anestezjologicznych. Ich praca koncentruje się na udziale w procesie znieczulenia, w tym przygotowaniu i kontroli sprawności aparatury medycznej, przygotowaniu i podawaniu odpowiednich leków, monitorowaniu stanu pacjenta. Zmiana w pracy pielęgniarek anestezjologicznych wynika przede wszystkim z wprowadzenia nowej struktury, jaką jest sala wybudzeń.

Pacjenci, którzy będą wymagali przedłużonego okresu wyprowadzenia ze znieczulenia, ustabilizowania stanu ogólnego, zostaną przekazani pod opiekę personelu anestezjologicznego w sali wybudzeń.

Poza tym, podobnie jak w przypadku pielęgniarek operacyjnych zmieni się wyposażenie stanowisk pracy, co zdecydowanie usprawni i poprawi komfort i bezpieczeństwo pracy. Usprawnieniu ulegnie również proces transportu pacjenta wewnątrz bloku operacyjnego. W tym celu wykorzystane zostaną jezdne elementy stołów operacyjnych, które w znaczny sposób ograniczą konieczność wielokrotnego przenoszenia pacjenta.

Uruchomienie sali wybudzeń, zwiększenie liczby sal operacyjnych oraz koncentracja planowanych zabiegów operacyjnych w godzinach dziennych, spowoduje pojawienie się jeszcze jednego elementu zmiany, a mianowicie zwiększy się liczba stanowisk pracy pielęgniarek, zarówno instrumentariuszek, jak i anestezjologicznych, świadczących pracę jednocześnie. Natomiast praca całej kadry w jednej strukturze, w przeciwieństwie do „starego bloku” usytuowanego na dwóch kondygnacjach, pozwoli na efektywniejsze zarządzanie i równomierny podział pracy.

– Czy nowy blok ma wpływ na spełnienie wymagań systemu jakości?

– Głównym beneficjentem nowych struktur tak naprawdę będzie pacjent. Struktury bloku i sterylizatorni pozwolą na całkowite spełnienie wymagań prawnych i jakościowych. Pozwolą nam na wdrożenie wszystkich elementów bezpieczeństwa stosowanych na blokach operacyjnych w krajach Europy Zachodniej, czy USA.

Będą one sprzyjały przede wszystkim zapewnieniu bezpieczeństwa epidemiologicznego, poprzez wydzielenie stref czystościowych, zastosowanie nawiewów laminarnych z systemem specjalistycznych filtrów, wydzielenie bezkolizyjnych dróg komunikacji pacjentów, personelu i instrumentarium oraz odpadów, itd. Ważnym jest również zabezpieczenie w nowoczesne rozwiązania w zakresie dostarczania i odciągu gazów medycznych, komfort termiczny, a nade wszystko w nowoczesną aparaturę medyczną sprzyjającą sprawnemu przeprowadzeniu znieczulenia i zabiegu operacyjnego, monitorowaniu na poszczególnych etapach oraz szybkiemu i sprawnemu reagowaniu w różnych sytuacjach podczas zabiegu i w okresie okołoperacyjnym.

Opracowanie tekstu:
zespół redakcyjny

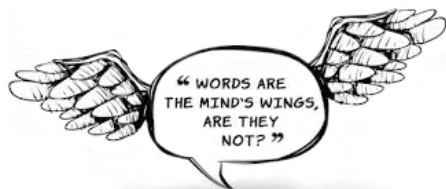
Na końcu języka cz. 1

Afazja, dyzartria, dysfagia, dysfonia, dyslalia – dysfunkcje mowy i języka, utrata lub ich zaburzenia potrafią odciąć nas od świata. O roli języka, mowy i ... logopedy postaram się opowiedzieć w cyklu tekstów w kolejnych edycjach Pulsu szpitala. Na początek – sprawy podstawowe.

W rzeczywistości językowej tkwimy od urodzenia – poznajemy ją i aktywnie w niej uczestniczymy, słuchając i mówiąc, później także pisząc i czytając.

Co to jest język?

Wielość znaczeń oddaje jego złożoną naturę. Wyraz *język* jest nazwą części ciała, ale też – metaforycznie – odnosi się do czegoś, co kształtem przypomina tę część ciała (potocznie część buta lub buchające płomienie rozpalonego ognia). Poza tym słowem *język* określamy narzędzie porozumiewania się między ludźmi. Znaczenie tego terminu zostało przetransponowane również na inne sposoby komunikacji – język gestów, ciała, sztuki, matematyki, logiki, zwierząt, a nawet roślin. Ponadto *językiem* określa się jeńców ujętych po to, aby uzyskać informacje o nieprzyjacielu.



