



PULS SZPITALA

WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162
Nr 49 październik - grudzień 2015



ZAWÓD PIELEGNIARKI

wymaga dziś coraz większej wiedzy fachowej

PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelna

Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny

Alicja Biernacka
Elżbieta Majchrzak-Kłokocka
Przemysław Prais

Stała współpraca

Jerzy Badowski
Piotr Markiewicz
Emilia Paszkowska
Agnieszka Hryniewicka

Zdjęcia udostępnił

Miłosz Guzowski
Emilia Paszkowska

Adres redakcji

10-561 Olsztyn
ul. Żołnierska 18
Dział Zarządzania,
Marketingu i Promocji
tel. 89 538 65 06
bszymczuk@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie

AR Idealmedia Sp. z o.o.
ul. Syrokomli 19, Elbląg
tel. 603 077 102
tel. 55 232 62 23
www.idealmedia.pl

Nakład

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



fot. Miłosz Guzowski



Powinniśmy być dumni, że pracujemy w naszym szpitalu	3
Procedura medyczna, która może skutkować całkowitym wyleczeniem	5
Promocja Szpitala w Kaliningradzie	6
Europejska Noc Naukowców – „Transplantologia i ja”	7
Gość z Ukrainy	7
Rzecznik prasowy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie	8
Nowi lekarze-stażyci w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym	8
„SM-Walcz o Siebie”	9
V Kongres Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran	10
Czy pielęgniarstwo jest sztuką?	10
Chciałabym, aby oddział...	12
„Rzemiosło, którego musimy się wyuczyć od podstaw”	13
Podziękowanie za wiele lat pracy czterem pielęgniarkom oddziałowym	16
Pamięć i jej zagadki cz. 18	20
Uciążliwy hałas	22
Ćwiczenia z zabezpieczenia medycznego	23
A co z tą naszą wagą ciała? Na dyżurze nie myślimy o sobie cz. 4	24
Ale Meksyk cz. 2	25
48 Jolka szpitalna	27

*Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia,
życzę wszystkim naszym pacjentom i pracownikom Szpitala, radosnych chwil
spędzonych w miłej, spokojnej atmosferze, bez pośpiechu, trosk i zmartwień
Świąt dających radość i odpoczynek, oraz nadzieję na Nowy Rok,
żeby był jeszcze lepszy niż ten, co właśnie mija.*

*Irena Kierzkowska
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Olsztynie*



Powinniśmy być dumni, że pracujemy w naszym szpitalu

O mijającym roku 2015 oraz planach na rok przyszły rozmawiamy z dyrektorką Ireną Kierzkowską.

Jak mogłaby Pani podsumować mijający rok?

Bilansowo zamykamy rok w pierwszym kwartale przyszłego roku, więc do 31 grudnia leczymy zgodnie z tegorocznym kontraktem. Na podsumowanie 2015 roku jest jeszcze za wcześnie. Ale oczywiście sprzyjający refleksjom okres świąteczny, skłania do podsumowań. Mijający rok był trudny, bez wzrostu wysokości kontraktu z NFZ i następny zapowiada się niestety podobnie. Jest to największą uciążliwością naszego szpitala, ponieważ musimy tłumić jego potencjał. Tymczasem pacjenci chcą korzystać z naszych usług, mają do nas zaufanie i chcą się u nas leczyć. To daje nam oczywiście ogromną satysfakcję, ale czuję się bardzo niekomfortowo ograniczając działanie szpitala z powodu nadwykonania.

Udało się nam natomiast zrealizować plany inwestycyjne. Zmodernizowaliśmy dwa nowe oddziały – Transplantologii i Chirurgii ogólnej oraz



Gastroenterologiczny. Otrzymaliśmy dotację w wysokości 2,6 mln zł od Ministerstwa Zdrowia z Programu Rozwoju Transplantacji. Przeznaczyliśmy te pieniądze na zagospodarowanie pustostanów po starym bloku operacyjnym i to nas cieszy. Dobięta końca modernizacja skrzydła zachodniego szóstego piętra, gdzie mieści się oddział ginekologiczno-położniczy. Otworzyliśmy również pracownię elektrofizjologii i elektroterapii serca, dając mieszkańcom naszego regionu nowe możliwości leczenia zaburzenia rytmu serca. Kardiologia i kardiochirurgia ma pełny zakres możliwości diagnostyczno-leczniczych. Jeśli chodzi o rozwój kardiologii to potrzebujemy tylko większego kontraktu i modernizacji oddziału kardiologicznego. Odnawiamy już i adaptujemy na potrzeby oddziału nefrologicznego

po starej sterylizatorni. Zajmowane teraz przez nefrologów pomieszczenia zajmie Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej. Otworzyliśmy także poradnię lekarza rodzinnego i gwarantując bardzo dobre warunki zapraszamy mieszkańców Olsztyna do korzystania z jej usług w bardzo dobrych warunkach.

Sfinalizowaliśmy także plany zakupowe, jeśli chodzi o aparaturę medyczną.

Czego nie udało się dokonać w 2015 r.?

Niestety nie otrzymaliśmy dotacji z Ministerstwa Zdrowia na salę hybrydową i nie udało się nam ograniczyć nadwykonań, co jest moją największą troską, ponieważ nie wiem, czy rok 2015 uda nam się nam zbilansować.

Co mogłaby Pani powiedzieć o możliwościach leczenia pacjentów w naszym szpitalu?

Mam olbrzymią satysfakcję, że szpital dynamicznie rozwija się pod względem medycznym, diagnozujemy i leczymy z dobrym efektem coraz trudniejsze przypadki, wymagające zaangażowania wielu specjalistów. Całkiem dobrze radzimy sobie z pakietem onkologicznym, nietatnym przeciwieństwo do realizacji i z obsługą pacjentów z urazem wielonarządowym, które wymagają pracy zespołowej. Praktycznie powinien wymienić wszystkie zakresy specjalistycznych świadczeń wykonywanych w naszym szpitalu, więc wypada mi tylko podziękować i pogratulować wspaniałej kadrze za ich profesjonalizm, zaangażowanie i efekty leczenia. Praca zespołowa, stosowanie technik i metod z różnych specjalności zasługuje na podkreślenie, ponieważ ratuje życie wielu interdyscyplinarnym, ciężko chorym pacjentom i jest coraz mocniejszym atutem naszego szpitala.

Medycyna idzie więc w kierunku komplementarności i kompleksowości usługi, natomiast nasz system ochrony zdrowia nie jest w stanie sprostać tym potrzebom i oczekiwaniom. System rozliczania oparty jest na jednorodnych grupach pacjentów, ale płatnik w warunkach szczegółowych dzieli wymogi i katalogi na wąskie zakresy. Jest więc niespójny. A to pacjent powinien wskazywać drogę i pieniądze powinny iść za pacjentem.

Szpital coraz bardziej angażuje się również w działalność naukową.

