



# pulszpitala

ISSN 1644 – 8162  
Nr 45 październik–grudzień 2014



## Wysiedzieliśmy sobie te nieszczęścia

Bóle kręgosłupa,  
czy jest na to  
lekarstwo

str. 3

*Świąt białych, pachnących choinką,  
skrzypiących śniegiem pod butami,  
spędzonych w ciepłej, rodzinnej atmosferze,  
pełnych niespodziewanych prezentów.  
Świąt dających radość i odpoczynek  
oraz nadzieję na Nowy Rok,  
w którym marzenia zmieniają się w cele,  
do których będziecie dążyć,  
żeby był jeszcze lepszy niż ten, co właśnie mija.*



*Irena Kierzkowska*  
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

## **puls**szpitala

### Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

### Redaktor naczelna

Barbara Szymczuk

### Zespół redakcyjny

Alicja Biernacka  
Magdalena Kantorczyk  
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

### Stała współpraca

Jerzy Badowski  
Piotr Markiewicz  
Emilia Paszkowska

### Zdjęcia udostępnił

Emilia Paszkowska  
Ewa Kowczanow-Luto

### 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

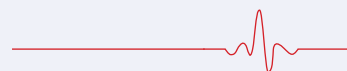
### Druk i przygotowanie

Pracownia Register  
tel. 12 378 48 33  
www.pracowniaregister.pl

### Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy  
Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów  
i zmiany tytułów. Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych publikacji.

- 3 Wysiedzieliśmy sobie te nieszczęścia cz. I
- 6 Każde dziecko jest wartością samą w sobie
- 8 Sprostamy wymaganiom naszych Pacjentek
- 9 Nowy szef neonatologii
- 10 Mycie rąk może uratować życie!
- 11 Rola i zadania pielęgniarki epidemiologicznej w Szpitalu
- 13 Wiedzieć, znaczy działać
- 14 Pierwsza praca lekarza
- 16 Na właściwym miejscu i we właściwym czasie
- 17 Z pacjentami tworzymy rodzinę
- 18 Marzyłam o pracy w takim oddziale
- 18 „Kto nie dąży do rzeczy niemożliwych nigdy ich nie osiągnie”
- 20 Dbaj o serce
- 20 Ustuga medyczna – Szpitale
- 21 W ciąży kobieta powinna jeść dla dwojga, a nie za dwoje
- 22 Środki finansowe pozyskane przez Szpital
- 22 Mijająca kadencja Rady Społecznej
- 23 Wkładaliśmy iskrę do naszych umyśłów
- 24 KUBA – samotna wyspa cz. I



Cykl: Bóle kręgosłupa, czy jest na to lekarstwo?

# Wysiedzieliśmy sobie te nieszczęścia cz. I

**Prawie 90 % populacji miewa przynajmniej jeden incydent ostrego bólu kręgosłupa w ciągu życia, a spora część ma takie dolegliwości więcej niż kilka razy w ciągu życia. O tym, co tak naprawdę nas boli i dlaczego, jak przeciwdziałać problemom z kręgosłupem, a także, jak sobie pomóc, kiedy ból staje się nie do zniesienia rozmawiam z lek. Piotrem Siwikiem, ordynatorem Oddziału Rehabilitacyjnego WSS w Olsztynie.**

**Czy można powiedzieć, że ból kręgosłupa to jedna z plag XXI w.?**

Wygląda na to, że tak. Od połowy XX w. uczęszczanie dzieci do szkoły, w której spędzają większą część dnia przez przynajmniej 11 lat swojego dorostania stało się powszechne. Przeważnie są to długie okresy siedzenia w mało komfortowych ławkach. Im są starsze, tym więcej czasu wolnego spędzają na nauce w domu siedząc, a czas wolny i odpoczynek również spędzają siedząc „w wygodnych” fotelach, czy kanapach. Brak ruchu rekompensują nieregularnym uprawianiem sportów, często narażając się na kontuzje. Obecnie coraz częściej dzieci i młodzież skarżą się na dolegliwości, dawniej charakterystyczne dla osób w wieku średnim i starszym. Poza tym znaczna część stanowisk pracy w biurach, czy urzędach, to stanowiska siedzące, nie zmuszające do częstej zmiany pozycji. Nawet w takich instytucjach, jak szpitale, powszechna obecnie cyfryzacja powoduje, że sporą część czasu prawie wszyscy pracownicy spędzają przed komputerem, bądź po prostu przy biurku.

To powoduje, że zgłaszane przez pacjentów dolegliwości związane z kręgosłupem to jedna z częstszych skarg u wielu specjalistów, np. lekarza POZ, ortopedy, reumatologa, neurologa, ginekologa, urologa. Pacjent wiąże te dolegliwości z innymi przyczynami, np. z chorobą nerek, narządu rodowego, niewłaściwym przebiegiem ciąży, „przewianiem”, wychłodzeniem, ciężką pracą fizyczną, tak naprawdę nie zdając sobie sprawy, że przyczyna tkwi po prostu w „kręgosłupie”.



**Czy zatem, gdy coś mnie boli, to pierwsze kroki powinniśmy kierować najpierw do specjalisty rehabilitacji?**

W pierwszym etapie diagnozowania bólów kręgosłupa bardzo ważne jest wyeliminowanie poważnych, chorobowych przyczyn tych dolegliwości i rozpoznanie sytuacji, które wymagają pilnej interwencji, np. leczenia operacyjnego. Jest w tym duża rola lekarzy POZ i specjalistów, w tym też rehabilitacji. Kolejnym krokiem może być rehabilitacja, ukierunkowana wcześniej przeprowadzoną oceną kliniczną, funkcjonalną pacjenta.

Niestety na taką ocenę, w tym szczegółowy wywiad i badanie funkcjonalne z oceną reakcji zgłaszanych przez pacjenta objawów na określone ćwiczenia potrzeba sporo czasu – minimum 40 minut oraz kolejnych, krótszych wizyt, co kilka dni, przy czym konkretna terapia może być wykonana przez wyszkolonego fizjoterapeutę. Jest to niezwykle trudne, praktycznie niemożliwe w warunkach zakontraktowanych świadczeń przez NFZ w poradniach specjalistycznych.

**Jaka jest tak naprawdę kondycja polskich kręgosłupów?**

Kondycja polskich kręgosłupów nie różni się znacznie od populacji innych krajów europejskich. Często rodzice zgłaszają niepokój związany z niewłaściwym odżywianiem, np. brakiem w pożywieniu określonych elementów budujących kręgosłup, m.in. wapnia. Pewnie jest w tym trochę racji. Natomiast nie ma to bezpośredniego przełożenia na najczęstsze przyczyny bólów kręgosłupa.

Kręgosłup jest ruchomą kolumną, która dźwiga głowę i tułów, kończyny górne, a wraz z nimi wszystkie ciężary, które unosimy/ przenosimy. Wszystkie zaburzenia prowadzące do nadwagi, otyłości mogą w konsekwencji powodować przeciążenie określonych struktur kręgosłupa. Największe jednak przeciążenia spowodowane są nieprawidłową postawą, pozycją tułowia, głowy i sposobami przenoszenia ciężarów. Elementem kręgosłupa, który jest najbardziej elastyczny i mobilny, jest krążek międzykręgowy, czyli popularnie zwany dysk. Im bardziej ruchomy odcinek kręgosłupa, tym większe narażenie na przeciążenia. Dlatego najczęściej



doskwiera nam odcinek szyjny („ból karku”) i odcinek lędźwiowy („ból krzyża”). Czynnikiem, który najbardziej chroni kręgosłup przed przeciążeniem jest jego naturalna, anatomiczna konstrukcja. Występują tam wygięcia tzw. fizjologiczne, np. lordoza, czyli wygięcie kręgosłupa do przodu w odcinku szyjnym i lędźwiowym. To utrata lordozy, bardziej nawet niż skrzywienia boczne kręgosłupa, naraża nas na dolegliwości.

Znakomita większość dolegliwości związanych z kręgosłupem pochodzi właśnie z patologii dysku. W skrajnym przypadku uszkodzony dysk uciska na elementy nerwowe, co grozi trudnym do opanowania bólem, zaburzeniami czucia, kontroli zwieraczy, niedowładami mięśni.

### W jaki sposób w takim razie zachować lordozę?

Postawa swobodna, którą przyjmujemy podczas stania i siedzenia jest w dużej mierze pochodną nawyków wyniesionych z wielu lat życia. Nie zwracamy uwagi na wiele błędów postawy, dopóki nie odczuwamy dolegliwości. Tak jak wzorzec postawy jest utrwalonym w ośrodkowym układzie nerwowym nawykiem, tak też każda wyuczona zmiana wymaga czasu, aż stanie się nowym nawykiem. W pierwszym etapie w znacznym stopniu pomaga nam ból, bo po opanowaniu ostrego okresu choroby przyjęcie właściwej pozycji kręgosłupa, np. odtworzenie lordozy przynosi wymierną ulgę, a każdy błąd postawy powoduje nasilenie lub nawrót dolegliwości. To motywuje pacjentów i daje im satysfakcję z możliwości kontroli nad przebiegiem procesu leczenia. W idealnym modelu wyedukowany pacjent potrafi poradzić sobie doraźnie z nawrotami i zaostrzeniami dolegliwości, które niestety się zdarzają, a po zakończeniu terapii i ustąpieniu dolegliwości kontynuuje proste zasady profilaktyki w życiu codziennym.

### Skąd wiemy, że nasz ból jest efektem problemów z kręgosłupem?

Jest coraz więcej możliwości dokładnego obrazowania kręgosłupa i jego różnych patologii. Niestety służy to głównie wyodrębnieniu grupy pacjentów z poważnymi patologiami (nowotwory, uszkodzenia urazowe) lub

podjęciu decyzji o ewentualnym leczeniu operacyjnym. Problem polega na tym, że wykonanie badań obrazowych, jak MRI, czy TK przeciętnej grupie osób, nawet nie posiadających obecnie żadnych dolegliwości, wykazuje jakiś rodzaj patologii. Dlatego nadal podstawową metodą diagnozowania pozostaje dokładny wywiad i badanie kliniczne, w tym ocena dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta po wykonaniu określonych ćwiczeń i ułożeniu ciała. Daje nam to nie tylko odpowiedź, co w kręgosłupie może być domniemaną przyczyną dolegliwości, ale wyznacza też kierunek terapii. Logicznie podstawową metodą terapii powinna być terapia mechaniczna, czyli przez ćwiczenia i przyjmowanie właściwych pozycji ciała. Leczenie farmakologiczne, zabiegi fizykoterapii, masaż będą tylko narzędziem wspierającym proces terapii. W skrajnych sytuacjach niezbędne jest leczenie operacyjne, ale dotyczy to tylko kilku procent pacjentów.

### Czy ćwiczenia muszą być indywidualnie dobrane do pacjenta, czy są uniwersalne?

Jeśli mówimy o profilaktyce to rzeczywiście można znaleźć wiele uniwersalnych programów ćwiczeń dostosowanych do wieku i możliwości poszczególnych osób. Niestety każda patologia prowadząca do wystąpienia dolegliwości zmusza nas do indywidualizacji





cji ćwiczeń, chociaż wtedy często to ukierunkowanie sprawia, że ćwiczenia są proste, nie zajmują dużo czasu (często kilka minut), jednak wymagają powtarzania minimum co 2 godziny. Ćwiczenia co jakiś czas są weryfikowane i zmieniane przez terapeutę, aż do zakończenia programu, często po kilku tygodniach od ustąpienia dolegliwości. To daje nam większe prawdopodobieństwo uniknięcia wczesnych nawrotów dolegliwości.

### Czy wizyta u tzw. kręgarza może pomóc?

Pewnie chodzi o tzw. „nastawianie” kręgośtua. Pod tym określeniem pacjenci rozumieją wizyty u osób w jakiś sposób przyuczonych do wykonywania gwałtownych i siłowych ruchów kręgośtua, które to działania nie mają żadnych znamion fachowej diagnozy i terapii. Fakt uzyskiwania jakiegось ulgi u części korzystających z ich usług pacjentów powoduje, że bezkrytyczne zaufanie czasami kończy się znacznym pogorszeniem lub trwałą niepełnosprawnością. Nie dotyczy to wyszkolonych specjalistów terapii manualnej (lekarzy lub fizjoterapeutów), gdyż oni zobligowani są do wcześniejszego diagnozowania pacjentów i zabiegi te stosowane powinny być tylko w tych przypadkach, w których mogą być bezpieczne. Idealnie byłoby, gdyby zabiegowi mobilizacji, czy manipulacji kręgośtua towarzyszyła dokładna edukacja zasad profilaktyki.

### Proszę powiedzieć, skąd bierze się np. ból barku lub ręki, gdy problem tkwi tak naprawdę w odcinku szyjnym kręgośtua?

Schorzenia kręgośtua, w których przyczyną dolegliwości jest dysk, jak i inne patologie, mogą prowadzić do promieniowania bólu do części ciała poza kręgośtuem, najczęściej do kończyn górnych i dolnych. Może to być związane z uciskiem na strukturę nerwowe, jak korzenie, czy nerwy, może to być także tzw. ból somatyczny, rzutowany, który związany jest z drażnieniem zakończeń nerwowych w patologicznie zmienionych tkankach.

Dokładny wywiad i badanie neurologiczne w większości przypadków wyjaśnia, z jakim rodzajem promieniowania mamy do czynienia. W trakcie badania obserwujemy sposób zachowania się tych dolegliwości i jeśli promieniają coraz bardziej obwodowo, nazywamy to peryferyzacją, jeśli dolegliwości np. ból przenosi się na części ciała leżące bliżej kręgośtua nazywamy to centralizacją. Jest to ważny wskaźnik właściwego dobrania ćwiczeń i prawidłowości ich wykonywania,

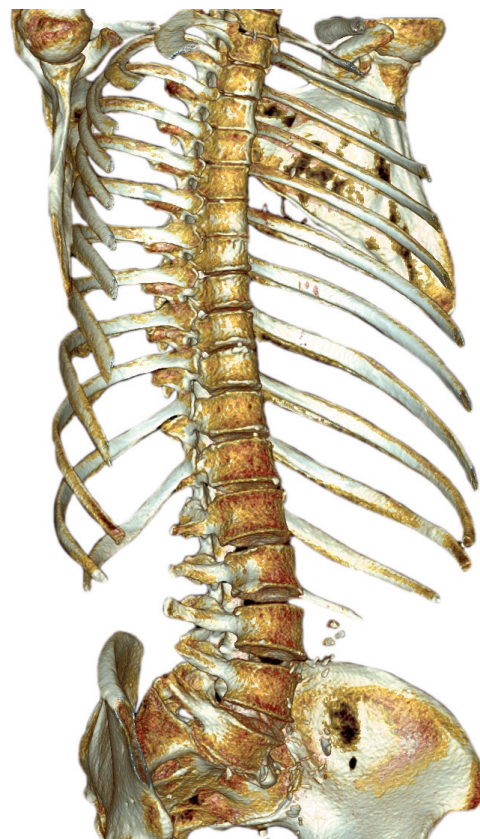
gdyż peryferyzacja jest zawsze czynnikiem niekorzystnym i należy wtedy przerwać ćwiczenia, bądź zmienić sposób ich wykonywania. Daje to bezpieczeństwo dla pacjenta i ogranicza możliwość sprowokowania pogorszenia w okresach między wizytami u lekarza lub terapeuty.

### Skąd się bierze przepuklina, jak przeciwdziałać jej powstaniu, jak sobie pomóc, kiedy boli?

To, co pacjent nazywa przepukliną, w rzeczywistości może być zwyrodnieniem krążka międzykręgowego, czyli dysku, na różnych etapach tego procesu. Początkowo w wyniku procesu zwyrodnieniowego, w tym odwodnienia krążka, dochodzi do wewnątrzdyfuzji przemieszczenia jądra miążdżystego. Przed tzw. wypadnięciem jądra miążdżystego chroni dość silny, otaczający go pierścień włóknisty. W wyniku przeciążeń, bądź urazów dochodzi do uszkodzenia pierścienia włóknistego i przemieszczenia jądra miążdżystego, najczęściej ku tyłowi i do boku, co daje nasilające się objawy bólu pleców i promieniowania do kończyny. Jeśli te przemieszczenia są odwracalne, nazywamy je protruzją, bądź wypukliną, jeśli są nieodwracalne – ekstruzją lub przepukliną. W tym ostatnim przypadku ćwiczenia nie dają już tak wyraźnej i dynamicznej poprawy, a w skrajnych przypadkach konieczne jest usunięcie „wypadniętego jądra miążdżystego”. Oczywiście zdarza się, że pacjent ma masywną przepuklinę, a dolegliwości mimo braku leczenia operacyjnego stopniowo zmniejszają się lub całkowicie ustępują.