Rys. 1.
Słowa są skrzydłami myśli, czyż nie?
Hellen Keller „The story of my life”

Złożoność języka, jako naturalnego środka komunikacji człowieka, sprawiła, że był on od wieków przedmiotem badań wielu dyscyplin naukowych. Językoznawcy ujmują język w dwóch aspektach: jako coś, co jest wytworem nadawcy, kierowanym w jakimś celu do odbiorcy, a także jako usystematyzowaną wiedzę językową, pozwalającą nadawcy i odbiorcy porozumiewać się w znany obu stronom sposób. Inna definicja określa język jako system symboli zorganizowany według określonych reguł, który pozwala na odbieranie wiadomości i wyrażenia w postaci słów oraz na interpretowanie ich znaczenia. Jedną z funkcji języka – nazywanie ma poniekąd również moc sprawczą – pozwala istnieć. Przedmioty, uczucia, stany emocjonalne i inne nienazwane – nie istnieją, chociażby istniały

w rzeczywistości. O tej zależności słów i rzeczywistości śpiewa Anna Maria Jopek w piosence „To co nienazwane”
„Tyle było chwil/ W których nie znalazłam odpowiednich słów/ A przecież to, co nienazwane – gubi się/ To czego język nie ocali, traci sens.../ W tę stronę bezpowrotnie zbliża wprost do.../ ...nieistnienia...”.

Historia języka

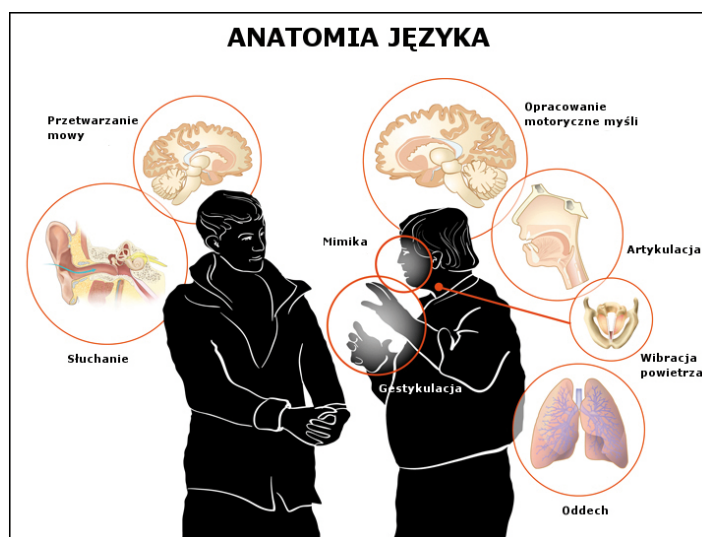
Językoznawcy i przedstawiciele nauk zajmujących się językiem od dawna toczą spór o początki mowy ludzkiej. Przyjmuje się hipotezę, że język jako system znaków i reguł ich łączenia to dość młody wynalazek człowieka, liczący sobie nie więcej niż 100 tysięcy lat. Jedno jest pewne: powstanie i rozwój języka w znanej nam postaci miały ogromne znaczenie dla rozwoju gatunku ludzkiego. Pozwolił ludziom w krótkim czasie zdobyć znaczną przewagę nad innymi mieszkańcami naszego globu, rozprzestrzenił się na całej jego powierzchni i rozwinął cywilizację jakościowo nieporównywalną z jakąkolwiek organizacją społeczną występującą w świecie zwierząt. Współcześnie język odgrywa też bardzo ważną rolę w społeczności ludzkiej. Ci ludzie, którzy mniej sprawnie posługują się językiem lub tej umiejętności nie posiadli, są niemal skazani na marginalizację społeczną. **Toteż niezmiennie istotne jest, aby każdy człowiek był pełnoprawnym członkiem społeczności językowej, aby mógł się porozumiewać z innymi ludźmi.** Stąd też niezwykle ważną jest rola specjalistów, którzy pomagają osiągnąć niezbędną sprawność językową tym lu-



dziom, którzy mają różne trudności komunikacyjne.

Mechanizm mowy

Mało kto z nas, mówiąc, zastanawia się nad tym, jak skomplikowanym narzędziem włada oraz jak wysoce znaczącym jest utrata bądź zaburzenie tej umiejętności.



Rys. 2. Relacja nadawca – odbiorca

Na rys. 2 przedstawiono relację nadawania i odbierania mowy. Mózg nadawcy (z prawej) kontroluje wszystkie psychiczne i fizyczne aspekty mówienia. Dźwięki powstaną z powietrza nabrałego do płuc, które przedostaje się przez struny głosowe i zaczyna wibrować. Usta, nos i język modyfikują ten strumień zwirowanego powietrza tworząc fale dźwiękowe. Mimika i gesty odgrywają również rolę w komunikacji. Fale dźwiękowe docierają do ucha słuchacza (z lewej), a następnie są analizowane w słowa przez mózg. Przyjrzyjmy się uważniej procesowi mówienia.

Powstawanie i emitowanie głosu

Tak wysoko zorganizowana funkcja wymaga skomplikowanego mechanizmu

JĘZYK A RZECZYWISTOŚĆ

Sposób w jaki mówimy, determinuje to jak postrzegamy rzeczywistość. Np. Zulusi (plemię Afryki Południowej) nie znają słowa „krowa” (w znaczeniu ogólnym) mimo, że je pasą. Mają natomiast w swoim języku słowa, które określają „krowę czerwoną”, „krowę białą” itd.