Tak naukowość zaczyna być coraz ważniejszym elementem naszego funkcjonowania i bardzo się z tego cieszę. Mamy wielu bardzo zdolnych ludzi i dobrze byłoby nie zmarnować ich talentów. Musimy więc stwarzać możliwości ich rozwoju i szukać pieniędzy na naukę. Współpracujemy z Wydziałem Medycznym naszego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, z każdym rokiem przybywa doktorantów. Nawiązaliśmy również współpracę z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku, z którym podpisaliśmy umowę konsorcyjną i będziemy brali udział w dużym projekcie naukowym dofinansowanym przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. Podpisaliśmy również umowę z Wydziałem Biologii i Biotechnologii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego na wspólne projekty naukowo-badawcze. Również staramy się o dofinansowanie unijne, chcemy pogodzić dwa cele, realizację projektów naukowych i zakup niezbędnego na ten cel sprzętu lub aparatury, która będzie służyła pacjentom. Liczę, że ten kierunek będzie mocną stroną naszego szpitala.

Trwają prace nad strategią Szpitala, która ma nadać kierunek jego działania na najbliższe lata.

Strategia szpitala to ważny dokument, określa podstawowe kierunki i priorytety rozwoju naszego szpitala i sposoby ich realizacji. Dobra strategia powinna być oparta na dobrej analizie otoczenia bliższego, dalszego, ocenie potencjału szpitala, jego możliwości itd.

Pracujemy nad strategią w sześciu zespołach, podzielonych tematycznie, w przededniu zapowiadanych zmian systemowych przez

resort zdrowia, co będzie nie lada wyzwaniem, ale wierzę, że będzie to profesjonalny dokument na kolejnych 5 lat.

Zależy mi na tym, żeby nasz szpital otwierał się na odważne przedsięwzięcia, projekty, czy procesy. Być może szpital będzie częściej wchodził w konsorcja, być może w fuzje z innymi podmiotami. Planujemy przejęcie Stacji Dializ. Już teraz jesteśmy absolutnym liderem w Polsce w realizowaniu zakupów grupowych. Dużo placówek zabiega o współpracę z nami. To nasza mocna strona, z tego powodu udaje nam się obniżyć koszty w wielu obszarach.

Co czeka Szpital w przyszłym roku?

Już w pierwszym kwartale czeka nas akredytacja, czyli audyt Szpitala oceniający realizację standardów jakościowych. Przechodziliśmy już takie oceny, ale każda jest swego rodzaju nowym wyzwaniem dla wszystkich pracowników, a uzyskany certyfikat jest zawsze sukcesem zbiorowym, ponieważ wszyscy musimy na niego założyć. Tym razem szczególnie zależy nam na bardzo wysokiej ocenie, ponieważ tylko 90 proc. realizacji standardów będzie uwzględniana przez płatnika w poziomie finansowania. Także wszystkie ręce na pokład, przypomnę, że pierwszy certyfikat szpital otrzymał w 2003 r. polityka jakości jest już tradycją w naszym szpitalu i życzymy sobie tego sukcesu.

Nowym zadaniem jest też opracowanie map potrzeb zdrowotnych w województwie warmińsko-mazurskim. Mapy są niezbędne do składania wniosków z RPO na lata 2014 - 2020 i będą również wykładnią dla płatnika w trakcie konkursów na realizację świadczeń zdrowotnych. Poza tym, mogą służyć do efektywniejszego wykorzystania zasobów regionu, czy przestrzec szpitale przed nadmiernym inwestowaniem. Ale powinny być zrobione rzetelnie, oparte na obiektywnych wskaźnikach: należy zinwentaryzować liczbę łóżek, odnieść ją do demografii, do danych epidemiologicznych, żeby pokazać, czego w regionie mamy za dużo, a czego nam brakuje. Uważam, że regionalność ochrony zdrowia będzie coraz mocniejszym akcentem w polskim systemie opieki zdrowotnej i to niezależnie od tego, czy nadal będziemy finansowani przez NFZ, czy przez budżet, jak zapowiada nowa ekipa rządu.

Czego życzyłaby Pani sobie i pracownikom Szpitala w przyszłym roku?

Przede wszystkim dobrej atmosfery i wzajemnego zaufania. Chciałabym, żeby każdy pracownik naszego szpitala czuł się potrzebny, widział sens swojej pracy i miał satysfakcję z tego co robi, ponieważ każdy ma ważne zadanie niezależnie od stanowiska.

Osobiście chciałabym mieć więcej czasu na spotkania i rozmowy z pracownikami i to nie tylko z kadrą kierowniczą. Na pewno ten obszar zarządczy powinien poprawić. Myślę, że powinniśmy być dumni, że pracujemy w naszym szpitalu, radzimy sobie z różnymi problemami, może czasem w sposób nazbyt nerwowo lub chaotyczny.

Dbajmy wszyscy o nasz Szpital. Wiele zależy od zaangażowania pracowników, od ich lojalności i gospodarności. Wszyscy musimy dbać o majątek naszego Szpitala. Każda zaoszczędzona złotówka to jest nasza złotówka i proszę Was, abyśmy ten kolejny, trudny rok wspólnie przeżyli bez szkody dla naszej firmy, dla naszej misji, dla naszych pacjentów.

PROCEDURA MEDYCZNA, która może skutkować całkowitym wyleczeniem

Ablację migotania przedsionków u 40-letniego pacjenta wykonali dr Tomasz Królak z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz asy-

w w 2007 r. dr Tomasz Królak w asyście dr Mateusza Tyłło w Pracowni Hemodynamiki. Przez kolejne lata liczba zabiegów sukcesywnie wzra-

tego regionu, którzy dotąd musieli jeździć na takie zabiegi do Gdańska, czy Warszawy uzyskali możliwość leczenia na miejscu. – Dzięki takim zabiegom pacjenci odzyskują także komfort życia – zaznacza Mateusz Tyłło.



stujący mu lekarze z WSS w Olsztynie: dr Mateusz Tyłło, kierownik Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii i dr Damian Chojnowski. Była to pierwsza taka medyczna procedura w woj. warmińsko-mazurskim.

Ablacja to zabieg, mający na celu zniszczenie lub odizolowanie obszaru serca, który powoduje powstawanie arytmii. Zabieg jest wykonywany przezskórnie, więc należy do procedur małoinwazyjnych. Dzięki zniszczeniu (ablacji) obszarów, które sprzyjają powstawaniu lub przenoszeniu się arytmii, pacjent może zostać całkowicie wyleczony. Czasem ablacja ma na celu odizolowanie obszarów powodujących powstawanie arytmii (np. izolacja żył płucnych), wtedy czynnik powodujący arytmię nie jest usunięty, ale jego wpływ na resztę serca zostaje zablokowany lub ograniczony.