### Rwa kulszowa, czy tzw. korzonki?

Często do ogólnie nazwanego worka rozpoznania „bóle krzyża”, wrzucane są takie określenia, jak: rwa kulszowa, zapalenie korzonków, bóle pleców lub inne dolegliwości związane z patologią kręgośtua. Samo potoczne rozpoznanie nie sugeruje jednoznacznego rozpoznania klinicznego. Dlatego czasem inaczej nazywając mówimy o tym samym, a czasem odwrotnie. Dlatego bardzo ważne jest sprecyzowanie rodzaju przyczyny, czyli miejsca, gdzie prawdopodobnie dochodzi do patologii i jaki jest udział w tym układzie nerwowego. Wszystkie sytuacje, gdy wystę-



pują tzw. ubytkowe objawy neurologiczne wymagają pilnego diagnozowania i czasem leczenia chirurgicznego.

Tzw. zapalenie korzonków sugeruje stan zapalny, a tak naprawdę używane jest do określenia bólu w okolicy lędźwiowej i nie związane jest z procesem zapalnym. Rwa kulszowa to określenie zarezerwowane do patologii, która prowadzi do ucisku na korzenie lędźwiowe, bądź krzyżowe z charakterystycznym promieniowaniem bólu, czasem zaburzeniami czucia, osłabieniem mięśni zaopatrywanych przez uciskane korzenie nerwowe. W rzeczywistości z taką sytuacją mamy stosunkowo rzadko do czynienia. Najczęściej spotykamy pacjentów z bólem okolicy lędźwiowej promieniującym do pośladka, uda, łydki, stopy, spowodowanym przemieszczeniami wewnątrzdyfuzyjnymi, co klinicznie przejawia się dużą zmiennością zgłaszanych objawów, np. „boli, jak siedzę lub dłużej stoję, ale jak pochodzę, przestaje” lub „są dni, kiedy boli mnie tylko w kręgośtuie, a czasem także w pośladku”.

Magdalena Kantorczyk

**Już w następnym numerze poradnik, a w nim proste zasady i ćwiczenia, które pomogą nam zachować sprawność, zdrowy kręgośtua i ustrzec się bólu.**

# Każde dziecko jest wartością samą w sobie

**Z**espót Downa to choroba genetyczna spowodowana trisomią chromosomu 21, której oprócz charakterystycznych cech dymorficznych, towarzyszą różne wady wrodzone i upośledzenie umysłowe. Noworodki z Zespołem Downa przejawiają różnice w budowie i wyglądzie twarzy, szyi, stóp i rąk, a przede wszystkim mają słabsze napięcie mięśniowe (hipotonię) w porównaniu ze zdrowymi noworodkami. Mimo tego, niepełnosprawne dziecko ma takie same potrzeby, jak dziecko zdrowe i tyle samo może dać radości rodzicom i bliskim. Oczywiście, potrzebuje więcej uwagi, koncentracji, ale przede wszystkim potrzebuje akceptacji i miłości. A kocha się je tak samo.

A Ty rodzicu, jeśli urodziło Ci się dziecko z Zespołem Downa, w przyszłości będziesz pozytywnie zaskoczony, bo będzie inaczej, niż teraz Ci się wydaje. Twoje dziecko będzie takim samym maluchem, jak wszystkie inne. Będzie mieć pewne ograniczenia, ale tak samo przecież może dźiać się i ze zdrowym dzieckiem.

Masz dziecko, które zawsze, bez względu na wszystko będzie Cię kochać. Każdego dnia będzie Cię zadziwiać i nigdy nie przestanie czynić Twojego życia lepszym i piękniejszym.



**O potrzebach dziecka z Zespołem Downa i jego rodziców, wrażliwości społeczeństwa na problem niepełnosprawności, a także o współpracy WSS w Olsztynie ze Stowarzyszeniem Rodzin i Przyjaciół Osób z Zespołem Downa „Strzał w 10” rozmawiam z Ewą Kowerzanow-Luto, Prezesem Stowarzyszenia.**

Niedawno WSS w Olsztynie podpisał porozumienie ze Stowarzyszeniem „Strzał w 10”. Proszę powiedzieć, czym zajmuje się to Stowarzyszenie i na czym będzie polegała nasza współpraca?

1 sierpnia 2014 r. Stowarzyszenie „Strzał w 10” podpisało porozumienie z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Olsztynie, w zakresie opieki nad rodzicami nowonarodzonych dzieci z Zespołem Downa. Osoby ze Stowarzyszenia udzielają informacji w zakresie opieki i rehabilitacji nad dzieckiem z Zespołem Downa, dają wskazówki, gdzie po kolei rodzic ma się udać, żeby uzyskać orzeczenie o niepełnosprawności. A przede wszystkim mówią, jak się żyje z dzieckiem z Zespołem Downa. Naszą intencją jest bezpośrednia opieka nad rodzicami, żeby nie czuli się opuszczeni, pozostawieni sami sobie, gdyż takie uczucie towarzyszy rodzicom w momencie pojawienia się dziecka z Zespołem Downa. Są to trudne rozmowy, bo towarzyszy im ból, tży, często pytania typu: dlaczego to nas spotkało? Chcemy w lżejszy sposób pomóc rodzicom pogodzić się z faktem, iż ich dziecko jest niepełnosprawne, jest to jednostkowe podchodzenie do tematu. Każdy rodzic potrzebuje swojego czasu na pogodzenie się z zaistniałą sytuacją.

Stowarzyszenie przede wszystkim zajmuje się pomocą i rehabilitacją w szerokim zakresie (logopedia, integracja sensoryczna, zajęcia na basenie, dogoterapia, hipoterapia, itp.) osób z Zespołem Downa oraz wspieraniem rodziców.

Jak może Pani ocenić zainteresowanie społeczeństwa problemami osób niepełnosprawnych, w szczególności osób z Zespołem Downa?

Zainteresowanie... nie zauważyłam zainteresowań wśród społeczeństwa osobami niepełnosprawnymi. Jedyne, jeżeli ktoś jest studentem pedagogiki specjalnej i pisze pracę magisterską, to wtedy zaczyna interesować się tą tematyką. Ogólnie społeczeństwo boi się osób niepełnosprawnych, boi się, bo ich nie zna. Dość często nie chce poznać, bo tak jest wygodniej. Z tego też powodu 29 października 2014 r. Stowarzyszenie zorganizowało spotkanie pn. „Nie bój się, poznaj mnie”. Odbiór był satysfakcjonujący, było bardzo dużo młodzieży i studentów.

Czy w XXI wieku zdarza się, że dzieci nadal dotyka problem wykluczenia społecznego?

Ten problem nie został rozwiązany. Dzieci, które nie obcują z osobami niepełnosprawnymi nie rozumieją tych ludzi, oni są dla nich po prostu inni. Dość często słyszy się wypowiedziane w obraźliwy sposób słowa: „Ty Downie”, albo „zachowujesz się jak Down”. Ludzie nie zdają sobie sprawy ze znaczenia tego słowa oraz z faktu, iż rżają rodziców osób z tą wadą genetyczną. My takiego zrozumienia i tolerancji na „inne zachowania” uczymy w naszym przedszkolu, które działa od września 2013 r. W tym miejscu, które nazywa się „Dziecięce Marzenia” budujemy i wzmacniamy mocne strony dzieci niepełnospraw-



nych i pełnosprawnych. W naszym przedszkolu każde dziecko jest wartością samą w sobie, którą warto pielęgnować. A tego brakuje w placówkach oświatowych ogólnodostępnych, czy też tak pięknie zwanych „integracyjnych”.

#### Jakiego wsparcia szczególnie potrzebują rodzice, którzy dowiadują się, że ich dziecko będzie niepełnosprawne?

Rodzice przede wszystkim potrzebują rozmowy z drugim rodzicem, który już to przeżył. W tym momencie, kiedy dowiadują się, że ich dziecko będzie niepełnosprawne, w niewielkim stopniu docierają do nich informacje medyczne. Oni chcą wiedzieć, jak się żyje z dzieckiem z Zespołem Downa, jak będzie się rozwijało, jak należy je rehabilitować.

#### W jakim stopniu narodziny niepełnosprawnego dziecka wpływają na wzajemne relacje rodziców i na ich życie? Jak nauczyć się z tym żyć, gdy wszystko nagle wywraca się o 180 stopni?

To jest bardzo delikatne pytanie, gdyż zależy po prostu od charakteru rodziców. W moim przypadku narodziny Bartka były najpierw szokiem, a później walką o jego życie. Bartek w wieku trzech miesięcy miał wykonany zabieg korekcji serca. I dla nas to było najważniejsze. Każdy w indywidualny sposób potrzebuje oswojenia się z tą sytuacją. My, po operacji serca naszego syna, musieliśmy stawić czoło ustawicznej rehabilitacji, ciągłym wizytom – od jednego specjalisty do drugiego. Nie uczyliśmy się tego, przyjęliśmy to wszystko z pokorą, bo wiedzieliśmy, że robimy to dla naszego kochanego dziecka. I w tym momencie nie jest ważne nasze ego, tylko potrzeby dziecka.

#### Jak wygląda akceptacja dziecka niepełnosprawnego przez rodzeństwo, najbliższą rodzinę i znajomych? Na czym powinna w tym względzie polegać „mądrość rodziców”?

W swoim przypadku nie widzę braku akceptacji Bartka przez jego dwóch braci. W mojej rodzinie między dziećmi są dokładnie takie same relacje, jak w każdym innym rodzeństwie: raz się kochają, raz się kłócą i nie ma tu znaczenia niepełnosprawność Bartka.

Natomiast wiem, że istnieje w innych rodzinach problem braku akceptacji. Rozmawiając z mamami nowonarodzonych dzieci dość często pada pytanie: a co na to rodzina, jak zareagują, co powiedzą znajomi? Odpowiadam, że na wszystko potrzeby jest czas. Natomiast,

jeżeli ktoś nie rozumie tej sytuacji, albo nie umie jej zaakceptować, to tego niestety nigdy się nie nauczy. I nie możemy go zmusić do akceptacji i miłości do niepełnosprawnego dziecka.

#### Jakie są potrzeby rehabilitacyjne i społeczne takich dzieci?

Im wcześniej rehabilitowane są dzieci niepełnosprawne, tym działają to na ich większą korzyść. W zakres rehabilitacji wchodzi zarówno zajęcia logopedyczne, z integracji sensorycznej, jak i zajęcia ruchowe, zajęcia na basenie, dogoterapia, hipoterapia itp. – te wszystkie zajęcia usprawniają dzieci z Zespołem Downa, pomagają im lepiej się rozwijać.

Z kolei potrzeby społeczne są bardzo proste – przede wszystkim być akceptowanym i kochanym.

#### Jakie jest podejście i otwartość oświaty na usprawnianie intelektualne dziecka niepełnosprawnego, szczególnie z Zespołem Downa? Jaka jest pomoc i wsparcie udzielone rodzicom dziecka?

W ośrodkach specjalnych podejście, otwartość jest na wysokim poziomie. Jednak brakuje tego na poziomie oświaty ogólnodostępnej. Rodzice muszą o wszystko zabiegać i upominać się. Osoby niepełnosprawne w oświacie są problematyczne i nie każda placówka podejmuje wyzwanie. Uważam, że w oświacie nie ma czegoś takiego jak pomoc rodzicom.

Zapomina się o tym, że obcowanie osób niepełnosprawnych i pełnosprawnych jest korzystne dla dwóch stron, a osoby niepełnosprawne często traktowane są jak kula u nogi.

*Magdalena Kantorczyk*



#### **Ewa Kowczanow-Luto**

Mama trójki chłopaków, wspaniały mąż Michał, dwa koty Szczęściarz i Czarny. Prezes Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Osób z Zespołem Downa „Strzał w 10” w Olsztynie. Działaczka – od kiedy pamięta zawsze stała po stronie osób starszych i potrzebujących.



# Sprostamy wymaganiom naszych Pacjentelek

Od 1 października 2014 r. dr n. med. Tomasz Waśniewski objął stanowisko ordynatora Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Ginekologii Onkologicznej WSS w Olsztynie. Rozmawiamy o planach i wyzwaniach, a także o kierunku rozwoju świadczeń medycznych z zakresu ginekologii onkologicznej i położnictwa.

**Panie Doktorze, objął Pan stanowisko ordynatora w trudnym okresie. Wiele wyzwań przed Państwem, związanych m.in. z modernizacją powierzchni oddziałów. Proszę powiedzieć, co przyniosą te zmiany?**

Przed Naszym Oddziałem rzeczywiście wiele wyzwań wymagających modernizacji zarówno pod względem infrastruktury, jak i organizacji pracy personelu. W niedługim czasie Ministerstwo Zdrowia wprowadzi tzw. „pakiet onkologiczny”, do którego na szczęście jesteśmy znakomicie przygotowani, zarówno pod względem kadrowym, merytorycznym, jak i organizacyjnym. Dzięki działalności moich znakomitych poprzedników i nauczycieli, dr. n. med. Marka Stefanowicza, a wcześniej dr. n. med. Henryka Makowskiego, już od dawna Nasz Oddział pełni funkcję ośrodka koordynującego leczenie nowotworów żeńskich narządów płciowych dla całego województwa, więc działania Dyrekcji naszego Szpitala i naszego Zespołu wyprzedziły niejako zalecenia i ustawy Pana Ministra. Stworzyliśmy „konsylia” zajmujące się ustalaniem koncepcji leczenia pacjentek z nowotworami narządu rodowego, operujemy niemal 60 % chorych z tymi nowotworami z województwa, prowadzimy petnoprofilową chemioterapię, zorganizowaliśmy „follow-up” chorych po zakończeniu leczenia – mogę więc stwierdzić, że Oddział jest przygotowany do leczenia Naszych Pacjentelek zgodnie z wymogami pakietu.

Modernizacji poddany zostanie także Oddział Patologii Cięży i Położniczy. Obserwowany w Polsce niż demograficzny wchodzący obecnie w wiek prokreacji na szczęście nie

ma odbicia w liczbie pacjentek zgłaszających się do naszego Oddziału. Stwierdzamy wręcz przeciwnie zjawisko – pacjentki chcą rodzić w naszym Szpitalu, być pod opieką naszego zespołu. Jest to powód do wielkiej dumy dla nas i skłania do jeszcze większej pracy dla poprawy warunków i bezpieczeństwa naszych pacjentek i ich dzieci. Oddział jest jedynym Ośrodkiem III-go, najwyższego, poziomu referencyjnego w województwie warmińsko-mazurskim w zakresie patologii ciąży i położnictwa, mamy znakomitą kadrę lekarzy – położników, wspaniatych, oddanych pacjentkom położnych, świetnych neonatologów, dobry sprzęt, więc także nas cieszy, że nie tylko pacjentki, ale także lekarze z innych szpitali regionu, doceniają wyniki naszej pracy i kierują do nas ciężarne z powikłaniami ciąży. Jedynym niedociągnięciem naszej pracy była znacznie już zużyta infrastruktura Oddziału. Dzięki życzliwości Pani Dyrektor ma się to wkrótce zmienić! Rozpoczynamy remont całego VI-go piętra, modernizując Oddział Położniczy, Patologii Cięży, Trakt Porodowy. W ramach remontu zostanie także powiększony i zmodernizowany Oddział Intensywnej Terapii Noworodka. Utworzonych zostanie 15 stanowisk intensywnego nadzoru noworodkowego, co dodatkowo poprawi bezpieczeństwo porodów w naszym Szpitalu. Planujemy także przeniesienie planowych cięć cesarskich na nowy blok operacyjny. Modernizacja naszego piętra nie byłaby możliwa bez życzliwości i zrozumienia ze strony innych Oddziałów Szpitala. Dlatego jeszcze raz chciałbym bardzo podziękować całej Dyrekcji oraz Panom Ordynatorom: Oddziału Ortopedii – dr. n. med. Tomaszowi Niedźwieckiemu i Oddzia-

tu Neurochirurgii – dr. n. med. Waldemarowi Och oraz Personelowi tych Oddziałów za pomoc i wyrozumiałość okazaną w tej sytuacji.