Indianie Hopi inaczej od nas postrzegają czas. Nie mają w ogóle słownego odpowiednika „czasu”. Jeśli my rozumiemy czas jako pewną ciągłość (przeszłość, teraźniejszość, przyszłość), to czas dla Hopi jest obiektywny (przeszło-teraźniejszy), subiektywny (przyszły, ale związany z przeszłymi i teraźniejszymi uczuciami) i uniwersalny (do rzeczy, które są zawsze prawdziwe).

Pewien naukowiec badał ludy zamieszkujące afrykańskie tereny równikowe, które nigdy nie wychodziły na przestrzenie otwarte. Ich widzenie było tak ograniczone, że kiedy ów naukowiec zabrał wodza plemienia na wzgórze na sawannie i wskazał palcem na stado bawołów oznajmiając, jak duże jest bawole stado przed nimi, wódz zareagował śmiechem i odpowiedział, że to przecież ogromny latający chrząszcz. Oprócz dowodu na to, że ludy te mają zupełnie inne widzenie niż „my”, to również dowód na to, że ludzie, którzy w swym środowisku nie mają zwierząt takich jak bawół, nie mają też odpowiedniego pojęcia, słowa na określenie go.

Innym, bliższym nam przykładem może być rodzaj. W języku angielskim nie występuje, ale już w polskim, niemieckim czy hiszpańskim tak. Np. słońce w języku polskim jest rodzaju nijakiego, w niemieckim żeńskiego (die Sonne), a w hiszpańskim męskiego (el sol).

sterującego i wykonawczego. Ludzki głos powstaje jako wynik współdziałania aparatu oddechowego, krtani (w której mieszczą się fałdy głosowe), jamy gardłowej, ustnej i nosowej oraz narządu słuchu. Ten wysoko wyspecjalizowany proces nie miałby racji bytu, gdyby nie nadzór głównego ośrodka naszych życiowych czynności, emocji i zachowań – mózgu i układu nerwowego. Dzięki temu możliwe jest połączenie i skoordynowanie działań wszystkich mechanizmów i procesów niezbędnych do zaistnienia głosu.

Cały proces zostaje uruchomiony w momencie, gdy w naszym umyśle zaistnieje **potrzeba**, czy **konieczność komunikacji** (patrz rys. 3). Pobudzona zostaje wówczas kora mózgowa ruchowa, z której – drogami nerwowymi – wysyłane są do poszczególnych części narządu głosowego impulsy mobilizujące

określone grupy mięśni do wykonywania przypisanych im czynności i ruchów. Nabieramy powietrza, co przebiega następująco: otwiera się kanał prowadzący od jamy ustnej i nosowej do płuc, kurczą się mięśnie oddechowe odpowiedzialne za wdech (mięśnie międzyżebrowe, mięśnie brzucha, przepona), przestrzeń między fałdami głosowymi (tzw. głośnia) otwiera się, zmniejsza się ciśnienie w klatce piersiowej – dzięki temu powietrze może swobodnie napłynąć.

Kiedy podczas wdechu płuca wypełniają się ilością powietrza potrzebną do wypowiedzenia frazy, proces oddechowy odwraca swój bieg. Następuje skurcz mięśni brzucha, przepony i klatki piersiowej powodujący wydychanie powietrza z płuc w górę do jamy nosowej i ustnej. Na tej drodze powietrze wydechowe napotyka na zbliżone już do siebie i lekko napięte fałdy głosowe, stawiające opór płynącemu strumieniowi powietrza.

Powietrze gromadzi się pod zwartymi fałdami i kiedy jego ciśnienie osiągnie pewną wartość krytyczną, następuje rozwarcie fałdów głosowych. Przepływ powietrza przez głośnię powoduje spadek ciśnienia podłożniowego, fałdy głosowe powracają do swojego pierwotnego położenia, czyli zwierają się. W ten sposób zachodzą drgania fałdów głosowych, a powtarzające się w jednostce czasu cykle naprzedniennego rozwierania i zwierania fałdów głosowych powodują powstawanie dźwięku.

Ten dźwięk zwany jest dźwiękiem krtańowym i **zależy od długości, napięcia, elastyczności i masy fałdów głosowych oraz charakteru przepływającego powietrza**. Jest on jednak słaby i pozbawiony kolorytu. Zanim stanie się dźwiękiem docierającym do odbiorcy musi przejść przez jamy rezonacyjne le-

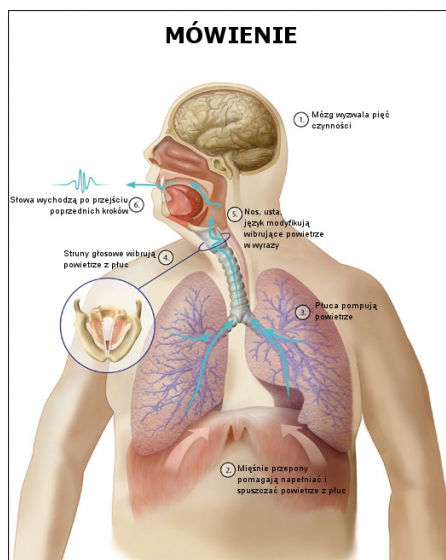
żące ponad krtanią (tzw. **nasadę**): jamę gardłową, ustną lub nosową.