W czasie ablacji lekarz dociera specjalną elektrodą ablacyjną w obszar serca, który powoduje nieprawidłową aktywność elektryczną serca. Przy pomocy elektrody dostarczane jest ciepło, niszczące tkankę i wytwarzające matą blizną, która nie przewodzi impulsów elektrycznych. Kluczowe dla skuteczności ablacji jest znalezienie właściwego miejsca w sercu, i precyzyjne wygrzanie odpowiedniego obszaru tkanki.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym pierwsze zabiegi elektrofizjologii wykonał

stała. Od 2012 roku zabiegi te przeprowadza samodzielnie zespół lekarzy WSS w Olsztynie (dr Mateusz Tyłło oraz dr Damian Chojnowski). W marcu 2013 r. w WSS utworzono Pracownię Elektrofizjologii i Elektroterapii, która od połowy 2014 r. cieszy się nowymi pomieszczeniami.

Jak podkreśla dr Tyłło przeprowadzenie ablacji migotania przedsionków było możliwe dzięki wyposażeniu pracowni w system elektro-anatomiczny CARTO. – To dzięki niemu mogliśmy wykonać ten zabieg rutynowo robiony już w innych polskich ośrodkach – mówi kardiolog. – Ponieważ nie mamy jeszcze doświadczenia prowadził go dr Tomasz Królak, a ja z dr. Chojnowskim pomagaliśmy.

Dr Królak chwali sobie współpracę z olsztyńskim kardiologami. – Długoletnia współpraca przynosi świetne efekty – mówi.

Operacja, która odbywała się w częściowym znieczuleniu, trwała pięć godzin i zakończyła się sukcesem. 40-letni pacjent odzyskał sprawność. – To bardzo ważne dla młodych osób, wśród których także zdarzają się zaburzenia rytmu serca w postaci migotania przedsionków – podkreśla dr Tyłło. – Częstość ich występowania rośnie wraz z wiekiem i dotyczy co dziesiątej osoby w wieku powyżej 80 lat.

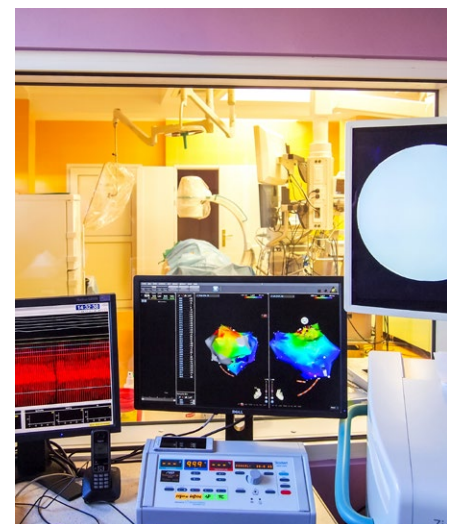
Kardiolog dodaje, że mieszkańcy Olsztyna i ca-

W regionie Warmii i Mazur funkcjonują tylko dwa ośrodki leczenia zabiegowego zaburzeń rytmu serca. Liczba pacjentów kwalifikowanych do zabiegów ablacji (zabiegowe usuwanie substratu arytmii) nie zmienia się od kilku lat i wynosi niewiele, ponad 200 procedur rocznie. Jak wynika z danych z innych województw liczba podobnych zabiegów w przeliczeniu na 1 milion mieszkańców jest dwu, a nawet trzykrotnie wyższa. Przyczyną tego stanu jest niewielka wiedza lekarzy kierujących chorych do ośrodków elektrofizjologicznych oraz niewielka wiedza pacjentów o możliwości leczenia zabiegowego zaburzeń rytmu serca.

Zabieg ablacji zaburzeń rytmu serca, jak mało która procedura medyczna, może skutkować całkowitym wyleczeniem pacjenta i pozabawieniem konieczności przyjmowania przez niego leków oraz wyeliminowaniem wizyt w poradniach kardiologicznych lub szpitalnych oddziałach ratunkowych. Zyskujemy dzięki temu nie tylko poprawę zdrowia chorych (skuteczność zabiegów ablacji w nadkomorowych arytmiach przekracza 95 proc.), ale też mierzalne oszczędności w wydatkach na ochronę zdrowia.

Ablacja staje się coraz bardziej skuteczną i bezpieczną metodą walki z zaburzeniami rytmu serca. Szczególne zalety tej metody widać w leczeniu migotania przedsionków.

Przemysław Prais





W dniach 17-19 września 2015 r. w Kaliningradzie odbyły się XV Międzynarodowe Targi „Medycyna i Kosmetologia”. Uroczystego otwarcia targów dokonał m. in. Konsul Generalny RP w Kaliningradzie Marcin Nosal oraz Zbigniew Pawlik, Radca w Wydziale Promocji Handlu i Inwestycji w Konsulacie Generalnym RP w Kaliningradzie.

Region Warmii i Mazur reprezentowali przedstawiciele Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego - Sylwia Cieśluk i Elżbieta Dziekan, na czele z dyrektorem Departamentu Zdrowia Ryszardem Wasińskim. W promocji regionu udział wzięty również reprezentantka Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Elblągu - Danuta Stanicka i przedstawicielka Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie - Barbara Szymczuk.

Był to już nasz kolejny udział w targach, które co roku odbywają się w Kaliningradzie. Zauważono, iż coraz więcej mieszkańców Obwodu Kaliningradzkiego korzysta bądź zamierza skorzystać z usług polskiej opieki zdrowotnej na warunkach komercyjnych, a liczba osób zgłaszających się do naszych Szpitali z każdym rokiem wzrasta. Dlatego tak ważnym jest, aby informacje o możliwościach i warunkach leczenia, osoby zainteresowane, mogły uzyskać również z tzw. pierwszej ręki. Temu służyło właśnie wspólne, stoisko ekspozycyjne, regionu Warmii i Mazur.

Równoległe do trwania targów, odbyło się seminarium pt. „Turystyka medyczna na Warmii i Mazurach”, zorganizowane przez Konsulat Polski w Kaliningradzie. Spotkanie poprowadził Zbigniew Pawlik. Ryszard Wasiński podczas swojego wystąpienia mówił o rozwoju turystyki medycznej w województwie warmińsko-mazurskim. Natomiast pozostali goście zaprezentowali ośrodki lecznicze i sanatoryjne w naszym regionie, a także przedstawili nowoczesne metody leczenia chorób nowotworowych w Polsce. Po pierwszej części spotkania odbyły się rozmowy biznesowe przy stolikach, podczas których przedstawicielki szpitali w Elblągu i Olsztynie udzielały osobom zainteresowanym informacji na temat leczenia w naszym województwie.