**Patrząc kompleksowo na realizację świadczeń, w którym kierunku będzie Pan chciał rozwijać procedury? Jakie są potrzeby pacjentek województwa warmińsko – mazurskiego, jakich świadczeń brakuje nam w regionie i na co położy Pan szczególny nacisk?**

Mamy wielkie szczęście pracować w Oddziale, którego zakres działalności w dużym procencie obejmuje procedury nielimitowane, tzn. że za tego typu leczenie uzyskamy finansowanie ze strony NFZ. Dotyczy to w chwili obecnej większości procedur położniczych, a od stycznia 2015 roku prawdopodobnie procedur onkologicznych. I te dziedziny naszej działalności będą na pewno priorytetem naszej pracy. Stały rozwój naukowy naszego Zespołu, wprowadzanie nowych technik operacyjnych, poszerzenie programów chemioterapii – np. dootrzewnowa chemioterapia w hipertermii (HIPEC) w raku jajnika, poszerzenie zakresu zabiegów wewnątrzmacicznych na płodach, w tym zwłaszcza genetycznej kordocentezy – to wyzwania, z którymi w najbliższym czasie Oddział chciałby się zmierzyć. Ale przy tak znakomitej kadrze lekarskiej Oddziału, fantastycznych położnych oraz współpracy z innymi Oddziałami w tak świetnym jak nasz Szpitalu jestem pewien, że sprostamy wszelkim wymaganiom naszych Pacjentelek, bo to o ich zdrowie, bezpieczeństwo i zadowolenie z wyników leczenia przede wszystkim chodzi.

*Magdalena Kantorczyk*





# Nowy szef neonatologii



**17 września 2014 r. dr n. med. Norbert Dera objął stanowisko koordynatora Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka w WSS w Olsztynie. Rozmawiamy o perspektywach rozwoju oddziału, a także o opiece nad najmłodszymi pacjentami Szpitala.**

Przed Państwem wyzwanie dostosowania oddziału do rzeczywistych potrzeb. Jakie widzi Pan możliwości rozwiązania problemów, z którymi dotychczas zmierza się oddział i personel?

Podstawą sprawnego funkcjonowania oddziału jest szybkie i sprawne przeprowadzenie prac remontowych, bez zaburzenia ciągłości naszej pracy, a także zwiększenie liczby stanowisk intensywnej terapii i nadzoru noworodka. Dodatkowym wyzwaniem jest zakup sprzętu niezbędnego do właściwej obsługi porodów w nowym bloku operacyjnym, m.in. inkubatora transportowego z respiratorem oraz stanowiska do resuscytacji dla noworodków. Olbrzymim problemem jest również zabezpieczenie pracy oddziału, związanej z dużymi brakami wykwalifikowanego personelu.

Jakie są perspektywy rozwoju naszej neonatologii?

Mam nadzieję, że zwiększenie stanowiska na oddziale intensywnej terapii noworodka umożliwi poszerzenie zakresu działalności o stosowanie nowych procedur leczniczych. Biorąc pod uwagę obecność kardiologa dziecięcego w zespole, można byłoby rozszerzyć diagnostykę kardiologiczną oraz przeprowa-

dzać podstawowe zabiegi kardiologiczne, np. podwiązanie drożnego DA (przewodu tętniczego). Dodatkowym problemem, który można tu napotkać jest zabezpieczenie anestezyjologiczne pacjenta w trakcie zabiegu, co wymagałoby przeszkolenia co najmniej 2 zespołów anestezyjologicznych, zabezpieczających te zabiegi. Jednocześnie myśląc o braku w promieniu kilkuset kilometrów takiej formy terapii, jak chłodzenie, stosowanej w sytuacjach ciężkiej zamartwicy noworodka, a którą należy zastosować do 6 godzin od urodzenia, rozważam wraz z zespołem podjęcie działań, umożliwiających wdrożenie tego przedsięwzięcia. Wszystko uwarunkowane jest jednak sprawnym przeprowadzeniem remontu oraz dodatkowymi zakupami sprzętowymi i przeszkoleniem personelu medycznego.

Neonatologia to młoda, dynamicznie rozwijająca się dziedzina medycyny, jednak brakuje specjalistów w jej zakresie. Dlaczego tak mało lekarzy wybiera tę specjalizację?

Problemy z młodą kadrą, personelem medycznym, chcącym specjalizować się w dziedzinie neonatologii wynikają przede wszystkim z faktu, że ta dziedzina medycyny, jest tak jak pani zauważyła, przede wszystkim młoda

i rozwojowa, w której wielokrotnie należy wybiegać poza standardy i schematy. Dynamika rozwoju wpływa na stałą modyfikację procesów leczniczych, szczególnie biorąc pod uwagę intensywną terapię noworodka, czy skrajne wcześniactwo. Wielokrotnie można dojść do wniosku, że zajmujemy się nie pojedynczym pacjentem, ale grupą osób, tj. matym pacjentem i jego rodziną. Chęć posiadania dziecka i jego narodziny są czymś tak szczególnym i wyjątkowym, szczęściem dla rodziców, że obawy związane z pierwszymi godzinami i dnami życia są wielokrotnie wykraczające poza nasze wyobrażenie. Biorąc pod uwagę powyższe, ciąży na nas dodatkowa presja. Nasz pacjent nie jest w stanie wyrazić słowami swoich problemów, emocji i dolegliwości, stąd tak ważne są zarówno nasze obserwacje, doświadczenie, jak i komunikacja z rodzicem, w celu postawienia odpowiedniej diagnozy i zastosowania właściwego leczenia. Wielokrotnie stajemy przed dylematami moralnymi i diagnostycznymi – leczniczymi. Staramy się wywarzyć rozsądek z dobrem pacjenta i jak najlepszym postępowaniem. Nie obce jest nam poczucie smutku i rozżalenia, wręcz uczucie własnego dramatu w sytuacjach, kiedy przegrywamy walkę z chorobą i tracimy pacjenta. Dlatego też uważam, że w związku z trudami pracy, zdając sobie sprawę z obciążień psychicznych, jakie na nas spoczywają, wynika problem z pozyskiwaniem specjalistów. Praktycznie każdy z nas posiada dzieci i wiemy, jak ciężko zachować spokój w chwili ich choroby, gdy wkrada się niepewność i obawa o ich zdrowie i życie. Wraz z odejściem dziecka tracimy marzenia, dlatego też jest to dodatkowy czynnik, który nie pomaga w pozyskaniu nowej kadry. Nikt nie lubi odbierać ludziom poczucia szczęścia i marzeń.

Co jest ważne w opiece nad wcześniakiem?

Przed wszystkim doświadczenie, wynikająca z tego wiedza, poparta oczywiście odpowiednią liczbą personelu i sprzętu medycznego. Praca wymaga od nas doskonałości zawodowej, nieustannego pogłębiania wiedzy i ciągłego jej uaktualniania. Wiąże się to z uczestnictwem w konferencjach, zjazdach, kursach, co przy ograniczonej liczbie personelu jest niezwykle trudnym wyzwaniem. Dlatego też, w miarę możliwości, będziemy starać się również szkolić kadrę w ramach wewnętrznych spotkań oraz kursów, organizowanych na bazie naszego oddziału.



Fot. Milena Szostak



# Mycie rąk może uratować życie!



mgr Anna Onyszk  
kierownik Zakładu Bakteriologii

**Jeżeli podstawowe zasady higieny nie wejdą nam w krew, to nie możemy mieć złudzeń, że obronimy się nie tylko przed Ebolą, ale także przed „swojskimi” patogenami. Każdy pacjent jest wielką epidemiologiczną niewiadomą i nie musi być turystą z Sierra Leone, czy Bangladeszu.**

**W** ostatnich miesiącach tematem wiodącym w doniesieniach prasowych jest wirus Ebola. Jak duże jest niebezpieczeństwo przedostania się go do Polski, jak zachowa się system ochrony zdrowia w sytuacji realnego zagrożenia i czy jesteśmy w stanie zapobiec ewentualnej epidemii? Państwowy Zakład Higieny opracował wytyczne dla lekarzy i służb medycznych, dotyczące postępowania z chorymi podejrzanymi o zakażenie wirusem. Na szpitala narzucono obowiązki stworzenia odrębnych procedur postępowania w przypadku podejrzenia/ wystąpienia zakażenia tym wirusem. Eksperci i politycy uspokajają, że szanse przeniesienia się wirusa do Polski jest minimalne dlatego, że jesteśmy daleko od Afryki i nie mamy potąceń bezpośrednich z krajami zaatakowanymi przez Ebolę. Zachodzi pytanie, czy prof. Andrzej Horban – konsultant krajowy ds. chorób zakaźnych mówiąc, że gdy do szpitala trafi pacjent z podejrzeniem zakażenia, to personel ucieknie w panice, wykazał się swoistym poczuciem humoru, czy wysokim realizmem. Myślę, że nie chodziło mu tylko o stopień wyposażenia placówek zdrowotnych w kombinezony, maski, czy inne środki ochrony osobistej, ale także o przestrzeganie procedur od dawna istniejących w każdym szpitalu, a dotyczących zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń. Wirus Ebola jest medialny, ale mało, mam nadzieję, realny. Nie możemy zapominać o codziennych zagrożeniach, jakie czyhają w szpitalu na pracowników ochrony zdrowia, czy pacjentów.

Zdecydowanie bardziej zakaźny i realny od wirusa Ebola jest wirus grypy. Przenosi

się łatwiej z człowieka na człowieka, bo szerzy się przez kontakt bezpośredni z chorym drogą kropelkową: podczas mówienia, kichania, czy kaszlenia. Łatwo przenosi się na dłoniach, gdy dotknie się przedmiotów skażonych przez chorego (np. szafki, klamki). Podczas zesztorocznego sezonu na grypę zachorowało 2,5 miliona Polaków, z czego ok. 7 tysięcy z nich wymagało hospitalizacji, a 15 umarło (w sezonie 2012/2013 hospitalizowano 13 tysięcy rodaków, a zmarło 119). Statystyka jest prawdopodobnie zaniżona z powody słabej diagnostyki oraz sporej ilości gryp „przechodzonych”.

Temat grypy stał się medialny, gdy w 2009 roku WHO ogłosiła pandemię świńskiej grypy i rozpoczęto na szeroką skalę program uświadamiający, jak ważną rolę w zapobieganiu zakażeniom ma mycie rąk i przestrzeganie podstawowych zasad higieny. Dostępne są także, co rok aktualizowane, szczepionki, ale tylko 3,8% Polaków zaszczepiło się w sezonie 2013/2014. Nie zapominajmy także o gruźlicy, która pomimo powszechnych szczepień nie odpuszcza, i co groźna, staje się coraz bardziej odporna na leczenie. W Europie Wschodniej i w Azji nie obowiązuje program szczepień i tam właśnie najczęściej notuje się szczepy prątków odporne na leki.

Gruźlicą, tak jak i grypą, łatwiej zarazić się niż wirusem Ebola, bo rozprzestrzenia się drogą kropelkową, łatwiej jest spotkać osoby zakażone (sklepy, autobusy, szkoła), a odporność poszczepienna może nie być wystarczająca, aby nas ochronić. Uznaje się, że ze wszystkich chorób zakaźnych jedynie wirus HIV zabija więcej ludzi niż gruźlica.

Jeszcze niedawno, równie egzotyczny jak zagrożenie wirusem Ebola, był problem zakażenia pętkami jelitowymi *Klebsiella pneumoniae* NDM opornymi na wszystkie dostępne antybiotyki. Szczep ten bardzo łatwo przenosi się z człowieka na człowieka, zasiedla jelita – więc trudno się go pozbyć, co gorsza – może przekazać geny oporności innym pętkom jelitowym – np. *E.coli*, wykazuje większą zjadliwość niż „zwyczajne” pętki jelitowe, no i przede wszystkim, nie ma czym wyleczyć zakażeń przez niego wywołanych. Ponieważ szczep ten pochodzi z Azji Wschodniej (pierwsze informacje pochodzą z 2008 r.), z którą Polska także nie ma bezpośrednich połączeń, czuliśmy się bezpieczni. Na krótko, bo pojawił się także w Polsce. Oprócz szpitali warszawskich, ognisko *Klebsiella* NDM wykryto w tym roku w Poznaniu. We wrześniu 2014 roku zanotowano 130 przypadków zakażeń/nosicielstwa tą pętką. Wg WHO z powodu niemożliwych do oprowadzenia infekcji bakteryjnych, co roku w Unii Europejskiej umiera ponad 25 tysięcy osób.

Regularnie pojawia się temat sepsy meningokokowej, problem szczególnie bolesny, gdyż dotyczący przede wszystkim dzieci i młodzież (głównie dzieci do 5 roku życia i młodzież 15–24 lat) oraz, że przebiega w dramatycznie gwałtowny sposób. *Neisseria meningitidis* – bakteria odpowiedzialna za te zakażenia, kolonizuje górne drogi oddechowe u 10–25% zdrowej populacji. Takie bezobjawowe nosicielstwo u jednych osób nie przechodzi w stan zakażenia, ale u drugiej osoby zamienia się w chorobę zagrażającą życiu. Zakażenia meningokokiem prowadzą



średnio do zgonu u 10% chorych, ale w przypadku postaci uogólnionej – sepsa u 20–70%. Co drugi zgon następuje w pierwszej dobie od pojawienia się objawów. Bakteria przenosi się podczas bezpośredniego kontaktu z wydzielinami śluzówki gardła (pocatunki, wspólna szklanka, niedomyta łyżeczka, itp).

Nie tylko pacjent z wirusem Ebola jest zagrożeniem dla szpitala (pracownicy, pacjenci), ale także z grypą, gruźlicą, pneumokokiem, meningokokiem, bakteriami „alarmowymi”, czy innymi mikroorganizmami i pasożytami. Mankamentem polskiego systemu ochrony zdrowia jest brak możliwości izolacji pacjenta podejrzanego/ zakażonego patogenem alarmowym. W Polsce liczba izolatów jednoosobowych nie przekracza 5%, podczas gdy we Francji wynosi 30%. Niedoceniany jest podstawowy, najprostszy i najtańszy sposób ochrony siebie i innych – mycie/ dezynfekcja rąk. Wiele badań epidemiologicznych wskazuje, że to ręce personelu medycznego są główną drogą przemieszczania się patogenów w środowisku szpitalnym.

Wg Zakładu Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego i Główniej In-

spekcji Sanitarnej mycie rąk zmniejsza ryzyko zakażenia na grypę i inne infekcje oddechowe, redukuje ryzyko zachorowań na biegunkę bakteryjną/wirusową, zapalenie wątroby typu A, czy bakteryjne zakażenia skóry. Z szacunków Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wynika, że co ósmy Polak nie myje rąk przed jedzeniem, co piąty nie robi tego po powrocie do domu, co drugi mężczyzna i co czwarta kobieta nie myją rąk po wyjściu z toalety. Biorąc pod uwagę, że środowisko szpitala jest „bogate” w super-bakterie, super-wirusy, czy pasożyty, dla ochrony pacjentów, ale i własnej, trzeba przestrzegać procedur zapobiegających rozprzestrzenianiu się zakażeń, czyli głównie mycia i dezynfekcji rąk, stosowania środków ochrony osobistej (rękawiczki, maski itp). Przypadek pielęgniarki z Madrytu, która zaraziła się wirusem Ebola, pomimo obostrzonych procedur w szpitalu „przygotowanym” do kryzysowych przypadków pokazała, że nie ma 100% zabezpieczeń. Trzeba więc robić wszystko, żeby jak najbardziej zminimalizować zagrożenie. Jeżeli podstawowe zasady higieny nie wejdą nam w krew,

to nie możemy mieć złudzeń, że obronimy się nie tylko przed Ebolą, ale także „swojskimi” patogenami. Każdy pacjent jest wielką epidemiologiczną niewiadomą i nie musi być turystą z Sierra Leone, czy Bangladeszu, wystarczy, że leczył się w Poznaniu, Warszawie, czy innej placówce ochrony zdrowia, że mieszka w domu opieki społecznej, akademiku, jednostce wojskowej. Dzięki lotniczemu linio przewozowemu świat, nawet najbardziej egzotyczny, stał się bardzo dostępny. Człowiek, który zgłosił się na Izbę Przyjęć z kaszlem, bólem głowy, łamaniem w stawach może być wylegarnią wirusa grypy, meningokoka, pneumokoka, gruźlicy, zarodźca malarii, pęteczek hemofilnych i wielu innych patogenów. Jako pracownicy służby zdrowia musimy być przygotowani na kontakt zarówno z typowymi przypadkami zakażeń, jak i egzotycznymi. To zrozumiałe, że obawiamy się wirusa Ebola, ale statystycznie znacznie bardziej jesteśmy narażeni na swojskie zarazki. Pacjent nie będzie dla nas zagrożeniem, ani my dla niego, jeżeli będziemy przestrzegać istniejących od wielu lat procedur.

Cykl: Problemy i wyzwania w profilaktyce zakażeń szpitalnych, cz. III

## Rola i zadania pielęgniarki epidemiologicznej w Szpitalu



Ewa Pietrusińska  
Katarzyna Grabowska

**Szpital to dynamicznie zmieniający się ekosystem, którego elementami są ludzie, drobnoustroje i środowisko. Szpital to ludzie – pacjenci i personel. W naszym szpitalu hospitalizowanych jest rocznie ponad 20 tys. pacjentów, nad którymi sprawuje opiekę ponad 1000 pracowników.**

**S**zpital to również drobnoustroje zmieniające swe cechy pod wpływem antybiotyków, środków dezynfekcyjnych. Szpital to szczególne środowisko przeznaczone do prowadzenia działalności medycznej i edukacyjnej, wyposażone w skomplikowaną aparaturę.