W tych przestrzeniach dźwięk uzyskuje potrzebną siłę brzmienia oraz specyficzną dla każdej osoby barwę. Dzięki procesowi artykulacji przebiegającemu między innymi przy udziale języka, warg i podniebienia staje się on dźwiękiem mowy, dźwiękiem artykułowanym, zrozumiałym dla odbiorcy.

Skąd się biorą zaburzenia mowy i języka?

Dysfunkcja w działaniu któregoś z układów może powodować zaburzenia mowy. I tak:

- a) zaburzenia pracy przepony – mogą skutkować skróconą fazą wydechową i krótszą frazą wymawianową, obniżeniem jakości głosu;
- b) niewydolność oddechowa – skrócona fraza, zaburzenia jakości głosu, trudność kontroli wysokości i siły głosu;
- c) zmiany w obrębie krtani – bezgłos, chrypka, zaburzenia tempa mowy;
- d) nieprawidłowości w ukształtowaniu narządów mowy – powodują fizyczną niemożliwość prawidłowej artykulacji lub całkowity brak takiej możliwości – nieprecyzyjne ruchy artykulacyjne, bełkot, brak mowy, dyslalia, dysglosja (wynika z anomalii tkwiących w budowie narządu mowy związanych z rozszczepem, wadą zgryzu, skróconym wędzidełkiem);
- e) uszkodzenia słuchu – powodują zniekształcenie artykułowanych głosek, a nawet całkowity brak możliwości artykulacji ze względu na zaburzenia lub brak słyszenia dźwięków, które uniemożliwiają naukę artykulacji przez naśladowanie;
- f) zaburzenia na tle nerwowym – mogą prowadzić do jakościowych zaburzeń procesu produkcji mowy – afonii, bradytalii (spowolnienia), jąkania, kiksów (zachwiania głosu), mutyzmu, tachylalii (przyspieszenia);
- g) uszkodzenia ośrodków mózgowych odpowiedzialnych za produkowanie mowy – mogą powodować różnorodne zaburzenia procesu wytwarzania mowy (afazje);
- h) uszkodzenia systemu unerwiającego narządy mowy – uszkodzenia w obrębie narządów artykulacyjnego, fonacyjnego i oddechowego mogą uniemożliwić prawidłowe ukształtowanie dźwięków, a nawet ich wytwarzanie (dyzartria, anartria).



Rys. 3. Jak przebiega proces mówienia

Zaburzenia mowy i języka towarzyszą wielu chorobom i zajmują różne dziedziny medycyny: ze swej strukturalnej strony laryngologię, neonatologów z punktu

SŁOWNICZEK POJĘĆ LOGOPEDYCZNYCH

- afazja – częściowa lub całkowita utrata umiejętności posługiwania się językiem, spowodowana uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych;
- apraksja mowy – jest swoistym ograniczeniem (uszczerpleniem) zdolności do „programowania” w mózgu ruchów wymaganych przy mowie (skoordynowaniem ruchów mięśni twarzy, języka, gardła, itd. potrzebnych do tworzenia dźwięków odpowiadających mowie); apraksja mowy jest jednym z możliwych zaburzeń towarzyszących afazji;
- dysartia (anartia) – zniekształcenie dźwięków mowy lub niemożność ich wytwarzania w wyniku uszkodzenia ośrodków i dróg unerwiających narządy mowne (artykulacyjne, fonacyjne, oddechowe);
- dysfonia – według foniatry jest określeniem wielopostaciowych zaburzeń głosu dotyczących częstotliwości natężenia, czasu trwania i barwy, afonia jest skrajnym stanem zaawansowania dysfonii;
- dysfagia – zaburzenia czynności połykania;
- dysglosja – zniekształcenie dźwięków mowy lub niemożność ich wytwarzania na skutek nieprawidłowej budowy narządów mowy (nieprawidłowości zgryzu, rozszczepy podniebienia);
- dyslalia – zaburzenia mowy polegające na nieprawidłowej realizacji dźwięków mowy;
- fonacja – wydawanie głosu przez człowieka.