Kolejną możliwością promocji Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie była wizyta lekarzy specjalistów z naszego Szpitala w Centrum Medycznym MEDEXPERT, z którym WSS w Olsztynie współpracuje od wielu lat. W trakcie wizyty zwiedziliśmy nowo

otwartą klinikę, w której m. in. działają specjalistyczne pracownie tj. USG, TK, laboratoria diagnostyczne oraz bakteriologiczne. Przedstawiciele Szpitala zostali serdecznie przyjęci przez zarząd Centrum, reprezentowany przez Vladimira Kolobukhova, dyrektora i Pavla Kolobukhova, członka zarządu oraz pracowników Centrum.

Druga część dnia wizyty, upłynęła na spotkaniu naszych specjalistów z lekarzami Centrum Medycznego MEDEXPERT oraz lekarzami z nim współpracującymi. Lekarze ze Szpitala Wojewódzkiego zaprezentowali możliwości leczenia w naszym szpitalu obejmujące następujące dziedziny medycyny: dr Jerzy Badowski, kierownik Zakładu Medycyny Nuklearnej mówił o diagnostyce i terapii radioizotopowej w łagodnych chorobach tarczycy oraz PT/CT w onkologii, dr Mateusz Tyłło, kierownik Pracowni Elektrofizjologii i Elektroterapii o ablacji migotania przedsionków, a dr Mariusz Siergiej, lekarz z Oddziału Klinicznego Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa o leczeniu w chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz chirurgii kręgosłupa.

Odpowiedzią na udział Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie w tych wszystkich przedsięwzięciach są kolejne e-maile kierowane do Działu Zarządzania Marketingu i Promocji z prośbą o przyjęcie pacjentów z Federacji Rosyjskiej do naszego szpitala na leczenie, bądź diagnostykę specjalistyczną.



Europejska Noc Naukowców – „Transplantologia i ja”

Marta Jaworska, regionalny koordynator ds. transplantacji, lek. med. Iwona Podlińska, anestezjolog, koordynator szpitalny WSS w Olsztynie i dr n. med. Beata Januszko-Giergielewicz, z-ca ordynatora ds. transplantologii Oddziału Transplantologii i Chirurgii Ogólnej popularyzowały wiedzę na temat transplantologii i propagowały ideę transplantacji, wśród uczestników Europejskiej Nocy Naukowców, która 26 września odbyła się w Olsztyńskiej Szkole Wyższej przy ul. Bydgoskiej.

Wszystkie spotkania cieszyły się dużym zainteresowaniem słuchaczy, którymi byli uczniowie gimnazjów z Olsztyna i podolsztyńskich gmin. Szczególnym zainteresowaniem podczas spotkania cieszył się manekin, dzięki któremu można było zapoznać się z wewnętrzną budową człowieka i poczuć się jak chirurg, który może dotknąć ręką poszczególnych organów.

Podczas spotkania goście obejrzeli film pt. *Esperanza* (z hiszp. Nadzieja). Jego głównym przekazem była myśl, że śmierć młodego człowieka nabiera głębszego sensu jeżeli jest szansą dla innej osoby. I choć decyzja o przekazaniu organów do przeszczepu jest niezwykle trudna, to jednak daje nadzieję nawet na uratowanie czyjegoś życia.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie, od 10 czerwca 2012 r., działa Warmińsko-Mazurskie Biuro Koordynacyjno-Organizacyjne ds. Transplantacji, które jest „mózgiem” działalności transplantacyjnej. Biuro zajmuje się organizacją i koordynacją pobierania oraz przeszczepiania narządów i tkanek oraz ustawiczną pra-



Przemysław Prais

Gość z Ukrainy

Dyrektor Szpitala Wojskowego z Równego odwiedził Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie.

Ołeksij Klonow przyjechał do Olsztyna na zaproszenie samorządu województwa warmińsko-mazurskiego, dla którego Równe jest miastem partnerskim. Ukraiński gość rozpoczął wizytę w stolicy regionu we wtorek 6 października od odwiedzenia WSS. Ołeksija Klonowa, któremu towarzyszył Ryszard Wasiński, dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego przyjął go dyrektor Irena Kierzkowska.

Podczas rozmowy pani dyrektor zaznaczyła, że szpital wojewódzki łączy z Ukrainą dobre relacje. – Przekazaliśmy np. lecznicę we Lwowie sprzęt i aparaturę medyczną, a pierwsze dziecko, które urodziło się uchodźcom ze wschodniej Ukrainy przyszło na świat w naszym oddziale położniczym – przypomniała. – Szkoliło się też u nas 10 lekarzy z Ukrainy.

Dla Ołeksija Klonowa był to pierwszy pobyt w Olsztynie, jak jednak mówi: – Mimo, że przyjechałem późno w nocy, to bardzo mi się podobało to piękne oświetlone miasto – stwierdził z uśmiechem.

Szef wojskowego szpitala w Równem opowia-

dał, że w kierowanej przez niego placówce leczą się teraz przede wszystkim żołnierze ranni w konflikcie we wschodniej Ukrainie. Dlatego podczas wizyty w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym chciał zapoznać się przede wszystkim z oddziałami pomagającymi pacjentom z ciężkimi urazami.

Ukraińskiego gościa najbardziej interesował blok operacyjny, po którym oprowadził go dr n. med. Dariusz Onichimowski, lekarz naczelny WSS i ordynator Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Dyr. Klonow był podczas operacji neurochirurgicznej oraz ortopedycznej. Z uznaniem wyrażał się o wyposażeniu sal operacyjnych. Wrażenie zrobiła na nim także wielkość nowoczesnego obiektu. Dr Onichimowski szczegółowo opisywał wyposażenie poszczególnych sal i zasady pracy zespołów operacyjnych.

Następnie w towarzystwie dr. Onichimowskiego obejrzał oddział intensywnej terapii, gdzie zainteresowany był szczególnie opieką nad pacjentami. Interesowały go też zasady pozyskiwania pieniędzy na inwestycje zrealizowane w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie. – Szkoda, że nie mamy wsparcia ze strony Unii Europejskiej – żałował.



ca nad rozwojem tej działalności w całym województwie warmińsko-mazurskim.

Dzięki ścisłej współpracy wielu specjalistów, Biuro pod względem logistycznym i merytorycznym pomaga w rozwiązywaniu problemów szpitali powiatowych, związanych z identyfikacją potencjalnych dawców narządów (żywych i zmarłych), w rozpoznawaniu śmierci mózgu, przygotowaniu potencjalnych dawców do pobrania narządowego, rozmowach z przedstawicielami prokuratur.

Gość z Równego obejrzał także Szpitalny Kliniczny Oddział Ratunkowy. Zapoznał się z zasadami jego funkcjonowania i wyposażeniem. Dr Onichimowski poinformował Ołeksija Klonowa o planach budowy nowego oddziału ratunkowego.

Na zakończenie dyrektor z Ukrainy zwiedził Oddział Gastroenterologiczny wraz z pracownią endoskopową. Najważniejsze informacje przekazał dr Tomasz Artukowicz, ordynator oddziału. – Macie wspaniały szpital ze znakomitymi warunkami leczenia pacjentów – podsumował swoją wizytę dyr. Klonow, który w planach miał także odwiedzenie Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego oraz Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego.