Zakażenia szpitalne stanowią jedno z podstawowych zagadnień polskiej i światowej

medycyny. Rozwój tematyki zakażeń w placówkach ochrony zdrowia, podejmowanie walki z nimi było impulsem do utworzenia zespołów osób zajmujących się tą problematyką.

W Polsce rozwój pielęgniarstwa epidemiologicznego przypada na lata 80. Pierwsze stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej zostało utworzone w 1980 roku, natomiast

pierwszy ramowy zakres czynności został opracowany przez Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych przy Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju w 1996 roku.

W ustawie z dnia 6 grudnia 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach pojawiły się zapisy, dotyczące członków kontroli zakażeń, który pielęgniarkę epidemiologiczną wymieniał w liczbie jednej na 250



łówek. Kwalifikacje regulowało rozporządzenie z 21 grudnia 2004 roku w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń zakładowych. Doświadczenia związane z walką z zakażeniami powodowały wzrost wymagań dotyczących kwalifikacji pielęgniarki epidemiologicznej. Równocześnie rosty też wymagania dotyczące kompetencji i uprawnień. Regulacje prawne są podstawą działania, która wytycza zadania i pozycje w zakresie nadzoru nad zakażeniami. Obowiązująca ustawa z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń u ludzi określa skład zespołu kontroli zakażeń szpitalnych. W jego skład wchodził lekarz specjalista ds. zakażeń, mikrobiolog i pielęgniarka epidemiologiczna. Jednocześnie ustawa wskazuje na potrzebę obniżenia liczby nadzorowanych przez pielęgniarkę epidemiologiczną łówek z 250 do 200. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 z późniejszymi zmianami w 2013 roku mówi o wymogach kwalifikacyjnych członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych. 20 lipca 2011 roku na mocy rozporządzenia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami, pielęgniarka epidemiologiczna jest specjalistą ds. epidemiologii.

### Kim jest pielęgniarka epidemiologiczna/ specjalista ds. epidemiologii?

To osoba, która posiada dyplom pielęgniarski, prawo wykonywania zawodu, specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. Pielęgniarka epidemiologiczna powinna znać specyfikę funkcjonowania oddziałów zabiegowych i zachowawczych, służb technicznych, pomocniczych, aby skutecznie działać. Wskazane jest, aby posiadała wiedzę i doświadczenie z zakresu mikrobiologii, statystyki medycznej i administracji.

### Rola i zadania pielęgniarki epidemiologicznej / specjalisty ds. epidemiologii:

Działania wynikają z zapisów ustawy.

Do najistotniejszych zadań należą:

- monitorowanie skuteczności wdrażanych procedur;
- nadzór nad stanem sanitarnym szpitala;
- nadzór nad prawidłowym procesem dekontaminacji;
- identyfikacja ognisk epidemicznych, prowadzenie dochodzenia epidemiologicznego;
- analiza antybiotykoterapii;
- monitorowanie drobnoustrojów alarmowych;

- kontrola zakażeń oraz rejestracja osób, u których stwierdzono zakażenie szpitalne;
- współuczestnictwo w opracowywaniu procedur, standardów i rekomendacji, dotyczących profilaktyki zakażeń oraz monitorowanie ich przestrzegania;
- współpraca z Państwową Powiatową Inspekcją Sanitarną.

Sprostanie powierzonym zadaniom nie jest łatwe. Rozległy zakres działań podejmowanych przez pielęgniarkę epidemiologiczną wymaga przede wszystkim dobrej organizacji pracy.

### Jak jest u Nas?

W WSS w Olsztynie pracują dwie pielęgniarki zatrudnione na stanowisku specjalisty ds. epidemiologii. Posiadamy pełne kwalifikacje do pełnienia w/w funkcji. Jesteśmy członkami Zespołu i Komitetu ds. Zakażeń Szpitalnych, Komitetu Jakości. Współpracujemy w wielu zespołach interdyscyplinarnych.

Na pielęgniarkę, jako specjalistę ds. epidemiologii, nałożonych jest wiele uprawnień i odpowiedzialności w zakresie profilaktyki zakażeń.

Niezwykle ważnym zadaniem jest współudział w wypracowaniu strategii, w zakresie programu kontroli nad zakażeniami oraz nadzorowaniu i monitorowaniu stanu sanitarno-epidemiologicznego szpitala.

Skuteczny nadzór epidemiologiczny jest niezwykle ważnym elementem pracy. Codzienne wizyty w oddziałach szpitalnych są doskonałą okazją do prowadzenia obserwacji zgodności wykonywanych czynności z obowiązującymi procedurami. Wykrywanie błędów, czy uchybień ma na celu przede wszystkim korygowanie i naprawę zaistniałej sytuacji, a nie karanie.

Ogłoszone w 2005 roku Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rejestrów zakażeń zakładowych i drobnoustrojów alarmowych wymusza obowiązek szczegółowej analizy i opisu stanu epidemiologicznego szpitala oraz określenia związku z izolowanymi drobnoustrojami. Wiedza na temat bieżącej sytuacji epidemiologicznej i podejmowanie działań prewencyjnych są wynikiem współpracy z Zakładem Bakteriologii szpitala. Raporty określające profil bakteriologiczny poszczególnych oddziałów dają możliwość oceny stosowania antybiotykoterapii oraz określenie jej skutków na przyszłość.

Wzrost występowania zakażeń określonego rodzaju lub izolacji określonego czynnika chorobotwórczego jest momentem wszczęcia poszukiwań przyczyny zdarzenia.

Prowadzenie analiz zużycia środków do dezynfekcji rąk, rękawic pozwala ocenić, czy

obowiązujące procedury są faktycznie przestrzegane przez personel. Niezwykle ważnym elementem w pracy pielęgniarki epidemiologicznej jest systematyczna edukacja własna i personelu. Najbardziej owocne są spotkania szkoleniowe w małych grupach.

Dokumentacja jest niezbędnym elementem w pracy pielęgniarki epidemiologicznej. Wymagania szeregu aktów prawnych w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń formułują wytyczne, określające zasób danych, które muszą być zawarte w dokumentacji, np. karta czynnika alarmowego lub gotowe wzory formularzy, np. raporty okresowe o bieżącej sytuacji epidemiologicznej szpitala za dany okres, raporty wstępne i końcowe o podejrzeniu lub wystąpieniu ogniska epidemicznego.

Istotne jest dokumentowanie działań prowadzonych w obszarach, takich jak: pacjent, infrastruktura szpitala, zespół ds. zakażeń, pielęgniarka epidemiologiczna i inne, dotyczące współpracy z komórkami organizacyjnymi szpitala i instytucjami nadzoru epidemiologicznego.

W obszarze pacjent, przykładem dokumentacji jest m.in. karta zakażenia i czynnika alarmowego, karty obserwacji kaniuli, karta monitorowania rany.

Protokoły kontroli oddziałów, dezynfekcji pomieszczeń dotyczą infrastruktury szpitala.

Obszar Zespołu ds. Zakażeń dokumentowany jest w formie protokołów kontroli wewnętrznej, protokołów spotkań zespołu i komitetu ds. zakażeń, wykazy/analizy zużycia preparatów do dezynfekcji rąk, raporty okresowe.

Obszar pielęgniarka epidemiologiczna dokumentowany jest w postaci planu pracy, planu szkoleń.

Dokumentacja stanowi bazę danych, niezbędnych do analiz epidemiologicznych oraz dokumentuje realizację ustawowych obowiązków.

Zakres podejmowanych zadań przez pielęgniarkę epidemiologiczną jest rozległy. Wiedza, zaangażowanie, poświęcenie, wytrwałość, czy upór nie zawsze są, czy będą atutem. Jedynie współpraca z personelem, który zna i rozumie problem zakażeń przyniesie wymierne efekty.

Fakt posiadania przez szpital certyfikatów jakości to również nasz wkład pracy.

Praca pielęgniarki epidemiologicznej jest ciekawa, niestety stresująca, ale i dająca satysfakcję zawodową. Szczególną odczuwamy w momentach, gdy możemy pomóc, wyjaśnić lub rozwiązać trudne problemy.

Zawsze jesteśmy otwarci do służenia pomocą tak pacjentom, jak i pracownikom.



# Wiedzieć, znaczy działać



Nowotwory złośliwe należą do najpoważniejszych zagrożeń życia Polaków.

Bez względu na liczbę nowotworów złośliwych w Polsce w ostatnim 40-leciu rosta, czego przyczyną jest zarówno proces starzenia się populacji polskiej, jak i wzrost narażenia na czynniki ryzyka związane ze stylem życia (otyłość, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu). Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce, w 2010 r. zarejestrowano 140 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe oraz 93 tys. zgonów z tego powodu. Ponadto szacunki epidemiologiczne wydają się wskazywać, że liczba zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych w Polsce i na świecie będzie prawdopodobnie nadal rosta w najbliższych dekadach, przede wszystkim w grupie wiekowej powyżej 65 roku życia.

Nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce. Nowotwory złośliwe płuca, gruczołu krokowego i jelita grubego są najczęstszymi nowotworami złośliwymi wykrywanymi u mężczyzn, natomiast w populacji kobiet wiodącymi miejscowieniami nowotworów są pierś, jelito grube i płuco.

W województwie warmińsko-mazurskim występuje najwyższa w kraju umieralność z powodu raka żołądka u kobiet i mężczyzn.

Nie ulega więc wątpliwości, że nowotwory złośliwe są poważnym zagrożeniem dla polskiego społeczeństwa, stwarzają problemy zarówno na poziomie jednostki, jak i państwa i w przyszłości będą narastać. Prognozy Krajowego Rejestru Nowotworów na najbliższe lata pokazują, że liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce będą systematycznie wzrastać, stając się zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn pierwszą przyczyną zgonów przed 65 rokiem życia, wyprzedzając nawet zgony z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego.

Wśród czynników wpływających na taki stan rzeczy bardzo istotny jest niski poziom diagnostyki na wstępnym etapie rozwoju choroby.

Skrócenie okresu diagnozy jest nieodłącznie powiązane ze skróceniem okresu leczenia. A im krótszy czas oczekiwania na badanie, tym większe szanse na wyleczenie pacjenta i zdiagnozowanie schorzenia w jego początkowej fazie. **Rak jelita grubego wcześniej wykryty jest całkowicie uleczalny, dlatego tak ważna jest profilaktyka, czyli badania przesiewowe (kolonoskopia).** Rak ten może przez długi czas przebiegać bezobjawowo, objawy pojawiają się dopiero w chwili zaawansowanej choroby. Dlatego nie wolno bagatelizować pozornie drobnych dolegliwości i należy porozmawiać o nich z lekarzem.

## Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie zaprasza do bezpłatnego skorzystania z możliwości wykonania badań dla wczesnego wykrycia raka jelita grubego.

Program finansowany jest przez Ministerstwo Zdrowia w ramach „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych”

### Główne cele Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych:

- zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory,
- osiągnięcie średnich, europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów, jak również skuteczności leczenia,
- stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych,
- utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i poszczególnych regionach kraju.

### Do badań kwalifikują się:

- ✓ **wszystkie osoby w wieku 50–65 lat**, bez objawów raka jelita grubego,
- ✓ **osoby w wieku 40–65 lat**, bez objawów raka jelita grubego, które mają/ miały krewnego I stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci), u którego rozpoznano raka jelita grubego,
- ✓ **osoby w wieku 25–65 lat** pochodzące z rodziny HNPCC (rodzinnego raka jelita grubego niezwiązanego z polipowatością) lub FAP. W tym przypadku konieczne jest skierowanie (potwierdzenie) z poradni genetycznej.

### Do badań nie kwalifikujemy osób, które miały badanie (kolonoskopię) w ciągu ostatnich 10 lat!

Skierowaniem na badanie jest ankieta wypełniona przez osoby gotowe poddać się kolonoskopii. Ankieta dostępna jest na [www.wss.olsztyn.pl](http://www.wss.olsztyn.pl) lub w Pracowni Endoskopowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Ankieta powinna trafić do Pracowni Endoskopowej (na przeciwko Sali Konferencyjnej – wysoki parter w budynku głównym) Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, ul. Żołnierska 18. W razie pytań i wątpliwości prosimy dzwonić – tel. 89 538 62 04 w godz. 8:00 – 15:00.

Magdalena Kantorczyk

Źródło: Ministerstwo Zdrowia; Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Zestawienie zadań na 2013 r.



# Pierwsza praca lekarza

Aby młody lekarz uzyskał pełne prawo wykonywania zawodu, musi odbyć staż podyplomowy i zdać Lekarski Egzamin Państwowy. O tym, jak przebiega pierwszy rok pracy stażystów i o ich obowiązkach rozmawiam z dr. Antonim Kołakowskim oraz z dr Marią Sidor, koordynatorami stażu podyplomowego w WSS w Olsztynie.

**dr Antoni Kołakowski**, Oddział Kliniczny Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa, od 2014 r. koordynator stażu podyplomowego w WSS w Olsztynie

Po raz pierwszy w tym roku Szpital zwiększył liczbę miejsc dla stażystów.

To prawda, w tym roku po raz pierwszy Wydział Lekarski ukończył pierwszy rocznik studentów. Dlatego też na wniosek dziekana i Okręgowej Izby Lekarskiej, Marszałek województwa uwzględniając zasady i tryb odbywania stażu, mając na uwadze przewidywaną liczbę absolwentów zwiększył liczbę miejsc dla stażystów.

W związku z tym, że koordynator stażu podyplomowego może prowadzić grupę liczącą do 10 stażystów, to w tym roku, razem z dr Marią Sidor poprowadzę naszych stażystów. Mamy więc 2 pełne grupy, czyli łącznie przyjęliśmy na staż 20 młodych lekarzy. W większości są to absolwenci naszego Wydziału Lekarskiego UWM w Olsztynie, ale też przyjęliśmy na staż osoby z AM z Gdańska, Lublina, Białegostoku i Bydgoszczy. Wybór, gdzie dana osoba pragnie odbywać staż, najczęściej związany jest z miejscem zamieszkania danej osoby, czy współmatronką, ale również i późniejszą możliwością robienia specjalizacji.

Staż jest jakby końcowym etapem edukacji i kończy się Lekarskim Egzaminem Państwowym, który obejmuje całość zagadnień z medycyny i w zależności od liczby uzyskanych punktów, stażysta wybiera sobie specjalizację z dziedziny, która go najbardziej pasjonuje. Jeśli chodzi o sam staż, to jeszcze tylko przez 2 lata najprawdopodobniej będzie obowiązywała ta forma kształcenia i pracy. W myśl nowych przepisów, które mają wejść w życie, od razu po studiach lekarze mają wybrać specjalizację. Moim zdaniem nie jest to dobre rozwiązanie, gdyż nie wszyscy absolwenci wydziałów medycznych mają skonkretyzowane zdanie, co do swoich dalszych losów. Dzięki stażowi młodzi lekarze mają możli-



wość poznania specyfiki większości oddziałów, co pozwala, nawet tym, którzy są już zdecydowani, zmienić swój wybór, czyli specjalizację. Chociaż zdarza się i tak, że już po rozpoczęciu specjalizacji lekarz dochodzi do wniosku, że jednak jego wybór nie jest trafny. Dotychczas w takich sytuacjach dowolnie można było zmieniać zakres specjalizacji. Od nowego roku ma wejść w życie przepis, że rezydent tylko raz będzie mógł dokonać takiej zamiany w trakcie oczywiście obowiązywania jego rezydentury. Jeżeli zajdzie potrzeba kolejnej zamiany zakresu specjalizacji, to będzie musiała się ona odbyć w ramach wolontariatu, bądź etatowego zatrudnienia w szpitalu.

## Jak wygląda staż podyplomowy?

Według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry, staż trwa 13 miesięcy, w trakcie których lekarz stażysta pogłębia swoją wiedzę teoretyczną oraz praktyczną z zakresu chorób wewnętrznych, pediatrii, w tym neonatologii, chirurgii ogólnej, w tym chirurgii urazowej,

potożnictwa i ginekologii, psychiatrii, anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej oraz w dziedzinie medycyny rodzinnej w warunkach stacjonarnej, ambulatoryjnej i domowej opieki zdrowotnej.

Oprócz stażu, który lekarze muszą odbyć w określonych oddziałach naszego szpitala i w innych jednostkach ochrony zdrowia (bo nie wszystkimi specjalnościami dysponuje nasz szpital), Izba Lekarska przygotowuje szereg obowiązkowych kursów z zakresu np. krwiodawstwa i krwiolecznictwa, prawa w medycynie, organizacji ochrony zdrowia.