widzenia procesu przyjmowania pokarmu i jego późniejszych konsekwencji, zaś w warstwie jakościowej – neurologię, psychiatrę. Szczególne miejsce wśród specjalistów w tej dziedzinie zajmują logopedzi, mający na co dzień do czynienia z pacjentami, którzy z różnych powodów utracili (w całości lub części) zdolność sprawnego posługiwania się

językiem. Logopedia jest jedną z wielu dziedzin nauki, w centrum której znalazł się język. Zajmuje się rehabilitacją, edukacją i profilaktyką zaburzeń głosu, języka i komunikacji u dzieci i młodzieży, dorosłych i osób starszych. Dookoła nas, a szczególnie w szpitalu, możemy doświadczać zmagania osób z problemami w werbalnym porozumie-

waniu się. Ale problemy z artykulacją nie dotyczą tylko osób chorych. Jako logopeda śmiało mogę stwierdzić, że problem prawidłowej artykulacji staje się coraz bardziej dotkliwy, nie tylko u dzieci. Każdy z nas spotkał z pewnością przynajmniej jedną osobę, która mówiła „inaczej”. Wystarczy chociażby wspomnieć sepleniącego Premiera, rotacyjną Hannę Gronkiewicz-Waltz czy Ninę Terentiew. Wady wymowy u tych osób stały się poniekąd ich wizytówką, ale należy zwrócić uwagę, na to, że takie defekty można poddać terapii logopedycznej **w każdym wieku!!!**

W kolejnych częściach niniejszego cyklu logopedycznych rozważań, chciałabym zająć się problemami w tworzeniu mowy u osób dorosłych z perspektywy oddziałów szpitalnych i chorób, w których mogą się pojawiać.

mgr Marzena Woźniak
neurologopeda

Źródła rysunków:

1: <http://www.e-solka.pl/2013/09/zaburzenia-mowy/>

2,3: http://www.nsf.gov/news/special_reports/linguistics/speech.jsp

Nasze ostatnie osiągnięcia

„Najlepszy Produkt i Usługa Warmii i Mazur 2013

WSS w Olsztynie otrzymał Wyróżnienie I stopnia za usługę medyczną: „Posturografia, badanie układu równowagi. Rehabilitacja zaburzeń ruchu”. W IX edycji konkursu Najlepszy Produkt i Usługa Warmii i Mazur przyznano 27 nagród w 9 kategoriach: 10 statuetek i 17 wyróżnień. Jurorzy przy ocenie brali pod uwagę jakość, pozycję marki, innowacyjność i jednocześnie regionalność danego produktu, czy usługi. Oddział Otolaryngologii i Laryngologii Onkologicznej WSS w Olsztynie, jako pierwszy i jedyny w województwie wprowadził badanie posturograficzne, badające układ równowagi człowieka z jednoczesnym zastosowaniem metody skutecznej rehabilitacji pacjenta, w przypadku zaburzeń równowagi, poprzez zastosowanie ćwiczeń na platformie posturograficznej. Głównymi specjalistami, zajmującymi się badaniem posturograficznym są: dr. n. med. Bogdan Kibiłda, ordynator Oddziału, dr n. med. Monika Tywończuk-Szulc, dr Bogumiła Lejmanowicz, specjalistki otolaryngologii. Nagrodzona usługa, została doceniona także przez mieszkańców regionu, którzy mogli, oddawać na nią głosy.



„Patent na projekt”

W konkursie „Patent na projekt”, zorganizowanym przez samorząd województwa warmińsko-mazurskiego, wyłonione zostały najlepsze przedsięwzięcia zrealizowane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2007-2013.

Spośród ponad 100 zgłoszonych projektów zostaliśmy laureatem konkursu i otrzymaliśmy statuetkę „Patent na projekt” za zgłoszone przedsięwzięcie: „e-Pacjent – Rozbudowa systemu usług elektronicznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie”.

Poprzez rozbudowę e-usługi Szpital może tworzyć społeczeństwo informacyjne województwa warmińsko-mazurskiego i kraju. Dzięki zrealizowanemu projektowi szpital usprawnił obsługę pacjentów przez uruchomienie nowych e-usług, obejmujących m.in. e-rejestrację, która umożliwiła pacjentom z całego regionu zapisanie się na wizytę do wybranego specjalisty, bez konieczności wychodzenia z domu.



Grenlandia – wyspa na krańcu świata cz. II

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

Mark Twain

Kolejna zasada obowiązująca turystów przybywających na krótko, to powściągliwość w zakupach. Zaopatrzenie niewielkich sklepów odbywa się raz na kilka miesięcy, przypływają wówczas kontenerowce pełne żywności i zamówionych towarów, a puste już półki w sklepie zapełniają się warzywami i owocami, serami, makaronami, ubraniami i kosmetykami. Miejscowi praktycznie niczego nie wytwarzają, wszystko trzeba tu sprowadzić drogą morską. Na zamówienia czeka się całymi miesiącami i wszystko jest bardzo drogie. Dla turystów zakupy w takim lokalnym sklepie są kłopotliwe, bo nasze małe zachcianki, takie jak puszka Coli, czekolada, czy krem, uszczuplają ograniczone zasoby magazynu.