Przemysław Prais

Rzecznik prasowy Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie



Tę nową w Szpitalu funkcję pełnię od maja 2015 roku. Utworzenie tego stanowiska jest kolejnym narzędziem, które pozwoli na budowanie pozytywnego wizerunku Szpitala. Jest to ważne nie tylko po to, aby przyciągnąć pacjenta, ale także promować profesjonalistów - lekarzy i pielęgniarki, którzy pracując na swój sukces nie mają czasu, aby chwalić się swoimi osiągnięciami w mediach. Informuję przedstawicieli mediów m.in. o nowatorskich operacjach i zabiegach wykonywanych w Szpitalu, o otwarciach nowych lub zmodernizowanych oddziałów. Staram się, aby moje działania i informacje były skonstruowane w taki sposób, aby wydarzenia te i historie były ciekawe z punktu widzenia dziennikarzy i odbiorców mediów. Gdy przekazuję informację, to kieruję ją jednocześnie do prasy, telewizji, radia i internetu. Ostatnie medium jest o tyle kluczowe,

że informacji o zastryżanych w standardowych mediach usługach szukamy na stronach www.

O wizerunek szpitala trzeba też dbać na co dzień, bo przynosi to wymierne korzyści. Jeżeli mamy coś ciekawego i dobrego do powiedzenia o naszej placówce, to warto poszukać sposobów na ciekawe zaprezentowanie informacji i zadbanie o to, aby usłyszało o tym, jak najwięcej osób, które mogą być nią zainteresowane. Skutkiem braku dobrej komunikacji jest m.in. częste szukanie przez pacjentów zabiegów specjalistycznych w innych województwach, podczas gdy mogą korzystać z najnowocześniejszych metod w naszym Szpitalu.

Ułatwiam też kontakt przedstawicielom mediów ze specjalistami i zarządem Szpitala. Lubię swoją pracę i uważam, że wiem, jak to robić. Pomaga mi w tym moje doświadczenie zawodowe, długoletnia praca dziennikarza i sekretarza redakcji Gazety Wyborczej w Olsztynie, gdzie zajmowałem się przede wszystkim tematyką ochrony zdrowia.

Staram się opisywać na stronie internetowej szpitala, na Facebooku oraz w Pulsie Szpitala również inne ważne wydarzenia, jak np. wizyty krajowych i zagranicznych gości, odwiedzających przy różnych okazjach Szpital. W ostatnich miesiącach wizyty złożyli m.in. przedstawiciele Kliniki MedExpert z Kaliningradu, z którą Szpital od lat współpracuje oraz Ołeksij Klonow, dyrektor Szpitala Wojskowego w Równem, mieście partnerskim województwa warmińsko-mazurskiego. Planując swoje działania biorę również udział w opracowaniu Strategii Szpitala na kolejne lata. Razem z koleżankami z Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji realizuję wiele działań związanych z marketingiem i promocją Szpitala. Do moich obowiązków należy również dbanie o aktualizację Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala.

Z racji krótkiego okresu pracy na stanowisku rzecznika szpitala proszę o wyrozumiałość i pomoc we wzajemnych kontaktach. Bardzo ułatwi mi zadanie, jeśli będę otrzymywał od Państwa informacje o ciekawych inicjatywach podejmowanych przez pracowników, także spoza środowiska medycznego. Ze swej strony deklaruję otwartość na pomysły zmierzające do poprawy wizerunku Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.

Przemysław Prais

Nowi lekarze-stażyści w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym



Grupa 16 absolwentów uczelni medycznych z początkiem października, rozpoczęła 13-miesięczny staż w WSS w Olsztynie.

W tym czasie poznają szpitalne oddziały. Czwooro z absolwentów kończyło studia poza Olsztynem - w Warszawie, Poznaniu, Bydgoszczy i Białymstoku. Pozostali wiedzę zdobywali na Wydziale Nauk Medycznych Uniwersytetu War-

mińsko-Mazurskiego, z którym współpracuje Wojewódzki Szpital Specjalistyczny.

Irena Kierzkowska, dyrektor WSS witając stażystów m.in. zwróciła uwagę na konieczność perfekcyjnego wypełniania dokumentacji medycznej. Apelowiła też do młodych lekarzy o odwagę. - Nie bójcie się zadawać pytań, korzystajcie z wiedzy waszych mistrzów. To pomaga także

w wyborze przyszłej specjalizacji - mówiła. - Pamiętajcie też, że zawód lekarza wymaga pokory. Jeśli sami nie będziecie o to dbać, zrobi to za was życie. Ale wtedy jest to bardziej bolesne.

Opiekunami adeptów są lekarze: Maria Sidor z Oddziału Gastroenterologicznego oraz Antoni Kołakowski z Oddziału Klinicznego Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa. Oboje przekazali najważniejsze informacje o przebiegu stażu, które umożliwią płynne przejście do zajęć.

Jedną ze stażystek jest Urszula Szulc. - Studia ukończyłam w Poznaniu, ale pochodzę ze Szczytna - mówiła. - Do wybrania stażu w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie skłoniły mnie przede wszystkim dobre opinie pacjentów o tej placówce.

Oskar Srok, absolwent medycyny na olsztyńskim uniwersytecie dodał, że postawił na WSS m.in. ze względu na jego wielospecjalistyczny charakter. - Dzięki temu mogę odbyć w jednym miejscu praktykę w większości wymaganych oddziałów - powiedział. - Decyzję ułatwiła mi także nauka w Szpitalu podczas studiów. Młodym adeptom sztuki lekarskiej życzymy powodzenia.

Przemysław Prais

„SM-Walcz o Siebie”

Warsztaty dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

Fundacja Urszuli Jaworskiej zorganizowała 16 października 2015 r. warsztaty dla pacjentów ze stwardnieniem rozsianym w ramach kampanii „SM-Walcz o Siebie”.

W sali audytornej naszego szpitala z pacjentami spotkali się dr n. med. Andrzej Tutaj, ordynator Oddziału Klinicznego Neurologicznego (leczący się w nim także pacjenci z SM), psycholog dr hab. Mariola Kosowicz oraz przedstawiciele ZUS i NFZ.

W spotkaniu uczestniczyło 32 pacjentów, którzy przybyli z osobami towarzyszącymi. - Lekarze prowadzący podczas pierwszej części spotkania, opowiedzieli o aspektach przebiegu choroby oraz rokowaniach związanych z jej leczeniem. Pacjenci mieli możliwość zadawania pytań, konsultacji – powiedziała Urszula Jaworska, wiceprezes zarządu Fundacji.