Lekarz stażysta w każdym tygodniu swojego stażu w określonym oddziale zobowiązany jest do odbycia towarzyszącego dyżuru: 10 godzin i 5 minut lub dwa dyżury w tygodniu w wymiarze 5 godzin oraz 5 godzin i 5 minut. Stażysta pełni dyżur jako dodatkowy członek zespołu dyżurnego w oddziałach zachowawczych, zabiegowych, w izbie przyjęć, w szpitalnym oddziale ratunkowym lub jako dodatkowy członek zespołu ratownictwa medycznego, oczywiście pod nadzorem lekarza uprawnionego do samodzielniego wykonywania zawodu.



W ramach zajęć w poszczególnych oddziałach ustalone są konkretne umiejętności, których muszą w tym czasie się nauczyć, jak np.: chirurgiczne mycie rąk, zakładanie opatrunków, wykonywanie EKG.

W każdym oddziale wyznaczony jest lekarz, który opiekuje się określoną grupą lekarzy stażystów i to on nadzoruje i kontroluje ich działalność. Na początku opieki wspólnie ze stażystą przeprowadza wywiad i bada pacjenta, zwracając szczególną uwagę na detale i niuanse, których nie powinno zabraknąć podczas takiego wywiadu.

Należy pamiętać, że na studiach przyszli lekarze zgłębiają głównie wiedzę teoretyczną. Powinni więc być teoretycznie przygotowani do sprostania wyzwaniom, mają podstawową wiedzę na temat najczęściej występujących chorób. Natomiast w czasie stażu zdobytą wiedzę powinni wprowadzić w działanie i muszą nauczyć się podejmować decyzje.



**Czym różni się staż, jaki obecnie odbywają lekarze, od tego sprzed kilkunastu lat?**

Przede wszystkim obecnie staż jest dużo dłuższy i szerszy, za moich czasów młodzi lekarze odbywali staż tylko z 4 podstawowych dziedzin: z pediatrii, chirurgii, interny i ginekologii. Już po 3 miesiącach szukali miejsca zatrudnienia, a tym samym możliwości zrobienia specjalizacji.

Obecnie więc możliwości daje się młodym lekarzom przed podjęciem ostatecznej decyzji.

**dr Maria Sidor, Oddział Gastroenterologiczny, od 2001 r. koordynator stażu podyplomowego w WSS w Olsztynie**

**Na czym polega praca koordynatora stażu?**

Koordynator planuje i nadzoruje przebieg realizacji stażu oraz decyduje o sprawach związanych ze szkoleniem stażystów, czyli ustala indywidualny harmonogram realizacji stażu (grafik) na podstawie ramowego programu. Poza tym zapoznaje stażystów, przed rozpoczęciem stażu, z ich grafikami, uprawnieniami, topografią szpitala, przedstawia im specyfikę poszczególnych oddziałów.

Kontaktuje się z ordynatorami oddziałów również w innych jednostkach ochrony zdrowia, w których lekarze muszą odbyć staż, wyjaśnia bieżące problemy, sprawy z Okręgową Izbą Lekarską. Koordynator również dokonuje okresowych ocen przebiegu stażu, z udziałem ordynatorów, kierowników innych podmiotów leczniczych, opiekunów stażystów, wystawia stażystom opinie zawodowe, dotyczące w szczególności uzdolnień i predyspozycji zawodowych, umiejętności manualnych, stosunku do pacjentów i współpracowników, zaangażowania w pracę, dyscyplinowania, zdolności organizacyjnych i umiejętności pracy w zespole.

**Staż to pierwsza praca lekarza. Jednak biorąc pod uwagę brak wiedzy praktycznej i doświadczenia, co należy do obowiązków młodego lekarza?**

Przede wszystkim lekarz stażysta wypełnia polecenia lekarza prowadzącego, bądź asystenta. Wykonuje badania przedmiotowe pacjenta, może również asystować lekarzom podczas przeprowadzania procedur takich jak np.: zabiegi endoskopowe, badania usg, naktucia narządów, pobieranie płynów.

**Jakie są zainteresowania medyczne naszych stażystów? Więcej młodych lekarzy wyraża zainteresowanie interną, czy specjalnościami zabiegowymi?**

Mężczyźni zdecydowanie zainteresowani są specjalnościami zabiegowymi, a panie rozglądają się za pracą w medycynie zachowawczej.

**Czy staracie się Państwo zainteresować młodych lekarzy niszowymi specjalizacjami, jak np. neonatologia?**

Oczywiście, staramy się ingerować w ich zainteresowania i efekt jest taki, że w tym roku już 5 osób wyraziło chęć specjalizacji z neonatologii.

**Jacy są nasi stażysci?**

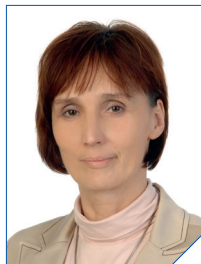
Bardzo zainteresowani medycyną, chętnie wykonują powierzone im obowiązki, robią to starannie i są naprawdę dobrze wyszkoleni. Są chętni, pełni pasji, widać w nich miłość do zawodu.

*Magdalena Kantorczyk*





# Na właściwym miejscu i we właściwym czasie



dr n. med. Olga Bielan,  
pielęgniarka oddziałowa Oddziału Rehabilitacyjnego  
i Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej

**Poproszona o napisanie paru słów o sobie, tak też uczyniłam. Nie jest to jednak proste zadanie – bo od czego by zacząć?**

Urodziłam się w Olsztynie, tu także ukończyłam Liceum Medyczne – mieszczące się w Zespole Szkół Medycznych przy ul. Mariąńskiej. Uzyskałam tytuł zawodowy pielęgniarki i byłam dumna z otrzymanego prawa wykonywania zawodu. Pierwszą pracę na stanowisku pielęgniarki podjęłam w Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Olsztynie w Oddziale chirurgii dziecięcej. Nabyte tu kompetencje zawodowe i specjalistyczna wiedza była bardzo duża, ale ciągle za mała. I tak rozpoczęłam następną etap w swoim życiu – studia na Wydziale Pielęgniarskim Akademii Medycznej w Poznaniu. Po ich ukończeniu z tytułem magistra pielęgniarstwa wróciłam do Olsztyna, rozpoczynając pracę jako nauczyciel zawodu w Szkole Policealnej na kierunku Pielęgniarstwo: przez następne 10 lat prowadziłam kształcenie młodzieży w zawodzie pielęgniarki w oddziałach wewnętrznych Szpitala Miejskiego w Olsztynie. Wdrożona w 2001 r. reforma kształcenia zawodowego pielęgniarek popchnęła mnie prosto w ramiona Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego w Olsztynie, gdzie postawiono przede mną trudne zadanie: przełożenia kształcenia zawodowego pielęgniarek na poziom uniwersytecki. Pozostanę na zawsze wdzięczna Pani prof. dr hab. M. Dynowskiej, ówczesnej Prodziekan ds. Kierunku Pielęgniarstwa Wydziału Biologii, która podjęła ogromny trud rozwijania uniwersyteckiego kształcenia zawodowego pielęgniarek, z ogromnym szacunkiem odnosząc się do pracy zawodowej pielęgniarek. Dane mi było także spotkać na Wydziale Nauk Medycznych UWM w Olsztynie profesorów, mentorów nauki, którym zachciało się wciągnąć w pracę naukowo-badawczą pie-

lęgniarkę i tak powstała moja praca doktorska, dotycząca pracy zawodowej pielęgniarek, obroniona na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi pod kierunkiem Pani prof. dr hab. n med. A. Kurnatowskiej; do dziś jestem wykładownicą na kierunku Pielęgniarstwo.

Kolejne zmiany w kształceniu pielęgniarek, a także liczne spotkania w gronie czynnych zawodowo pielęgniarek pokazały mi, jak ważne w kształceniu zawodowym jest powiązanie teorii z praktyką, a dzięki wielkiemu sercu i zaangażowaniu Pań mgr piel. Alicji Markiewicz, mgr piel. Hannie Taraszkiewicz oraz mgr piel. Jolancie Szekowskiej, oddziałowej Oddziału Kardiologii powróciłam do pracy zawodowej na stanowisku pielęgniarki, rozpoczynając pracę w WSS w Olsztynie, w Oddziale Kardiologicznym. To tu poznałam pracę profesjonalistów (pielęgniarek i lekarzy) pracujących niejednokrotnie ponad ludzkie siły, ratując życie chorym; jestem wszystkim ogromnie wdzięczna i dziękuję, bo dzięki Wam, znalazłam się na właściwym miejscu i we właściwym czasie. Od stycznia 2014 r. dano mi szansę pracy w Oddziale Rehabilitacyjnym i Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej; pojawił się dla mnie nowy pacjent, nowe zadanie zawodowe i nieco inny wymiar pracy, który traktuję jako kolejne wyzwanie w moim życiu. Jest to wyjątkowy oddział i wyjątkowi ludzie, „zespół terapeutyczny” profesjonalistów zaangażowany w przywracanie do życia pacjentów z niepełnosprawnością, którym „zawaliło się życie”. Opieka pielęgniarska nad takim człowiekiem i jego rodziną jest długotrwała i często nie jest łatwa, ale daje bardzo dużo satysfakcji. Pielęgnowanie niepełnosprawnych, realizacja funkcji rehabilitacyjnej przez pielęgniarki pracujące w tym oddziale wymaga stałego doskonalenia me-



tedyki działań, pozyskiwania specyficznych, nowych umiejętności zawodowych, a także nowej wiedzy neurologicznej. Pierwsze kroki w zarządzaniu zespołem mam już za sobą (tworzenie grafików dyżurów, zamówienia do oddziału, itp.). Czuję się odpowiedzialna za pracę całego zespołu, a także za opiekę pielęgniarską nad pacjentami przebywającymi w oddziale. Mam nadzieję, że sprostam powierzonym mi zadaniom.

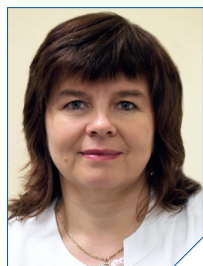
Prywatnie byłam żoną, jestem matką (córnka – Zosia, syn – Piotr), lubię muzykę klasyczną (skończyłam „dawno temu” ogólnisko muzyczne w klasie fortepianu), chóralską (przez wszystkie lata studiów śpiewałam w chórze Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu), kocham kwiaty i ważne... Mam zwierzęta: psa Murata, korzystam też z kociej terapii (w jesienne wieczory polecam wszystkim).

Niedawno przeczytałam w mądrej książce: „Uniwersytet powinien być miejscem światłości, wolności i nauki.” (Benjamin Disraeli, 1804-1881) – taki też powinien być oddział rehabilitacyjny.





# Z pacjentami tworzymy rodzinę



O trudnych decyzjach pacjentów nefrologicznych, o wyjątkowym charakterze oddziału i wyzwaniach, jakie niesie za sobą stanowisko oddziałowej, rozmawiam z mgr pielęgniarstwa Krystyną Rohun, pielęgniarką oddziałową Oddziału Klinicznego Nefrologicznego, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych.



Od wielu lat zna Pani specyfikę pracy w swoim oddziale, jakie są potrzeby i wymagania pacjentów nefrologicznych?

Całe moje życie zawodowe związane jest z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Olsztynie, a specyfika Oddziału Nefrologii jest mi szczególnie bliska, gdyż pracuję w nim od początku mojej kariery zawodowej. W oddziale hospitalizowani są pacjenci przede wszystkim ze schorzeniami nerek. Są to chorzy przewlekłe, często powracający do naszego oddziału, poddawani intensywnemu leczeniu immunosupresyjnemu – chorzy po przeszczepieniu nerki, nerki i trzustki, ale także pacjenci poddawani leczeniu cytotatykami, cyklicznej sterydoterapii, często w bardzo ciężkich stanach, wymagający intensywnego nadzoru i ścisłego monitorowania. Chorzy nefrologicznie to głównie ci, którzy wraz z postępem przewlekłej choroby nerek (PChN) „dojrzewają” do konieczności poddania się leczeniu nerkozastępczemu. Utrudnienia i komplikacje wynikające z zachorowania i konieczności poddania się hemodializie, czy dializie otrzewnowej pociągają za sobą następujące skutki: konieczność zmiany lub zaprzestania pracy, obniżenie statusu ekonomicznego, dylematy związane z wyborem szkoły, studiów czy zawodu, pogorszenie sprawności fizycznej, seksualnej, aż do trudnych decyzji związanych z macierzyństwem, ojcostwem, założeniem, czy utrzymaniem rodziny. Zatem potrzeby pacjentów nefrologicznych są bardzo zróżnicowane, zależne od rodzaju schorzenia oraz metody leczenia. Na pewno bardzo ważne jest zaakceptowanie przez chorego nowej, często trudnej sytuacji, co w konsekwencji poprawi jakość jego życia. Należy pamiętać,

że bardzo ważne jest wsparcie najbliższych osób – rodziny.

Czy pielęgniarki w tym oddziale potrzebują specjalistycznego przygotowania do sprawowania profesjonalnej opieki nad pacjentami, z których wielu wymaga dializy?

Jak najbardziej. Większość pielęgniarek pracujących w oddziale ukończyło kurs nefrologiczny z dializoterapią, który pozwala na sprawowanie profesjonalnej opieki nad chorym leczonym nerkozastępczo. Ponadto sporo pielęgniarek ukończyło studia magisterskie i licencjackie. Mamy w zespole także specjalistki z różnych dziedzin pielęgniarstwa, m.in. anestezyjologicznego, opieki długoterminowej, ratownictwa medycznego. Oprócz wykształcenia i zdobytych kwalifikacji ważną jest silna osobowość, empatia, umiejętność udzielania wsparcia nie tylko choremu, ale także jego najbliższemu. Wraz z pacjentami tworzymy, bądź co bądź, rodzinę – oni znają nasze losy, a my jesteśmy częścią ich życia. Dlatego tak ważne jest poświęcenie uwagi pacjentowi, który powierza nam swoje troski, bo ma do nas zaufanie.

Pielęgniarki przygotowują również pacjentów do przeszczepów, jak trudna jest to praca?

Większość pacjentów leczonych metodą hemodializy lub dializy otrzewnowych zostaje zakwalifikowana do transplantacji nerki, która jest najlepszą metodą leczenia nerkozastępczego. Zanim chory znajdzie się na liście oczekujących na transplantację nerki, bądź nerki i trzustki musi przejść szereg badań, od najprostszych, do bardziej inwazyjnych np. koronarografia. Niektórzy z nich

mają opory przed poddaniem się kwalifikacji do przeszczepienia, zadają dużo pytań, zwyczajnie odczuwają lęk przed przeszczepieniem. Podejmujemy również rozmowy na temat tzw. „przeszczepów rodzinnych” – są to trudne tematy dla większości chorych, jak ich najbliższych. Jest jeszcze grupa pacjentów kwalifikowanych do retransplantacji, czyli ponownego przeszczepienia. Niektórzy pacjenci w ogóle nie chcą nawet o tym słyszeć, ale umiejętnie poprowadzenie rozmowy z czasem zmniejsza opory.

Jakie nowe wyzwania stawia przed Panią stanowisko pielęgniarki oddziałowej?

Od kwietnia do września tego roku pełniłam obowiązki oddziałowej, od 2 września jestem oddziałową Nefrologii. Moim marzeniem jest, aby oddział przeszedł modernizację, gdyż w tej chwili zarówno nasi pacjenci, jak i zespół boryka się z bardzo trudnymi warunkami socjalno-bytowymi. Chciałabym położyć nacisk na profesjonalną edukację zdrowotną chorego ze schorzeniem nerek w różnych stadiach, która wpłynie na zahamowanie progresji PChN i tym samym wydłuży czas życia bez dializ. Wielką bolączką jest deficyt wiedzy na temat żywienia tej grupy chorych, a dieta jest bardzo ważnym elementem leczenia, zarówno w okresie przeddializacyjnym, w czasie dializoterapii, jak i po transplantacji nerek. Mam duże doświadczenie w tej dziedzinie, gdyż od wielu lat zajmuję się szeroko rozumianą edukacją, a od 4 lat dodatkowo edukuję pacjentów przeszczepionych, co jest elementem mojego zakresu obowiązków związanych z pełnieniem funkcji koordynatora transplantacyjnego w naszym Szpitalu.

Magdalena Kantorczyk

# Marzyłam o pracy w takim oddziale

O realizacji marzeń i podejmowanych nowych wyzwaniach rozmawiam z mgr Małgorzatą Drężek-Skrzeszewską pielęgniarką oddziałową Oddziału Ginekologii Onkologicznej.