Dlatego w każdej grenlandzkiej miejscowości znajduje się miejsce, zwane po duńsku Brættet, czyli „deska”, a po grenlandzku Kalaalimineerniarfik. Duńska nazwa pochodzi od sposobu sprzedawania towarów, które po prostu były wykładane na desce przez myśliwych, którzy sprzedawali swoją zdobycz po powrocie z polowania. Dziś sprzedaż ta została w większych miejscowościach



zwiększonego. Długość dnia jest bardzo krótka, a temperatura powietrza jest bardzo niska. W tym czasie w Grenlandii odbywa się festiwal, który trwa od sierpnia do października. W tym czasie w Grenlandii odbywa się festiwal, który trwa od sierpnia do października. W tym czasie w Grenlandii odbywa się festiwal, który trwa od sierpnia do października.

ulepszona – myśliwi zostawiają swój połów pracownikom, którzy za opłatą sprzedają towar innym mieszkańcom. Dla kupujących bardzo ważne jest, by sprzedawane towary były jak najświeższe, najlepiej upolowane dzisiaj rano lub dnia poprzedniego. To co jest sprzedawane, jest zawsze zależne od sezonu – w styczniu i lutym dostępny jest renifer, marzec i kwiecień to białucha, a pojawienie się w maju kawioru z tasz – zajęcy morskich oraz gromadników oznacza nadejście wiosny. Latem cha-

rakterystyczne są pstrągi, w sierpniu ponownie pojawia się renifer oraz wół piżmowy. Listopad i grudzień to miesiące charakterystyczne dla nurzyków arktycznych. Niektóre gatunki, jak foka, czy dorsz dostępne są przez cały rok. Kalaalimineerniarfik to nie tylko rynek, szczególnie w mniejszych osadach ma ważne znaczenie społeczne. Jest to



miejsce spotkań i wymiany wiadomości tak istotnych, jak pogoda, czy występowanie zwierzyny, jak płotek i płoteczek z ostatnich dni. Kalaalimineerniarfik jest miejscem bardzo chętnie odwiedzanym przez turystów, którzy na własne oczy mogą zobaczyć najczęściej bardzo egzotyczne i niedostępne w ich krajach gatunki ryb i zwierząt oraz wskazać palcem kawałek mięsa, który chcieliby zjeść na kolację.

Z tych lokalnych specjałów można przyrządzić wiele nietypowych potraw, a grenlandzkie jedzenie może pozytywnie zaskoczyć niejednego smakosza. Grenlandczycy preferują proste sposoby przygotowywania jedzenia, uwielbiają foki, które przyrządzają na wiele sposobów – pieczone, grillowane, w postaci zupy – sprzyja temu możliwość polowania na foki przez cały rok, oczywiście nie można polować na młode. Renifer to bardzo popularna potrawa na Grenlandii, a do przysmaków należy jego język. Cała zuchwa gotowana jest w wodzie, ale do jedzenia nadaje się tylko język. Ze szczęki i przylegającej kości można łatwo zrobić ozdobę w postaci miniatu-





ry sań używanych do psich zaprzęgów. Kolejny przysmak to tatar z morświna, ssaka morskiego z rodziny waleniowatych, którego jest bardzo trudno upolować, ze względu na szybkość i zwinność z jaką porusza się w wodzie. Tak jak inne rodzaje wieloryba, morświna przygotować można jako steki, upieczonego w piekarniku lub na grillu, czy nawet zrobić zupę. Bardzo smaczny jest



na surowo w formie tataru z drobno pokrojoną cebulką, surowym jajkiem, kaparami, przyprawionego pieprzem i solą, a to wszystko można położyć na kromce świeżo upieczonego ciemnego chleba. Kolejny przysmak to jajecznica z miewich jaj, które wielkością odpowiadają dwóm jajom kurzym i wysmienicie smakują, a dodatkową atrakcją jest to, że można je zbierać tylko na własny użytek, ponieważ nie wolno ich sprzedawać.

Jak widać w cieniu natury życie toczy się spokojnie i ma swoje przyjemności. Szczególnie latem, które na Grenlandii trwa bardzo krótko, można podziwiać

lodowe pustkowia, bezludne przestrzenie, poszarpane wiatrem linie horyzontu, a sama przyroda zapewnia tu najciekawsze atrakcje. Jednak to, co najpiękniejsze jest zazwyczaj bardzo ulotne lub zatopione w wodzie, to góry lodowe o tysiącach odcieni i kształtów, które czasami przypominają budynki, zwierzęta i ludzi. W lipcu i sierpniu Grenlandia zapełnia się turystami z całego świata, spragnionymi arktycznej przygody. Miejscowe biura turystyczne wychodzą naprzeciw ich oczekiwaniom – do gór lodowych można wzdychać ze statków wypływających o każdej porze dnia i nocy, z okien helikoptera lub z wytoczonych szlaków prowadzących tuż przy fiordzie, a położenie 200 km za kręgiem polarnym gwarantuje idealnie czyste niebo i słońce niemal przez całą dobę. Mieszkańcy zdają się nie zwracać szczególnej uwagi ani na otaczające ich tłumy, ani na wszechobecny lód.