Nie były to łatwe rozmowy, gdyż pacjenci byli dość zamknięci i wycofani. - Świadczy to, że nie są przygotowani do rozmowy o swojej chorobie z lekarzami. Często takie problemy mają również z w rozmowach o chorobie z członkami swoich rodzin, czy ze znajomymi - zaznacza. - W efekcie zakłócona komunikacja utrudnia proces leczenia i powoduje, że pacjenci nie stosują się do zaleceń lekarza. A to już prosta droga do braku współuczestniczenia pacjentów w procesie leczenia, co może się przekładać na efekt terapeutyczny.

Zgromadzonych podczas warsztatów gości, najbardziej interesował proces leczenia, jego dostępność, a także skutki nie zastosowania się do zaleceń lekarza.

Psycholog dr Mariola Kosowicz poinformowała pacjentów, jak ważne są psychologiczne aspekty leczenia, aby móc łatwiej sobie poradzić z chorobą w codziennych czynnościach, pracy zawodowej, czy relacjach z rodziną.

Pacjenci chorzy na SM, w przeciwieństwie do pacjentów onkologicznych nie mają opieki psychologicznej. - Z naszych badań wynika, że jest to grupa narażona na dużą ilość problemów psychicznych, depresji i prób samobójczych. Chory musi wiedzieć jak sobie z tym radzić i jak kierować swoim życiem mimo choroby – podkreśliła Urszula Jaworska.

Nic więc dziwnego, że możliwość rozmowy z psychologiem cieszyła się dużym zainteresowaniem uczestników spotkania w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym. Możliwość takiej terapii, nawet to jednorazowe spotkanie pomogło im uświadomić sobie potrzebę takiego wsparcia w procesie leczenia i życia z chorobą. Nie zastąpi ono jednak stałego kontaktu z psychologiem, czy psychiatrą. Pacjent powinien sam czuć taką potrzebę i jeśli jest mu to niezbędne, poszukać pomocy.

Dwie następne części spotkania z udziałem ekspertów ZUS i NFZ, uświadomiły pacjentom, jakie świadczenia nie tylko związane z leczeniem, niezdolnością do pracy, czy świadczeniami rehabilitacyjnymi i uzdrowiskowymi nie są im znane. - Nie tylko brak wiedzy na temat świadczeń, ale brak ich dostępności jest ewidentnym problemem – podkreśla Urszula Jaworska.- Często odmowa świadczenia nie wynika ze złej woli świadczeniodawcy, ale z braku wiedzy lekarzy różnych specjalizacji na temat prawidłowego wypełnienia dokumentu do ZUS. Nie tylko formalnego i merytorycznego uzasadnienia, dlaczego chory nie jest zdolny

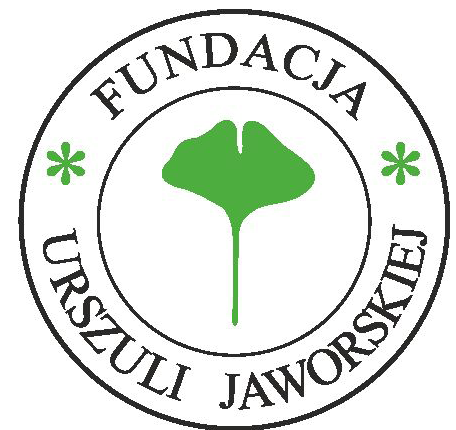


Po lewej Urszula Jaworska, W-ce Prezes Zarządu Fundacji Urszuli Jaworskiej
po prawej Aleksandra Baranowska, Dyrektor Generalny Fundacji Urszuli Jaworskiej

do pracy, bo stwardnienie rozsiane nie jest tego powodem, tylko powikłania spowodowane tą chorobą. Trzeba je dobrze opisać i uzasadnić. O tym lekarze zapominają, a konsekwencje tego niestety ponosi pacjent.

Pacjenci mieli też możliwość, dzięki uprzejmości ekspertów z ZUS, utworzyć podczas spotkania konto w Platformie Usług Elektronicznych. Także Urszula Jaworska skorzystała z tej możliwości.

Przemysław Prais



Co to jest stwardnienie rozsiane SM

Stwardnienie rozsiane (SM z łac. sclerosis multiplex) to przewlekła choroba centralnego układu nerwowego, która rozwija się w następstwie procesów autoagresywnych. Układ odpornościowy zaczyna atakować zdrowe komórki nerwowe, prowadząc do wieloogniskowych uszkodzeń tkanki i uniemożliwiając prawidłowe przekazywanie sygnałów elektrycznych. Do początkowych, przemijających objawów należą: zaburzenia czucia w kończynach i twarzy, mrowienie i drętwienie ciała, epizody podwójnego lub nieostrego widzenia, chwilowe zaburzenia równowagi.

Wśród najpoważniejszych następstw postępującego stwardnienia rozsianego wymienia się natomiast: zaburzenia wzrokowe, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi i poruszaniem się, upośledzenie mowy, zaburzenia czynności fizjologicznych, zaburzenia psychiczne, upośledzenie pamięci, trudności z koncentracją i logicznym myśleniem.

Do tej pory nie udało się opracować leku, który wyleczyłby SM. Istnieje jednak cały szereg sposobów leczenia, które mogą chorobę zahamować przez zmniejszenie częstotliwości i siły rzutów oraz wptynąć na złagodzenie objawów.

PIĄTY KONGRES POLSKIEGO TOWARZYSTWA LECZENIA RAN



We wrześniu 2015 roku odbył się V Kongres Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran, któremu towarzyszyło motto „Przez naukę i praktykę do leczenia ran”.

Celem spotkania było podkreślenie potrzeby ciągłych poszukiwań nowych technologii i metod leczenia ran oraz konieczności prowadzenia nieprzerwanej interdyscyplinarnej edukacji wszystkich specjalistów zajmujących się szeroko pojętą problematyką leczenia. Wysoki poziom merytoryczny oraz prezentacje najnowszych osiągnięć naukowo-badawczych spowodowały liczne dyskusje i wymianę

doświadczeń zawodowych między wieloma uczestnikami z różnych ośrodków medycznych w Polsce. Głównymi organizatorami byli:

- Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej Hospicjum Stacjonarne Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu;
- Katedra i Zakład Anatomii Opisowej i Topograficznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 dr. A. Jurasza w Bydgoszczy.

Przewodniczącym Komitetu Naukowego był prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jawień.

Mieliśmy okazję uczestniczyć w tych spotkaniach i zapoznać się z najnowszymi metodami leczenia ran przewlekłych. Oprócz interesujących sesji wykładowych można było wziąć udział w warsztatach szkoleniowych dotyczących: kompresjoterapii, pomiaru wskaźnika kostka-ramię, praktycznego doboru opatrunków do fazy gojenia się ran.

Bardzo dużo czasu poświęcono leczeniu stopy cukrzycowej i organizacji opieki nad chorym

Czy pielęgniarstwo jest sztuką?