**Jak przebiegała Pani droga zawodowa?**

Dyplom Zawodu Położnej uzyskałam w 2003 roku. Jestem jedną z ostatnich absolwentek Wydziału Położnictwa Centrum Kształcenia Kadry Medycznych i Społecznych w Olsztynie.

W tym też roku rozpoczęłam pracę zawodową. Pierwsze doświadczenie w zakresie ginekologii i położnictwa zdobyłam w szpitalu dr. Malarkiewiczza. Moje obowiązki w tej jednostce pozwoliły mi poznać specyfikę pracy z pacjentką ciężarną, rodzącą, noworodkiem, położnicą, a także pacjentkami z różnymi schorzeniami ginekologicznymi.

**Od kiedy rozpoczęła Pani pracę w naszym Szpitalu?**

W 2008 roku podjęłam pracę w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, na trakcie operacyjnym. Przez tych kilka lat zdobyłam doświadczenie w pracy instrumentariuszki. Z racji posiadanych kwalifikacji moja praca skupiała się na pacjentkach oddziału ginekologicznego. Asystowanie operatorom

podczas zabiegów operacyjnych było dla mnie czymś fascynującym, nie zawsze lekkim i przyjemnym, ale zawsze interesującym – zwłaszcza, że przez tych kilka lat byłam świadkiem wielu przemian i innowacji w tym zakresie. Warto dodać, iż zaczynałam pracę na starym bloku operacyjnym, a zakończyłam na nowym.

**Jednak wróciła Pani do pracy na stanowisku pielęgniarki położnej...**

Położnictwo to jedna z tych dziedzin medycyny, która wymaga od personelu medycznego stałego poszerzania swojej wiedzy, nabywania nowych kwalifikacji, bycia na bieżąco z najnowszymi osiągnięciami naukowymi. Z racji tego, iż zawód położnej to niezwykle ważny element nowoczesnego systemu ochrony zdrowia, współczesna położna musi podjąć wyzwanie i nieustannie podnosić swoje kwalifikacje, by móc realizować nowe zadania. W 2009 r. ukończyłam studia magisterskie na kierunku Pedagogika Społeczna, a w roku 2012 studia magisterskie na kierunku Położnictwo i w 2013 r. studia podyplomowe Organizacja i Zarządzanie w Ochronie Zdrowia.

Zdobyte kwalifikacje pozwoliły mi na wypróbowanie swoich sił w konkursie na stano-

wisko Położnej Oddziałowej Oddziału Ginekologii Onkologicznej. Udało się... Od 1 października tego roku objęłam to stanowisko.

**Jakie widzi Pani możliwości rozwoju swojej pracy i oddziału, którym Pani teraz kieruje?**

Oddział ten jest dla mnie wyjątkowy, ponieważ jeszcze w czasach studium medycznego marzyłam o pracy w takim oddziale. Zawsze była w nim miła i profesjonalna opieka, a położne w nim pracujące odznaczały się ogromną empatią. Przede mną nowe obowiązki i nowa rzeczywistość, z którą muszę się zmierzyć.

**Czy jest to dla Pani wyzwanie zawodowe?**

Oddział rozwija się i nabiera nowego charakteru. Chciałabym sprostać powierzonym mi zadaniom i nieustannie dążyć do podnoszenia jakości świadczonych w nim usług. Ale przede wszystkim zależy mi na tym, aby oddział ten nie utracił tej empatii, którą zawsze miał w stosunku do pacjentek i wzajemnej życzliwości personelu względem siebie.

Barbara Szymczuk

## „Kto nie dąży do rzeczy niemożliwych nigdy ich nie osiągnie”

Heraklit z Efezu

**W** dniach 23-24 października 2014 r. w hotelu Omega w Olsztynie odbyła się III Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Pielęgniarstwo – nauka i praktyka”. Temat przewodni to: Pielęgniarki i Położne w nowoczesnej Europie. Inicjatorem Konferencji, którą honorowym patronatem objął prof. dr hab. Ryszard Górecki, Rektor Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, była Komisja ds. Nauki i Rozwoju Zawodowego, działająca przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie.

Komitetowi Organizacyjnemu Konferencji przewodniczyła dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Ktkocka.

W konferencji uczestniczyło prawie 300 osób z całej Polski: pielęgniarki, położne, lekarze, psychologowie i zaproszeni goście. Tradycją jest już obecność pielęgniarek i położnych z Kaliningradu.

Konferencję otworzyły: Maria Danielewicz, Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie, która nawiązała do roli pielęgniarek i położnych w systemie

opieki zdrowotnej, Elżbieta Majchrzak-Ktkocka, Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego Konferencji, która wspomniała o drodze, jaką przeszły pielęgniarki i położne i co oznacza dla nich nowoczesna Europa oraz Jadwiga Snarska – Przewodnicząca Komitetu Naukowego Konferencji, która podkreślała wagę nauki i rozwoju zawodowego.

Nasi goście, m.in. prof. Jerzy Jaroszewski – prorektor ds. nauki Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, w imieniu rektora życzył uczestnikom wielu wspianych osiągnięć na



niwie zawodowej. Grażyna Rogala-Pawelczyk – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, która już po raz trzeci uczestniczyła w konferencji przekazała wszystkim uczestnikom wiele miłych słów i podkreśliła, jak ważne jest otwarcie na zmiany oraz zrozumienie potrzeb zmian.

Wydarzeniem konferencji był wykład inauguracyjny „O istocie obowiązku i powinności”, przedstawiony przez prof. Ewę Starzyńską-Kościszko, kierownika Instytutu Filozofii Uniwersytetu Warmińsko – Mazurskiego. Ta trudna tematyka nie pozostawiła nikogo obojętnym na zaprezentowane w niej problemy, z którymi mierzy się co dnia każda pielęgniarka i każdy lekarz.

### My też tam byliśmy

Nasi pracownicy mieli swój wkład w przygotowanie oraz prowadzenie konferencji, m.in.: prof. dr hab. n. med. Tomasz Stompór, wspólnie z mgr Marią Danielewicz oraz prof. nzw. dr hab. n. med. Jadwigą Snarską przewodniczył Sesji I – „Od nauki do praktyki”.

W kolejnej, II sesji: „Pielęgniarki i położne w procesie zarządzania” jedną z przewodniczących była dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, która wspólnie z dr n. med. Grażyną Rogalą-Pawelczyk oraz mgr Beatą Siwik moderowała wystąpienie prelegentek. Jedną z nich była mgr Hanna Taraszkiewicz, z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa w naszym szpitalu, która przybliżyła zebrany temat struktury organizacyjnej zarządzania jakością w szpitalu.

Kolejne sesje były również bardzo interesujące, dotyczyły m.in. wybranych problemów w opiece pediatrycznej i położniczej, a także satysfakcji zawodowej pielęgniarek, jako determinantu jakości życia pacjentów.

W Sesji V – „Interdyscyplinarne aspekty opieki nad przewlekle chorym i niepełno-



sprawnym pacjentem” współprzewodniczenie powierzono dr n. med. Oldze Bielani-pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacyjnego WSS w Olsztynie, która wspólnie z dr hab. n. med. Aleksandrą Gaworską-Krzemińską oraz dr n. med. Marzeną Sobczak zmierzyła się, z jakże trudną, ale interesującą tematyką prezentowanych prac.

Sesja plakatowa jak zwykle przyciągnęła tłumy. Największe zainteresowanie i uznanie zdobył plakat Doroty Szymt: „Postawy pacjentów i personelu medycznego wobec alokacji narządów do przeszczepów”.

Przewodniczące ostatniej, VII Sesji „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia”: mgr Danuta Jurkowska, dr n. hum. Izabela Sebastyańska-Targowska oraz mgr Ewa Doroszkiewicz – pielęgniarka oddziałowa Oddziału Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej oraz Naczyniowej, przeprowadziły uczestników konferencji przez ciekawą i bardzo ważną tematykę, dotyczącą osobowościowych warunkowań funkcjonowania zawodowego pielęgniarki, osobowości stresowej, a satysfakcji z życia pielęgniarek oraz aspektów środowiska pracy, a stanu zdrowia pielęgniarek.

Podczas konferencji odbyły się też wystawy sprzętu i materiałów medycznych. Powodzeniem cieszyły się warsztaty szkoleniowe „Radzenia sobie z trudnym pacjentem”, prowadzone przez dr n. hum. Izabelę Sebastyańską-Targowską, pn. „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa noworodków”. Nowością były warsztaty symulacyjne z wykorzystaniem profesjonalnego sprzętu. Dotyczyły one rozpoznania i postępowania w stanach zagrożenia życia, ćwiczeń w czasie rzeczywistym wybranych scenariuszy. Omówiono podjęte interwencje. Odbyły się też warsztaty dla pielęgniarek i położnych, w trakcie których wyjaśniano meandry odpowiedzialności



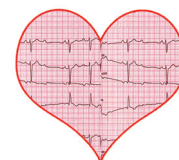
cywilnej pielęgniarek, pozostających w ramach stosunku pracy oraz odpowiedzialności cywilnej pielęgniarek wykonujących zawód na podstawie umowy cywilnoprawnej.

Mamy nadzieję, że tegoroczna konferencja była swoistym benchmarkingiem dla jej uczestników, którzy do ostatnich minut aktywnie uczestniczyli w obradach. To oznacza, że potrzebujemy takich spotkań, które pozwolą nam na wspólne dyskusje i zastanowienie się „co dalej z nowoczesnym, europejskim pielęgniarstwem”. Europa to nie tylko hasła, ale i podejmowane wyzwania, które nie mogą pozostać bez odpowiedzi.

Tegoroczna konferencja pod hasłem: „Pielęgniarki i położne w nowoczesnej Europie” to nowa jakość pielęgniarstwa. Współczesne wyzwania pielęgniarstwa europejskiego, zarówno w perspektywie jego szans, jak i zagrożeń wytyczają działania pielęgniarek i położnych w Polsce. Jaką rolę powinna pełnić współczesna pielęgniarka? W którym kierunku powinna zmierzać?

Mam nadzieję, że tematy podejmowane na konferencji stały się inspiracją do dalszej działalności naukowej i pomogą w dążeniu do budowania pozycji polskiego pielęgniarstwa w nowoczesnej Europie.

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



## Dbaj o serce

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie jako realizator zadania publicznego „Dbaj o serce – program profilaktyki zaburzeń rytmu serca” zorganizował spotkanie edukacyjne dla pacjentów, którego tematem przewodnim było „Leczenie zabiegowe zaburzeń rytmu serca”.

Spotkanie odbyło się 5 września br. w szpitalnej sali konferencyjnej. Wzięto w nim udział blisko 50 zaproszonych pacjentów. Gości przywitał dr n. med. Jerzy Górny, natomiast część merytoryczną spotkania poprowadził dr Mateusz Tyłło, który w przystępny sposób zaprezentował wykład na temat „Leczenie zabiegowe zaburzeń rytmu serca” oraz odpowiedział na liczne pytania uczestników. Zgromadzeni słuchacze mogli się zapoznać z aktualnymi metodami leczenia zaburzeń rytmu serca, w tym migotania przedsionków.

Na zakończenie spotkania zaproszeni goście mieli przyjemność skosztować dietetycznych sałatek oraz niskocukrowych ciasteczek.

Następnym etapem programu było przeprowadzenie specjalnego programu badań dla 50 pacjentów, z wywiadem zaburzeń rytmu serca. W ramach badań pacjenci mieli wykonane badanie EKG oraz badania laboratoryjne, obejmujące morfologię, układ krzepnięcia oraz elektrolity.

Specjalistycznych porad udzielili lekarze z Oddziału Kardiologicznego: dr Mateusz Tyłło oraz dr Damian Chojnowski. Badania EKG były wykonywane w Pracowni EKG pod nadzorem Pani Aliny Silskiej, natomiast badania laboratoryjne wykonywane były w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym, kierowanym przez Panią Beatę Drozdowską.

Grupa wyedukowanych i przebadanych pacjentów składała się z 62 % kobiet i 38 % mężczyzn. Średni wiek pacjentów wyniósł 60 lat. Po badaniach 4 osoby zostały skierowane na dalsze specjalistyczne badania i leczenie w ramach hospitalizacji, natomiast 10 osób zostało skierowanych do leczenia ambulatoryjnego. Pozostałym pacjentom udzielono porad na temat leczenia i dalszego postępowania.

W ramach programu dodatkowo rozdysponowano wśród pacjentów i poradni POZ specjalnie stworzone w tym celu ulotki informacyjne, dotyczące leczenia migotania przedsionków. Akcja spotkała się z pozytywnym odbiorem wśród pacjentów oraz lekarzy pracujących w POZ i niewątpliwie wpłynęła korzystnie na wiedzę pacjentów na temat aktualnych zaleceń, dotyczących leczenia zaburzeń rytmu serca.

Należy pamiętać, że migotanie przedsionków (AF) jest drugim, po dodatkowych skurczach, rozpoznawanym zaburzeniem rytmu ser-



ca (arytmia) na świecie. Arytmia ta powoduje, że przedsionki (jedne z jam serca) zamiast prawidłowo się kurczyć i pompować krew do komór jedynie drżą. W efekcie krew nie jest w pełni wypompowywana z przedsionków, co z kolei powoduje jej zastój i może prowadzić do powstania zakrzepów. Zakrzepy mogą przemieszczać się z prądem krwi do mózgu, blokować tętnice i zatrzymywać doływ krwi do mózgu. Może to skutkować poważnym, a często nawet śmiertelnym udarem mózgu.

Migotanie przedsionków dotyczy 1–2 % populacji ogólnej, a częstość występowania AF wzrasta wraz z wiekiem – z < 0,5 % osób w wieku 40–50 lat do 5–15 % w wieku 80 lat.

Red.



Projekt „Dbaj o serce – program profilaktyki zaburzeń rytmu serca” jest współfinansowany przez Sejmik Województwa Warmińsko-Mazurskiego

## Usługa medyczna – Szpitale



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie otrzymał Wyróżnienie I stopnia w X edycji konkursu Najlepszy Produkt i Usługa Warmii i Mazur, w kategorii: usługa medyczna – szpitale. Do konkursu zgłosiliśmy leczenie wewnątrzczaszkowych tętniaków wewnątrzczaszkowych w obrębie tętnic szyjnych i tętnic mózgowych. Zabiegi, wykonywane przez zespół dr. Grzegorza Wasilewskiego, świadczone są w Pracowni Badań i Zabiegów Naczyniowych Działu Diagnostyki Obrazowej.

WSS w Olsztynie wprowadził zabiegi wewnątrzczaszkowego leczenia tętniaków mózgu jako pierwszy w województwie warmińsko-mazurskim (wiosna 2011 r.). Świadczenia wykonywane są przez radiologów interwencyjnych zarówno planowo, jak też i pilnie – w trybie dyżurowym. Pacjenci mają więc zapewniony dostęp do wszystkich metod diagnostycznych i leczniczych tętniaków mózgu, bez konieczności migracji leczniczej do innych województw (do tej pory tego rodzaju zabiegi nie były wykonywane w żadnym ze szpitali w regionie).

Red.



# W ciąży kobieta powinna jeść dla dwojga, a nie za dwoje



**Program „1000 pierwszych dni dla zdrowia” został zainicjowany przez Fundację NUTRICIA. W województwie warmińsko-mazurskim już po raz drugi był realizowany przez Bank Żywności w Olsztynie.**

Celem programu jest edukacja kobiet w ciąży i matek dzieci do 3 roku życia w zakresie prawidłowego odżywiania się w czasie ciąży oraz prawidłowego odżywiania dzieci w wieku 0-3 lat. Podczas szkoleń dietetycy przekazali uczestnikom najważniejsze zasady prawidłowego żywienia dzieci do 3 roku życia i udzieliли praktycznych wskazówek, jak zaplanować zdrowy, zbilansowany jadłospis. Wyjaśnili ponadto, jak dużą rolę dla zdrowia dzieci w przyszłości odgrywa właściwe żywienie w ciągu pierwszych 3 lat ich życia. W 2013 roku w województwie warmińsko-mazurskim odbyły się 83 spotkania, w których wzięto udział ponad 1000 osób. Były one realizowane w szpitalach, żłobkach, świetlicach oraz w miejskich lub gminnych ośrodkach pomocy społecznej.

W ramach programu odbyły się także 2 konferencje, dotyczące prawidłowego odżywiania dzieci, przekazano żywność dla ponad 4000 dzieci w wieku do 3 lat.

Gdy zapoznałam się z treścią programu z chęcią zgodziłam się wziąć udział w jego realizacji. Wiedza przekazywana kobietom w ciąży i matkom dzieci w wieku 0-3 lat jest bardzo konkretna i życiowa. Wziąwszy pod uwagę wyniki badań Fundacji Nutricia i Instytutu Matki i Dziecka edukacja takich kobiet jest wręcz konieczna. Przykład: 85% badanych kobiet deklaruje, że posiada odpowiednią wiedzę żywieniową, ale tylko 7% stosuje ją w praktyce. 55% badanych dzieci ma nieprawidłowy wskaźnik masy ciała (BMI), ponad 80% dzieci w wieku 1-3 spożywa za dużo soli i cukru w codziennej diecie. Wyniki są zatrażające.