To naprawdę niezwykłe uczucie, kiedy góry lodowe są stałym elementem krajobrazu, a bezmiar błękitu i bieli sięga aż po horyzont. Same góry lodowe to ogromne fragmenty lodowców dryfujące po morzach i oceanach. Najwięcej jest ich wiosną i latem, gdy podnoszą się temperatury morza i wody. Wielkie masy zamrożonej słodkiej wody na Grenlandii i Antarktydzie topią się przy brzegach, bloki lodu odrywają się od całości i żeglują w morze. Góra lodowa wystaje ponad powierzchnię wody tylko w ok. 1/9 części swojej masy, może osiągnąć

masę ponad 100 milionów ton i wysokość do 100 m. W miarę swojej wędrówki, góry lodowe cały czas się topią i dzielą na mniejsze. Biorąc pod uwagę fakt, że góry lodowe mogą pokonywać tysiące kilometrów od miejsca oderwania, stanowią one bardzo duże zagrożenie dla okrętów zwłaszcza, gdy ze względu na niską temperaturę schładzają wodę wokół siebie, doprowadzając do powstawania mgieł. Zatonięcie Titanica (15 kwietnia 1912 r.), brytyjskiego, luksusowego liniowca pasażerskiego było najgłośniejszą tragedią, która wynikła z kolizji z górą lodową.



Grenlandia to jedyne w swoim rodzaju przeżycie, bo wyspa oferuje szeroki wachlarz niecodziennych atrakcji. Do najciekawszych należą zapewne jazda psim zaprzęgiem, noce polarne, podziwianie lodowców i gór lodowych oraz niezapomniany widok zorzy polarnej. Grenlandia to również raj dla wędkarzy, miłośników dzikiej przyrody i mocnych wrażeń – dlatego, zgodnie z mottem Marka Twaina, nie trzeba się długo wahać, tylko realizować swoje marzenia i wyruszać w podróż, te daleki i bliskie, które pozwolą nam zobaczyć inny świat. Powodzenia i obyście nie spotkali gór lodowych na trasie!

dr n. med. **Emilia Paszkowska**

Cały obszar Grenlandii zamieszkuje jedynie nieco ponad **58 000 mieszkańców** w większości ulokowanych na pld.-zach. część wyspy.

W Grenlandii znajduje się **18 miast** największe to:

- Nuuk (stolica) – ok. 15 tys. mieszkańców
- Sisimiut – 6 tys. mieszkańców
- Ilulissat – 4,5 tys. mieszkańców
- najmniejsze zamieszkuje ok. 500 mieszkańców
- w niektórych z 60 osad mieszka zaledwie 20-30 ludzi.

Krzyżówka

Jolka 40

Objaśnienia 67 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery B, C i N. Na ponumerowanych polach ukryto 22 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest nim myśl Św. Augustyna.