Maria Łapko

położna rodzinna specjalistka pielęgniarstwa położniczego, prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Olsztynie



Każdemu z Nas, kiedy mówimy czy rozważamy słowo „sztuka”, przychodzi na myśl teatr, aktorzy, malarze, artyści. Czyli zawód, coś co lubimy i robimy najlepiej, z pasją i zaangażowaniem. Jak, wobec tego, spojrzeć na położną? Czy Jej praca to sztuka? Przecież pracujemy na oddziałach, na trakcie porodowym, w poradniach, w środowisku domowym, w szkołach rodzenia... Sztuką jest wszystko, co wiąże się z pracą każdej z Nas. Jesteśmy wykształ-

cone, doświadczone, otwarte na ludzi. Cechuje Nas komunikatywność, umiejętność okazania serdeczności, współczucia i spokój wewnętrzny. Opiekujemy się kobietą w każdym okresie jej życia, jej potomstwem i członkami rodziny. Jesteśmy świadkami narodzin nowego życia. Zarówno w tym nienarodzone, rodzącym się dziecku, jak i w noworodku każda z Nas widzi człowieka, istotę ludzką, która znajduje się w wyjątkowo trudnym momencie życia. Ważna jest odporność na stres i poczucie własnej wartości. Opiekę medyczną w każdej specjalności położnej dzieli się na ocenę ryzyka, czynności diagnostyczne i terapeutyczne oraz promocję zdrowia.

Jak wspominamy poród, pobyt na oddziale czy wizytę położnej rodzinnej w domu? Zdarza się, że nie pamiętamy nawet imienia. A przecież zaprzyjaźniona i zaufana położna jest w stanie zaspokoić emocjonalne i psychologiczne potrzeby całej rodziny, przekazać wiele potrzebnych nauk i wskazówek. Uważam jednak, że opieka położnicza powinna być fachowa, lecz nie nadgorliwa. Istotą rzeczy jest zrozumienie emocjonalne-

z ZSC (Zespół Stopy Cukrzycowej). Polskie Towarzystwo Leczenia Ran po raz pierwszy w Polsce przygotowało wytyczne w zakresie postępowania z chorymi z zespołem stopy cukrzycowej. Zalecenia bazują na najnowszych rekomendacjach Międzynarodowej Grupy Roboczej ds. ZSC (IWGDF), które ukazały się w maju 2015 roku. Niezależnym miernikiem przemawiającym za niedostatkiem profilaktyki i odpowiednio ukierunkowanego leczenia stopy cukrzycowej jest uzyskanie przez Polskę 25. miejsca w pierwszym Europejskim Konsumentckim Rankingu opieki i leczenia chorych na cukrzycę, przedstawionym w 2008 roku. W naszym kraju należy podjąć działania prewencyjne wobec osób będących w grupie ryzyka powstania ZSC. Potwierdzeniem tego faktu jest istnienie w Polsce zaledwie sześciu poradni stopy cukrzycowej, skupionych przy centrach diabetologicznych, które zajmują się holistycznie tym zagadnieniem.

U osób z cukrzycą 85 proc. amputacji kończyn dolnych jest poprzedzone powstaniem owrzodzenia. Z obserwacji prowadzonych w krajach Europy Zachodniej wynika, że nakłady finansowe lokowane w działania mające na celu redukcję liczby owrzodzeń i/lub amputacji powodują zwrot kosztów o 25-40 proc., a nawet przynoszą oszczędności. Powstanie zespołów zajmujących się leczeniem omawianych przypadków może ograniczyć liczbę amputacji nawet o 49-85 procent. Mamy wówczas zdrowsze społeczeństwo i mniej niepełnosprawnych osób w wyniku właściwej profilaktyki. Leczenie zespołu stopy cukrzycowej nie może być prowadzone przez jednego specjalistę. Diabetolog powinien sprawować funkcję koordynującą

nad zespołem lekarsko-pielęgniarskim, stanowiącym zespół wielodyscyplinarny. W skład takiego zespołu powinni wejść: doświadczony diabetolog, chirurg naczyniowy, chirurg ogólny, ortopeda, neurolog, kardiolog, nefrolog, mikrobiolog, radiolog, okulista, psycholog, pielęgniarka diabetologiczna i chirurgiczna, dietetyk, rehabilitant, technik ortopedyczny, szewc. Tylko taki zespół może za sprawą optymalnego współdziałania wpłynąć na zmniejszenie liczby amputacji.

W leczeniu owrzodzeń cukrzycowych oprócz standardowych metod leczenia miejscowego istnieją dodatkowe sposoby mające na celu przyspieszenie procesu gojenia. Należą do nich: terapia podciśnieniowa (NPWT), terapia tlenem hiperbarycznym (HBO), preparaty zawierające czynniki wzrostu, w tym aplikacja żelę płytkowego z krwi własnej pacjenta (autogeniczny opatrunek płytkowy) czy preparaty ludzkiej skóry produkowane z zastosowaniem metod inżynierii genetycznej.

Podczas sesji naukowych prezentowano liczne przypadki leczenia ran odleżynowych, owrzodzeń podudzi, ran urazowych i oparzeń. Przedstawiano w sposób całościowy poszczególne rodzaje powstałych ran, ran trudnych w leczeniu, stanowiących dla zespołu terapeutycznego swoiste wyzwanie. Omówiono metody leczenia, jak również cały szlak poszukiwań właściwych sposobów zaopatrywania ran przewlekłych. We wszystkich przypadkach pacjent i komfort jego dalszego życia był i pozostaje wartością nadrzędną.

Bardzo interesującą częścią wykładów były prezentacje leczenia ran w polskim systemie

opieki zdrowotnej- Leczenie ran w ramach hospitalizacji- prezentacje danych za 2014 rok, problemy kodowania, słowniki procedur (ICD-9) oraz chorób i problemów zdrowotnych (ICD-10). Głównym tematem, który spowodował bardzo żywą dyskusję były możliwości rozliczeniowe leczenia ran w systemach finansowania świadczeń. W Polsce są dwa ośrodki zajmujące się leczeniem ran przewlekłych, działające na zasadach ustanowionych przez NFZ. Nie poruszono jednak problemów dostępności i kwalifikacji do takiej terapii pacjentów z trudno gojącymi się ranami. Jednym z takich ośrodków jest Bydgoszcz.

W V Kongresie PTLR w Karpaczu z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie wzięty udział: Maria Kowalska - Przetłozona Pielęgniarek i Potożnych, Ewa Mordwa - pielęgniarka opatrunkowa Oddziału Klinicznego Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa i Ewa Jackowska - pielęgniarka opatrunkowa Oddziału Klinicznego Chirurgii Naczyniowej oraz Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. Większość z zaprezentowanych metod leczenia ran stosowana jest w naszym szpitalu. Również przedstawione materiały opatrunkowe i środki lecznicze stosowane w przypadkach ran przewlekłych i ran ostrych jest znana zespołom terapeutycznym pracującym w WSS.