Jako dietetyk znam prawidłowe zasady odżywiania się i wiem, że czasem ich realizacja wcale nie jest łatwa. Spotkania z przyjaciółmi pełne stódek i słonych przekąsek, nieregularny tryb życia, bądź intensywny czas pracy często uniemożliwiają realizację zbi-

lansowanej diety. Tym bardziej może być to trudne dla kobiet w ciąży – specyficzna gospodarka hormonalna, „zachcianki ciążowe”, nudności bardzo często rzutują na ich sposób żywienia. Spotkania edukacyjne programu to potwierdziły. Wiele kobiet przyznało, że w czasie ciąży nie radziło sobie z niepożądanym apetytem, dużym spójciem słodocin, czy nadmiernym przyrostem masy ciała (np. 30 kg). Mam wrażenie, że w Polsce jeszcze utrzymuje się przekonanie, że kobiety w ciąży należy się ulgowe traktowanie z uwagi na „jej stan”. Owszem, potrzebuje ona wówczas pomocy przy wykonywaniu niektórych czynności, bądź większej cierpliwości otoczenia przy zmieniających się nastrojach. Ale jeśli mowa o odżywianiu, to szczególnie traktowanie powinno się wiązać z większą troską o zdrowie, niż z większą pobłażliwością. W ciąży kobieta powinna jeść dla dwojga, a nie za dwoje – i to program „1000 pierwszych dni dla zdrowia” bardzo podkreśla.

Spotkania pokazały również, że obecnie media zalewają nas mnóstwem informacji żywieniowych, które albo wymagają korekty, albo całkowicie mijają się z prawdą. Kobiety były często zdziwione, że mleko matki to najlepszy pokarm dla dziecka, a mieszanek dla niemowląt dostępne na rynku najczęściej nie dorównują mu składem. Niewiele z nich wiedziało kiedy i jak należy wprowadzić gluten do diety dziecka. Program poświęca dużo uwagi, by zachęcać matki do eliminacji z diety dzieci nadmiaru cukru i soli oraz by starać się wprowadzać dzieciom odpowiednią ilość warzyw, owoców i produktów mlecznych. Wielu rodziców szybko godzi się z przekonaniem, że ich dziecko to niejadek i że nie będzie jadło wielu wartościowych produktów spożywczych, podczas gdy badania pokazują, że dziecko musi zjeść jakiś produkt nawet 10-15 razy, żeby zaakceptować jego smak. To trudne, wymagające od rodziców cierpliwości zadanie, ale możliwe do zrealizowania.

Program obejmuje również udostępnianie rodzicom, którzy przyszli na prezentację, materiałów edukacyjnych – przewodników żywienia w ciąży, przewodników żywienia dzieci, broszur dotyczących karmienia piersią, czy gier edukacyjnych. Okazały się one bardzo przydatne. Wiele matek ucieszyło się,

gdy znalazło w nich przykładowe jadłospisy dla dzieci lub dokładnie wyjaśniony model talerza żywieniowego. Poruszane w poradnikach kwestie dotyczą aktualnych problemów żywieniowych wśród kobiet w ciąży i dzieci. Opisują na przykład, jak zapobiegać niedoborom wapnia i witaminy D u dzieci, opisują znaczenie suplementacji kwasu foliowego u kobiet w ciąży oraz poruszają tematy odpowiedniej podaży kwasów wielonienasyconych, żelaza, czy witamin z grupy B.

## 6 złotych zasad zdrowego odżywiania na 1000 pierwszych dni

1. Prawidłowe żywienie w ciąży.
2. Wyłącznie karmienie piersią do 6. miesiąca życia dziecka.
3. Zbilansowana dieta dziecka.
4. Suplementacja witaminy D przez cały rok.
5. Ograniczenie soli i cukru w diecie.
6. Pięć regularnych posiłków dziennie.

Zasady te pokazują, że prawidłowe żywienie dzieci zaczyna się już w ciąży i jest tylko kontynuowane w okresie dzieciństwa oraz, że ma przełożenie na zdrowie w wieku dorosłym.

Pomimo, że edukacja społeczeństwa nigdy nie była i nie będzie prosta (bo jej skuteczność zależy od zaangażowania osób edukowanych) myślę, że zawsze warto w nią inwestować. Edukacja ludzi w zakresie zdrowego sposobu żywienia w dobie dzisiejszego dobrobytu i obecności na rynku wielu niezdrowych produktów spożywczych ma ogromne znaczenie w prewencji chorób dietozależnych, które niestety są coraz bardziej powszechne w naszym społeczeństwie. Dlatego uważam, że program „1000 pierwszych dni dla zdrowia” ma zasadniczy wpływ na stan zdrowia społeczeństwa w przyszłości.

Natalia Bobowik  
Bank Żywności w Olsztynie

W WSS w Olsztynie w Sali Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, odbyły się dwa spotkania edukacyjne (październik i listopad) poprowadzone przez Panią Natalię Bobowik. Uczestniczkami były przyszłe mamy oczekujące na narodziny dziecka w naszym szpitalu. (red.)



## Środki finansowe pozyskane przez Szpital

Działania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie ukierunkowane są na stałe podnoszenie jakości świadczonych usług medycznych. Od 2004 roku Szpital pozyskuje fundusze unijne. Dzięki tym środkom Szpital wyposażony został w nowoczesny sprzęt medyczny oraz dostosowany do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie w dalszym ciągu poszukuje nowych możliwości inwestycji i rozwoju placówki również z innych, poza unijnych funduszy.



W roku 2014 Szpital złożył 10 ofert konkursowych do Ministerstwa Zdrowia, z czego 5 dostało dofinansowanie. Wysokość dofinansowania kształtowała się na poziomie 85-100% wydatków kwalifikujących się do wsparcia.

**Otrzymane dofinansowanie: 5 635 313,00 zł**

### I. Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych:

1. Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego – realizacja programu w latach 2014-2015, łączna liczba badań 1 000 – **dofinansowanie 450 tys. zł**
2. Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów – zakup Gamma kamery SPECT-CT na potrzeby Zakładu Medycyny Nuklearnej – **dofinansowanie 2 345 313 zł**

### II. Program Wieloletni na lata 2011-2020 pn. „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej:

1. Wyposażenie i doposażenie w wysokospecjalistyczny sprzęt dla ośrodków transplantacyjnych narządów szpiku, banków tkanek i komórek, medycznych laboratoriów diagnostycznych wykonujących badania antygenów zgodności tkankowej oraz ośrodków pobierających narządy do przeszczepienia w zależności od mechanizmu pobierających narządy – zakup kardiomonitatorów (4 szt.) oraz centrali (1 szt.) na potrzeby Oddziału Transplantologicznego – **dofinansowanie 180 tys. zł**
2. Prace budowlano-remontowe ośrodków transplantacyjnych, banków tkanek i komórek oraz medycznych laboratoriów diagnostycznych – remont pomieszczeń po Bloku Operacyjnym IV p. na potrzeby Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej – **dofinansowanie 2,6 mln zł**

### III. Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016:

1. Zakup aparatury medycznej dla oddziałów udarowych – zakup respiratora stacjonarnego na potrzeby Oddziału Udarowego – **dofinansowanie 60 tys. zł**

Ponadto Szpital pozyskał środki z PFRON w ramach programu pn. „Program wyrównywania różnic między regionami II” w ramach obszaru B – likwidacja barier architektonicznych na terenie Szpitala.

Projekt będzie polegał m.in. na adaptacji pomieszczeń na pomieszczenia higieniczno-sanitarne z przystosowaniem do potrzeb osób niepełnosprawnych, modernizacji ciągów komunikacyjnych z poszerzeniem otworów drzwiowych do szerokości 90 cm w remontowanych pomieszczeniach po „starym” bloku operacyjnym (V p.) na potrzeby Oddziału Gastroenterologicznego.

**Łączna wartość projektu wynosi 215 912,15 zł**

**Środki finansowe PFRON 86 364,86 zł**



## Mijająca kadencja Rady Spółecznej



Czteroletnia kadencja Rady Społecznej działającej przy Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dobiega końca. Pełniła rolę organu inicjującego i opiniodawczego podmiotu tworzącego oraz doradczego kierownika zakładu. Rada realizowała wiele ważnych zadań, między innymi przedstawiała podmiotowi tworzącemu wnioski i opinie w sprawach np. zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego czy przekształcenia lub likwidacji, rozszerzenia lub ograniczenia działalności. Ważnym zadaniem było przedstawianie kierownikowi zakładu wniosków i opinii w sprawach planu finansowego, planu inwestycyjnego, kredytów bankowych lub dotacji.

**Skład Rady Społecznej Wojewódzkiego szpitala Specjalistycznego w Olsztynie:**

1. **Wiesława Jolanta Włodarczyk-Szczepańska** – Przewodnicząca Rady
2. **Zbigniew Ciecuch** – Przedstawiciel Wojewody
3. **Jadwiga Wyszowska** – Przedstawiciel Rektora Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie
4. **Wojciech Szadzewicz** – Wiceprzewodniczący Rady
5. **Józef Dzik**
6. **Julian Osiecki**
7. **Maria Sokoll**
8. **Elżbieta Bronakowska**

W mijającej kadencji odbyło się 11 posiedzeń w trybie stacjonarnym oraz 8 posiedzeń w trybie zaocznym. Łącznie zaopiniowano 60 uchwał. Posiedzenia odbywały się przynajmniej raz na kwartał. W posiedzeniach Rady Społecznej uczestniczyła dyrekcja Szpitala oraz przedstawiciele związków zawodowych.

Członkowie Rady Społecznej uczestniczyli także w ważnych dla Szpitala wydarzeniach i zawsze dzielili się ze Szpitalem swoimi doświadczeniami i wiedzą.

Dziękujemy im za owocną współpracę

*dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokocka*



## Wkładaliśmy iskrę do naszych umyśłów

„O tym, że firma jest dobra wcale nie świadczy to, że nie ma problemów. Dobrą firmę poznasz po tym, że nie ma tych samych problemów, co w zeszłym roku”.

Joanna Heidtman, Piotr Piasecki

**W** pierwszej połowie grudnia odbyło się dwudniowe szkolenie dla pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, które poprowadzili znani i doświadczeni trenerzy z firmy Heidtman&Piasecki. W szkoleniu uczestniczyli członkowie dyrekcji, ordynatorzy i koordynatorzy, pielęgniarki i położne oddziałowe oraz kierownicy pozostałych komórek medycznych i niemedyycznych. Uczestnicy szkolenia, na co dzień pracujący w szpitalu, działając pod silną presją obowiązków i czasu muszą jednocześnie dbać o efektywność komunikacji z innymi pracownikami oraz z pacjentami. Wymaga to wiedzy i umiejętności oraz wypracowywania dobrych wzorców (nawyków) zachowań.

Pierwszy dzień szkolenia poświęcono zagadnieniom, dotyczącym zwiększenia efektywności osobistej uczestników, poprzez m.in.: wzrost samoświadomości własnego stylu zachowań i rozwój umiejętności, rozpoznawanie i dopasowanie stylu komunikacji, umiejętność komunikacji w trudnych sytuacjach, ale też rozwój umiejętności asertywnej komunikacji w zespole i z pacjentami.

Uczestnicy podzieleni na cztery grupy warsztatowe, pod okiem trenerów poznawali własne profile typologii kolorystycznej, okazało się dla wielu nie tylko ogromną

niespodzianką, ale okazją do przedyskutowania i zastanowienia się nad własnym stylem zachowań. Program zajęć koncentrował się również na efektywnych i sprawdzonych wzorcach i technikach komunikacyjnych, pozwalających na skuteczną komunikację z innymi osobami, zwłaszcza w sytuacjach trudnych, np. w sytuacji konfliktu, potrzeby przekonania, czy potrzeby podania trudnych informacji. Okazało się, że największą sztuką jest dopasowanie swojego stylu zachowań do różnych osób i sytuacji. Nie mniej ważnym obszarem do przedyskutowania oraz wspólnych ćwiczeń okazała się komunikacja asertywna – co to znaczy być asertywnym? Co to znaczy komunikować się asertywnie?

Po całym dniu intensywnej pracy uczestnicy spotkania kontynuowali rozmowy na wieczornym spotkaniu koleżeńskim, które dla wielu było okazją do dyskusji oraz podzielenia się swoimi doświadczeniami z młodszymi koleżankami i kolegami.

Drugi dzień poświęcono sprawom wewnętrznym szpitala. Pani Stanisława Maśłowska – kierownik działu Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia przybliżyła ostatnie zmiany w Ustawie Prawo Zamówień Publicznych, które zawsze wzbudzają emocje wśród pracowników. Przypomniała również, że za przeprowadzenie postępowania

przetargowego odpowiada każdy członek komisji przetargowej. Drugim ważnym, omawianym obszarem były wyniki analiz finansowych poszczególnych oddziałów szpitala. Z tym tematem zmierzył się Michał Danowski, z-ca dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych oraz Marek Wesotowski, prezes firmy SGA, współpracującej z naszym szpitalem, który zaprezentował wyniki badań prowadzonych za pomocą nowoczesnych narzędzi wspomagających zarządzanie szpitalem.

Dyrektor Irena Kierzkowska podsumowała działalność szpitala w roku 2014 i pokrótce przedstawiła plany rozwoju na rok 2015. Szczególną uwagę zwróciła na to, że przed nami kolejny trudny rok, ze względu na wiele przedsięwzięć modernizacyjnych, które wynikają nie tylko z realizacji planu dostosowawczego szpitala, ale przede wszystkim potrzeb pacjentów. Miłą niespodzianką tego spotkania był „Mikotaj”, który zadbał o skromne upominki, przydatne w codziennej pracy. Pani Dyrektor Irena Kierzkowska podziękowała wszystkim kierownikom za wkład pracy i zaangażowanie oraz zaprosiła nas na kolejne szkolenie, za kilka miesięcy. Potrzebujemy takich spotkań.

dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłockocka



# KUBA – samotna wyspa cz. I



lek. Emilia Paszkowska

**Kubańcy nie mają szczęścia do historii – najpierw ich wyspę okupowali Hiszpanie, potem miejscowi dyktatorzy, a za sprawą Fidela Castro i jego brata Raula kraj stał się żywym skansenem komunizmu.**

**M**imo to Kubańcy są optymistami, którzy kochają życie i potrafią cieszyć się drobnymi przyjemnościami. Widać to szczególnie wieczorami, gdy z ulic i knajpek dobiega głośny śmiech, znad szklanecek mojito powoli snuje się dym z cygar, a szalone rytmy rumbly i salsy pozwalają zapomnieć o codziennych troskach. Kuba ma bowiem wiele ciemnych stron, ukrywanych przed turystami – przestarzały ustrój komunistyczny z represjami politycznymi, puste półki sklepowe i zbyt małe racje żywnościowe, po które trzeba stać w długich kolejkach, stałe braki prądu i wody, bezwzględna biurokracja i sfrustrowanych obywateli, którzy już dłużej nie chcą mieszkać w rozpadających się budynkach z przeciekającymi dachami i ryzykując życie dla lepszej przyszłości uciekają przez ocean na matych łódkach i pontonach do bogatego sąsiada.

Dlatego nie sposób jechać na Kubę bez uprzedzeń, jednak ta karaibska wyspa budzi tak różne emocje, że zapada w serce i nie pozwala o sobie zapomnieć.

## **Ciekawa i nieznaną dla wielu historia Kuby – przeczytaj, a wiele zrozumiesz**

Nazwa wyspy pochodzi od rdzennego słowa oznaczającego po prostu „wyspę”, a nie od hiszpańskiego słowa „beczka” (cuba), którą rzekomo miało przypominać wzniesienie, jakie zobaczyli pierwsi, europejscy marynarze.

Pierwszym Europejczykiem, który dotarł do brzegów Kuby był *Krzysztof Kolumb* w 1492 r., w czasie swojej pierwszej wyprawy.

Zachwycony wyspą ogłosił ją najpiękniejszą krainą na Ziemi.

Hiszpancy żołnierze i misjonarze przybyli śladem Kolumba i szybko odkryli złoto w kubańskich górach i zapędzili rdzenną ludność, mylnie uznaną przez żeglarzy Kolumba za „Indian”, do niewolniczej pracy przy jego wydobyciu.

Pierwsi mieszkańcy Kuby, którym udało się przetrwać hiszpańskie okrucieństwa, nie zdołali się oprzeć chorobom przywiezionym z Europy – ospie, gruźlicy, a nawet przeziębieniu.