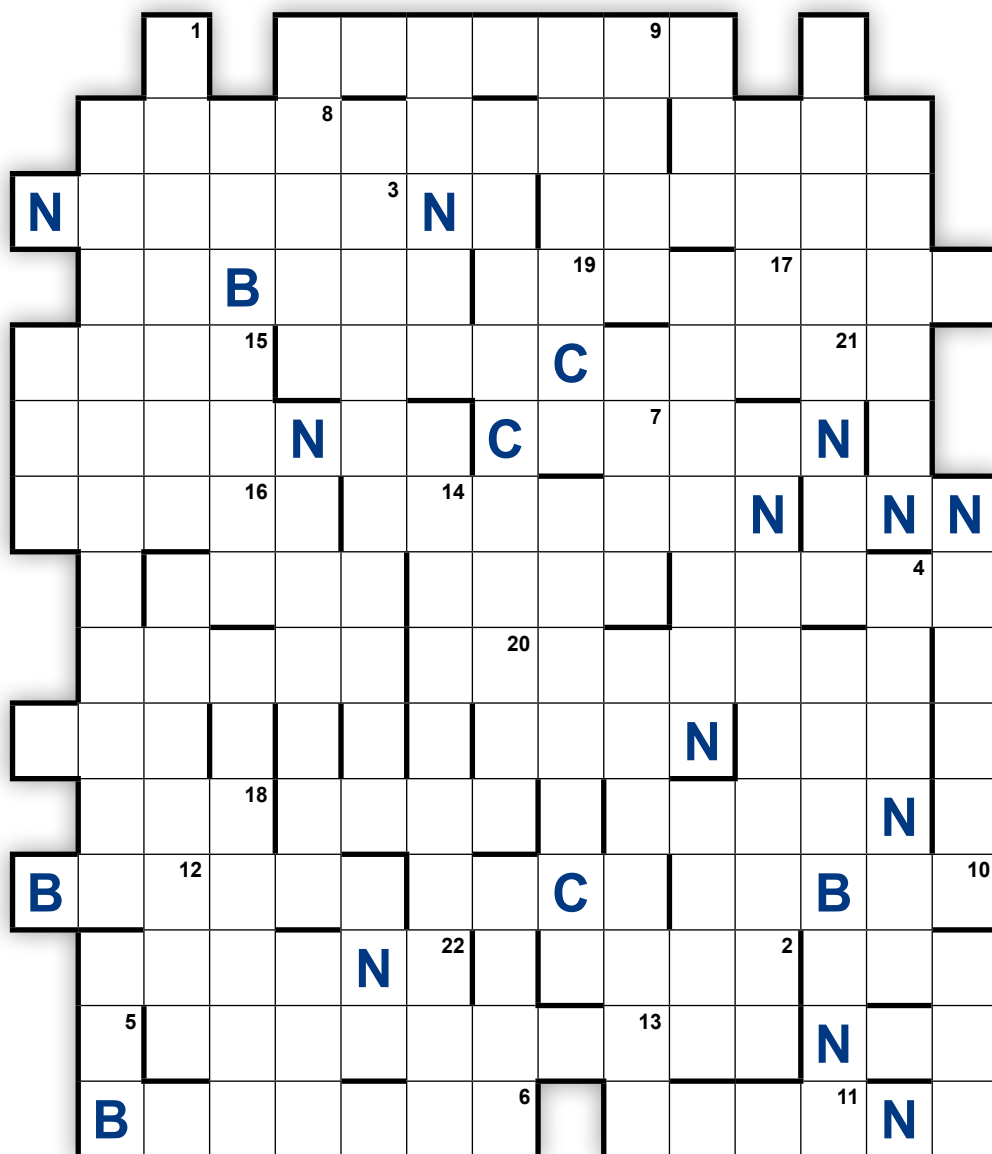
Hasło w zaklejonej kopercie prosimy zostawić w Kancelarii Szpitala. Na kopercie prosimy podać imię, nazwisko i miejsce pracy oraz nr kontaktowy. Wśród autorów prawidłowych rozwiązań wylosujemy osobę, która otrzyma nagrodę książkową.

- dla helikopterów za nowym blokiem operacyjnym • japońska sztuka układania kwiatów • miasto ukrzyżowania Jezusa • gra losowa • ukochany Aidy • zejście śmiertelne • miasto metali szlachetnych w Krasnojarskim Kraju • podglądał Artemidę, zamieniony w jelenia został rozszarpany przez własne PS • wieś Dulcynei • gagatek, psotne dziecko • anty-faryzeusze • szal malajski • ofensywa Wietnamu pn. w 1968 r. • rzeka i prowincja w pn. RPA • część sztuki • biustonosz • Bartek pod Kielcami • ruch cząstek w kierunku anody • region z Janiną • struktura tkanki • radioaktywny leczy nadczynną tarczycę • moll • stolica Mali • ... et labora • muskularny facet dźwigający balkon • arktyczny waleń ze spiralnym kłem • kelnerskie do rozpoznania dań • nieprzyjazne duchy • matka 1-go króla Polski • ser jak świętowanie sukcesu • lekko upośledzony umysłowo • germańskie imię żeńskie (2.04 i 18.09) • Timothy Garton z Guardiania • dawny Benin • postawa • bitka, rola • włoski żebrak • cwaniacy • obszar lądu • neurotoksyna w tytoniu • nędznik, niegodziwiec • miasto i ser w Holandii • autor „Wesela” • kontrowersyjny konkurent ZUS • roślina na olej i miód • uznaje współlistnienie materii i ducha • jak Wisła szeroka • tytuł francuskiego władcy • i Sprawiedliwość • opinie biegłych • kawaleczek drobina • dawny Białogród nad Dniestrem • mały paprotnik kopalny • porwał Helenę • gargulec • zbudował arkę • Yoko, żona Lennona • narodowa roślina Egiptu, Indii i Wietnamu • płynie w Innsbrucku • zwarta okrywa łąki • skruszenie kamieni w układzie moczowym • grała Marusię • jadowity pająk tropikalny • ostry składnik ćwikły • tam znaleziono Kodeks Hammurabiego • zdobycz wojenna • elastyczna tarczka w kolanie

„BJER”

Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego Pulsu Szpitala: „Prawdziwa wiedza to znajomość przyczyn”.

Nagrodę książkową otrzymuje Hanna Martyn i Katarzyna Czaboryk z Kancelarii. Gratulujemy! Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



Życie we fraszce

lek. Andrzej Pukiński
Dział Patomorfologii WSS w Olsztynie

*Choineczka mała
w lesie sobie stała,
lecz siła tradycji
z ziemi ją wyrwała.
By sprawić ludziom radość
w tę Noc Wigilijną,
by pamiętali o innych
nie o sobie tylko.*



*Świąt dających radość i odpoczynek
oraz nadzieję na Nowy Rok 2014,
żeby był jeszcze lepszy niż ten,
co właśnie mija.*

Redakcja