Na kubańskim złocie powstały fortuny pierwszych hiszpańskich osadników. Przyszłość Kuby kształtowała się jednak na plantacjach trzciny cukrowej. Gdy *Kolumb* przybył po raz pierwszy do brzegów wyspy, cukier, jeden z najdroższych towarów w Europie, importowany był z Dalekiego Wschodu za ogromne pieniądze i nazywany był „białym złotem”. Okres prosperity rynku cukru załamał się i w 1857 r. Kuba wpadła w pogłębiający się kryzys gospodarczy. Pod koniec XIX w. nasilił się rewolucyjny ruch wolnościowy, przesycony ideami sprawiedliwości społecznej, bez dysproporcji materialnych i rasowych. Jego ucieleśnieniem stał się *Jose Marti*, intelektualista, który założył Kubańską Partię Rewolucyjną. Dziś jego postać jest wielkim symbolem na Kubie.

W tym czasie do walki przeciw Hiszpanii na Kubę zjeżdżali bojownicy z całego świata. Prasa amerykańska prześcigała się w przekazywaniu przerażających opisów okrucieństwa Hiszpanów: ulice spływające







krwią, mordowanie dzieci i kobiet. Było to pretekstem do włączenia się USA do konfliktu. 15 II 1898 r. na Kubę został wysłany okręt wojenny USA „Maine”, aby bronić interesów Stanów Zjednoczonych Ameryki, który w tajemniczych okolicznościach eksplodował w porcie w Hawanie. Prezydent USA *William McKinley* wypowiedział Hiszpanii wojnę. Ogromny oddział amerykańskich żołnierzy wylądował na wyspie. Kongres USA ogłosił, że nie rości sobie prawa do Kuby jako kolonii, ale wielu miało wątpliwości co do amerykańskiej „pomocy”. Po rozbięciu armii hiszpańskiej, Amerykanie przejęli kontrolę nad wyspą i sformowali rząd wojskowy, a Kubańczycy, po wielu latach walk zamienili jednych kolonialistów na drugich. W 1901 r. Kongres USA zgodził się na wycofanie wojska w zamian za gwarancję, że Kuba pozostanie amerykańskim protektora-tem. Na początku XX wieku znacznie zwiększyły się amerykańskie inwestycje na wyspie, a Afrokubańczycy dalej byli traktowani jak niewolnicy.

Początek XX wieku to lata dekadencji i zepsucia, gdzie obok siebie żyły kubańska elita i amerykańska mafia. W okresie prohibicji zjeżdżało tu wielu Amerykanów szukających alkoholu, stońca i seksu. Hawana szybko przekształciła się w główne centrum prostytucji na zachodniej półkuli. Nic dziwnego, że w Hawanie, gdzie można było zbić fortunę na alkoholu, narkotykach, hazardzie i prostytucji, szybko pojawili się amerykańscy mafiosi.

Jednak dla wielu rozdzwięk między zwykłym obrazem Kuby, a brutalną rzeczywistością stawał się zbyt widoczny. Kiedy w Hawanie kwitła rozpusta, na prowincji rodziły się rewolucyjne idee. Powoli zaczął się tworzyć podziemny ruch. Jego filozofia, zakorzeniona w XIX-wiecznych kubańskich powstaniach, stała się zarzewiem rewolucji. W listopadzie 1956 r. *Fidel Castro* i jego brat *Raul* oraz *Che Gevara* z grupką wieśniaków założyli Armię Powstańczą. W ciągu kilku lat powołali nieformalny rząd i stworzyli manifest. Na wsiach zakładali szkoły, punkty medyczne, założyli też stację radiową *Radio Rebelde*, dzięki której propagowali ideę demokratycznej Kuby. Rebelianci przetrzebili armię *Batisty*, a sam dyktator uciekł z kraju. Castro wyruszył do Hawany. Rewolucję uznano na całym świecie za rzeczywiste zwycięstwo ludu; nawet rząd USA wyrażał się optymistycznie o zachodzących zmianach. Wiosną 1959 r. *Fidel Castro* ogłosił się premierem rewolucyjnego rządu, a rewolucja 1959 r. stała się dla wielu Kubańczyków początkiem historii ich kraju.



A dalej to już pamiętam jak potoczyła się ta historia.

### Hawana

Stolica Kuby zamieszkała przez ponad 2 mln ludzi, to swoista podróż w czasie – stare cadillaki, bucki i pontiaki przenoszą nas w lata 40 i 50-te ubiegłego wieku. Jeżeli chcemy bardziej cofnąć się w czasie i poczuć jak hiszpańscy kolonizatorzy z XII, czy XVIII wieku, to wystarczy przejść się po wąskich uliczkach i niesamowitych placach *La Habana Vieja* – Starej Hawany, która została wpisana na Listę Światowego Dziedzictwa UNESCO.

Jej sercem jest *Plaza de Armas* (Plac Broni), który mogli już podziwiać dawni żeglarze. Gmach *Palacio de los Generales* (Pałac Gubernatora), jest najwspanialszym przykładem barokowej architektury w Hawanie. Do dziś zachowano oryginalny wystrój wnętrz. Dzisiaj znajduje się tam Muzeum Miejskie, w którym można podziwiać niewielką statuę z brązu – *La Giralde* – symbol Hawany zachwyca, a jej rysunki znajdują się na wielu przedmiotach, np. na etykietach butelek rumu.

Na placu znajduje się też *El Temple* – kopia ateńskiego Partenonu; to właśnie w tym miejscu w 1519 r. została założona Hawana. Na przeciw stoi najstarsza budowla w Hawanie – potężna forteca *Castillo de la Real Fuerza*, wyposażona w zwodzone mosty i armaty.

Dalej znajduje się *Plaza de la Catedral* (Plac Katedralny), który zawdzięcza swą nazwę barokowej katedrze dominującej nad całym placem. Na dwóch wieżach umieszczono dzwony. W każdą noc sylwestrową, o północy, na ich dźwięk gromadzą się tłumy – trzeba wówczas zastukać kołatką w wielkie

drewniane drzwi katedry, by zapewnić sobie szczęście w nadchodzącym roku.

Niedaleko Placu Katedralnego znajduje się jedna z ulubionych knajpek *Hemingwaya* „*La Bodeguita del Medio*” („mały bar w środku”), która była centrum hawańskiej cyganerii, a na jej ścianach wiszą zdjęcia i pamiątki pokryte autografami sław, w której i ja byłam i szklaneczkę rumu wypita.

*Plaza San Francisco de Asis* (Plac św. Franciszka), pośrodku którego stoi fontanna z lwami oraz słynna 40-metrowa wieża, jedna z najwyższych dzwonnicy na wyspie, w której wypatrywano piratów. Obecnie w pobliżu placu znajduje się słynne *Muzeum Rumu*.

Dzięki międzynarodowym dotacjom wspaniałe zabytki architektury i sztuki są obecnie pieczołowicie odnawiane, ale im dalej od historycznych miejsc, tym stopień degradacji urbanistycznej tkanki miasta jest coraz większy. Budynki z tuszczącymi się fasadami, z dziwnymi skrzywieniami i dobudówkami, ciemne i brudne uliczki – to codzienność większości Hawańczyków – dla turysty jest to fascynująca brzydota i upadek, a dla miejscowych koszmar wyczerpującej codzienności.

By zrozumieć, czym była Kuba przed rewolucją, koniecznie trzeba odwiedzić dzielnice *Miramar* i *Vedado*. Ta pierwsza to przepiękne, ekskluzywne rezydencje, w których obecnie mieszczą się głównie ambasady. Z kolei w latach 40. i 50. XX w., w hotelach i kasynach *Vedado* bezapelacyjnie rządziła amerykańska mafia.

Znacznie częstszym celem turystów jest 5-kilometrowa nadmorska *promenada Malecon*, gdzie przychodzą wszyscy – młodzież, zakochani, rodziny, starsi ludzie z wnukami



i pieskami, drobni oszuści i piękne damy do towarzystwa, gdzie wieczorami popija się rum, tańczy i bawi do białego rana.

Kolejne ważne miejsce to **Miasto Zmarłych – Cementerio de Colon** – wielki, ok. 50 hektarowy cmentarz – park, gdzie znajduje się blisko 2 mln grobów, a dekadenska atmosfera tego miejsca z posągami aniołów, świętych, miniaturami kolumn i urn, robi niesamowite wrażenie. Kubańczycy, którzy pragną dziecka pielgrzymują do grobu *Amelii Goyre de la Hoz* – podobno pochowano ją, gdy zmarła w czasie porodu w 1901 r. ze zmarłym dzieckiem w słońcu, a gdy po kilku latach dokonano ekshumacji, ciało kobiety było nienaruszone, a małeństwo trzymała w objęciach. Grób zawsze tonie w kwiatkach, a wokół niego jest pełno karteczek z prośbami o potomstwo.

Każda grupa turystów ma obowiązek odwiedzenia **Muzeum Rewolucji**, które mieści się w dawnym pałacu dyktatora *Batisty*, gdzie przed gmachem można podziwiać replikę jachtu „Granma”, jednego z największych symboli rewolucji.

Rządowym sercem współczesnej Hawany jest **Plaza de la Revolucion** (Plac Rewolucji), choć „serce” to zbyt ciepłe słowo w odniesieniu do tego surowego miejsca. Wokół placu dominują monumentalne budowle w typie socrealizmu. Ale najstraszniejsze jest kontrolowanie Placu przez wizerunek Che Guevary z gmachu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, najstraszniejszej i najtajniejszej instytucji na Kubie – robiąc sobie zdjęcie na tle tego gmaszyska, czułam ciarki przebiegające od stóp do głowy (... a może i odwrotnie).

Kubańska stolica mimo, że jest politycznym i ekonomicznym centrum wyspy, stała się też pierwszym miejscem niweczającym komunistyczne plany i dyktatorskie marzenia, gdzie jak grzyby po deszczu wyrastają luk-



susowe hotele, hataśliwe dyskoteki, a także małe, rodzinne knajpki i sklepiki, a niepokojącą i neurotyczną namiętność życia prezentują natarczywe prostytutki obojga płci.

### Wieczor w tropikach

Najstynniejszy klub i rewia na Kubie prosperuje w Hawanie od 1939 r. i od tego czasu niewiele się tu zmieniło – zniknęły jedynie stoły z ruletkami. Dla jednych najstynniejszy i oształamiący, dla innych kiczowaty i kipiący erotyzmem – nie ważne, czy podoba się, czy nie – trzeba tu po prostu być, bo ma długą historię i niezwykły klimat, bo statymi gośćmi byli *Ernest Hemingway, Marlon Brando, Edith Piaf, Jimmy Durante* (... i ostatnio *Emilia Paszkowska*), gdzie występowali *Carmen Miranda, Josephine Baker, Nat King Cole*.

Sceneria Tropicany robi wrażenie – stoliki z miejscami siedzącymi dla 1400 osób amfiteatralnie otaczają scenę, wokół rosną tropikalne drzewa, a nad głową migoczą gwiazdy. Sam występ to połączenie rewii, kabaretu, teatru i cyrku, z pokazami erotycznymi, gdzie

poćnagie tancerki wirują w tańcu, wabiąc piórami, błyszczącymi strojami i długimi nogami.

### Samochody Kubańczyków – amerykańskie limuzyny

Większość mieszkańców Hawany, a także innych kubańskich miast, jeździ starymi cadillacami, chevroletami, pontiacami, lincolnami, fordami, buickami i packardami oraz innymi, wybitnymi osiągnięciami amerykańskiej motoryzacji sprzed kilkudziesięciu lat – bo nie ma innego wyjścia. Te budzące zachwyt turystów romantyczne pojazdy, snujące się po kubańskich szosach niczym duchy amerykańskiego kapitalizmu, są najczęściej w fatalnym stanie technicznym, a poruszają się po ulicach jedynie dzięki wielkiej determinacji swoich właścicieli. Podobnie jak kiedyś Polacy, zamiast paska klinowego montowali rajstopy, tak teraz Kubańczycy w swoich samochodach zamiast filtrów używają stoików. Szacuje się, że na wyspie jest kilka tysięcy amerykańskich limuzyn. Skąd się w tym biednym kraju wzięło tyle spalających ogromne ilości benzyny krąźowników szos? W większości to pozostałość po bogatych Kubańczykach i Amerykanach, którzy w panice uciekali stąd po rewolucji w 1959 r.

W latach 80-tych kubański rząd każdemu właścicielowi oryginalnego starego auta oferował nową łądę, a zabytkowe pojazdy sprzedawał zagranicznym kolekcjonerom, oczywiście z dużym zyskiem. Po upadku ZSRR interes się skończył – Kubańczycy nie mogli liczyć na nowe łądy.

Turyści uznają te wspaniałe auta – relikty świetlanej przeszłości, za jedną z największych atrakcji Kuby i obfotografują każdy element karoserii – oczywiście i ja mam wspaniałą, fotograficzną kolekcję tych bajecznych aut.

cdn.



## Jolka szpitalna 44

Objaśnienia 73 haseł podano w przypadkowej kolejności.

W diagramie ujawniono wszystkie litery: C, F i R.

Na ponumerowanych polach ukryto 35 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie buriackie.

- czerwotka bakteryjna
- dziedziina wiedzy
- kolega Kwiczota
- Winnetou z pochodzenia
- syn Dedala
- gród w ujściu Loary
- dydelf ziemnowodny
- członek stronnictwa obalonego przez jakobinów
- polowanie
- statek Jazona
- płynie w Cieszynie
- francuski krowi ser pleśniowy
- bodziszek
- koźlonogi syn Hermesa
- ćwierćbeczek
- nad Sanem poniżej Leska
- orzeł z Wisty
- drewniana listwa z podziatką
- tymotka
- drugie imię szachinszacha
- przystąpienie
- port Eugeniusza Kwiatkowskiego
- rozrywka pod namiotem
- partner Atosa i Aramisa
- obniżenie nominatów pieniędzy
- poszukiwacz eliksiru życia
- akadyjski bóg z Uruk
- rasa ekologiczna
- jezioro z Syr – i Amu-darią
- brat Lecha i Czecha
- dożywotnia opieka
- papuga z krzyżówki
- pediatra z Bethesdy, noblista z 1976 r.
- ozdobi szklivem

- miejsce urodzenia św. Pawła
- kurtyzana Zoli
- zły zwyczaj przy jedzeniu zupy
- ruja
- stołek bez oparcia
- uroczy ciuch
- Julijskie z Triglavem
- niegodziwość
- nimfa zmieniona w niedźwiedzicę
- wielka amazońska ryba kostnojęzykowa
- epopeja
- ... Chorych, poprzedniczka NFZ
- kraj braci-Castro
- kapral w marynarce
- lord, autor „Giaura”
- sławne uzdrowisko pod Liege
- miejsce tortur

- kraj z Georgetown
- posąg z Rodos
- węzeł włosów
- imię Bregović’a
- briofilum
- rozdział Koranu
- hebrajska nazwa „Starego Testamentu”
- płynie w Turynie
- mięso z rumaka
- partner Portosa i Aramisa
- bada skład i właściwości substancji
- tył konia

- gipsowa na powierzchni złoza soli
- koń czystej krwi
- nicpoń jak szmata
- nauka przed studiowaniem Biblii
- z wodorostów do apretury tkanin
- pościel dla bobasa
- port wschodniego Cypru
- wczesna pora dnia
- muza poezji mitosnej
- toksyna

„BJER”

Rozwiązanie krzyżówki nr 43

„Kłamstwo jest chorobą a prawda lekarstwem”

Nagrodę otrzymuje Matgorzata Urbańska – Pracownia Endoskopowa. Gratulujemy! Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.

*Przepraszamy Panią Joannę Puchalską za naruszenie jej dóbr osobistych poprzez nieuzasadnione przeniesienie jej na stanowisko poniżej jej kwalifikacji zawodowych, szerzenie negatywnych opinii na temat jej pracy, bierną postawę wobec naruszania dóbr osobistych Pani Joanny Puchalskiej przez inne osoby będące pracownikami Szpitala i niesłuszne uznanie, iż źródłem konfliktów w Dziale Patomorfologii były nieumiejętne zarządzanie i kierowanie zespołem osób tam zatrudnionych przez wyżej wymienioną.*

# Zapraszamy do Pałacu Pacółtowo, miejsca, którego wyjątkowość tworzą jego Goście



PAŁAC PACÓŁTOWO  
Hotel • Resort • Ośrodek Jeździecki

SPONSOR  
nagrody w krzyżówce 44



Pałac Pacółtowo

Pacółtowo 2 • 14-107 Gierzwałd

Tel. +48 89 642 29 84 • Tel. +48 609 554 010 • [palac@palacpacoltowo.com](mailto:palac@palacpacoltowo.com) • [www.palacpacoltowo.com](http://www.palacpacoltowo.com)