W tym przypadku Karpacz jest nie tylko przepięknie położoną miejscowością, ale stał się też źródłem najnowszych wiadomości z zakresu profilaktyki i leczenia ran przewlekłych.

Ewa Jackowska

go stanu kobiety, zachowanie respektu dla jej osobowości, szacunku dla jej ciała oraz poszanowanie indywidualności.

To wszystko to sztuka, ale czy tak jest odbierana Nasza praca?

Wybierając tę właśnie profesję każda z Nas chciaby, aby Nasza wiedza i umiejętności oraz pomoc oferowana młodej rodzinie wspierały ją i umacniały, przynosiły konkretne korzyści w postaci lepszego stanu zdrowia, unikania problemów na przyszłość, wzmocnienia więzi rodzinnej, podniesienia odpowiedzialności za rodzinę.

To wszystko można osiągnąć wykonując swoje zadania z większym zaangażowaniem i serdecznością, pamiętając, że raz się służy pomocą, ale kiedy indziej oczekuje się współpracy. Jak wobec takich działań położnych, ich zaangażowania, jak najlepszej jakości pracy, ocenić co jest sztuką? Współczesna położna to obecnie rzetelnie przygotowana osoba do pełnienia swoich funkcji zawodowych, posiadająca wiedzę i umiejętności. To osoba, od której zależy życie dwojga ludzi i szczęście lub nieszczęście całej rodziny, która oddała się w jej ręce.



CHCIAŁABYM, ABY ODDZIAŁ...



**Rozmowa z Beatą
Binek, nową
położną oddziałową
Oddziału
Ginekologiczno-
Późniczego**

Proszę powiedzieć parę słów o sobie, od kiedy pracuje Pani w Szpitalu?

- Właściwie to od zawsze. Zaczęłam pracę w oddziale ginekologii, oczywiście na początku pracowałam jako położna odcinkowa, a po kilkunastu latach jako położna zabiegowa. Jednocześnie byłam zastępczynią oddziałową, którą wtedy była Monika Kaliszuk. W 2007 r. przeszłam do oddziału położniczego, gdzie Alina Ćwiek - oddziałowa, zaproponowała mi funkcję swojej zastępczyni. Tu pozostałam aż do dziś tj. do objęcia funkcji położnej oddziałowej. Stanowisko to objęłam w wyniku konkursu, który odbył się 14.10.2015 r. Jestem z naszym szpitalem związana bardzo emocjonalnie i po 30 latach pracy mogę powiedzieć, że jest to mój drugi dom. Bardzo utożsamiam się z tym miejscem bo uważam, że to gdzie się pracuje i jak się pracuje jest bardzo ważne.

Jak to się stało, że wybrała Pani ten właśnie zawód?

- Przypadek, jak u większości moich koleżanek. Marzyłam o pracy w domu dziecka, ale mimo zdanego nie najgorzej egzaminu, nie dostałam się na studia pedagogiczne (takie wtedy były czasy, że poza egzaminem trzeba było uzyskać jeszcze inne dodatkowe punkty). Mogłam z tymi wynikami, które uzyskałam jechać na takie same studia do Lublina, ale sytuacja rodzinna zadecydowała, że stało się inaczej. Moja siostra, która jest pielęgniarką podsunęła mi pomysł, aby kształcić się w zawodzie położnej. Tak też zdecydowałam, a ponieważ jestem osobą, która całym sercem angażuje się w to co robi, oddałam się nauce, a później pracy z całym zaangażowaniem.

Co najwięcej satysfakcji sprawia Pani w wykonywanym zawodzie?

- Chyba to, że są uśmiechnięte buzie, zarówno pacjentek, które są zadowolone z naszych usług, ale i personelu z którym pracuję. Jeżeli można komuś pomóc, sprawić przyjemność,

to już sama ta możliwość daje mi dużo radości i satysfakcji. Myślę, że dobro do nas wraca i cieszę się, że ja również mogę tego doświadczyć. Kiedy brałam udział w konkursie na położną oddziału ginekologiczno-późniczego, otrzymałam dużo słów wsparcia i wiele serdeczności od moich koleżanek, ale również lekarze i inne osoby z mojego otoczenia składały mi gratulacje. Otrzymałam nawet słonika na szczęście.

Czy z chwilą nominowania Pani na funkcję oddziałową, zmieniła się Pani praca w porównaniu do wykonywanej poprzednio?

- Praca się nie różni, ale ciężar odpowiedzialności jest na pewno większy. Wcześniej trochę się to jeszcze rozkładało na dwie osoby, teraz już tej odpowiedzialności nie dzielę z nikim. Nie mam jeszcze zastępczyni, a i tak zanim się ona wdroży, trochę to jeszcze potrwa. To obciążenie dużo mnie kosztuje emocji i stresu itp.

Czy to, że niedługo nastąpi otwarcie nowo wyremontowanego oddziału, napawa Panią optymizmem?

- Cieszę się, że będą trochę lepsze warunki, zarówno dla naszych pacjentek, jak i personelu tu pracującego. Będzie ładniej, jasno, czysto, na pewno będzie lepiej i luźniej niż do tej pory.

Czy ma pani jakąś wizję rozwoju dla swojego oddziału?

- Ze względu na profil oraz III stopień referencyjności oddziału, przebywają u nas mamy wcześniaków, które potrzebują poradnictwa laktacyjnego. Pomimo, że prowadzimy wiele szkoleń to jednak marzy mi się utworzenie poradni laktacyjnej lub punktu laktacyjnego w obrębie oddziału. Czasami nasze pacjentki, przyszłe mamy, leżą u nas tygodniami czekając na swoje maluchy. Było by to też wskazane, aby cały personel, mówił „jednym językiem” w tym temacie i miał wspólny cel, a także wspólną ścieżkę działania.

Czy zawód, który Pani wykonuje cieszy się dużym zainteresowaniem?

- Niestety nie. Przede wszystkim problemem jest to, że w naszym regionie nie ma szkół kształcących położne. Najbliższe uczelnie są

w Gdańsku, Poznaniu, Warszawie, Łodzi. Średnia wieku położnych w Polsce jest bardzo wysoka. Można powiedzieć, że jesteśmy „dinozaurami”, a praca nie jest łatwa i z wiekiem staje się coraz trudniejsza.

Czym różni się zawód pielęgniarki od zawodu położnej?

- Kompetencjami i kwalifikacjami, wynikającymi z ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz przebiegu kształcenia przeddyplomowego. Obszary, gdzie mogą zarówno pracować pielęgniarki, jak i położne to oddziały noworodkowe, położnicze- rooming-in, ginekologiczne oraz ginekologiczne sale operacyjne. Ponadto położne pracują na blokach porodowych i w oddziałach patologii ciąży. Tak sytuacja wygląda w szpitalach. Oprócz tego położne pracują w środowisku, jako położne rodzinne, w poradniach, a także jako położne środowiska nauczania i wychowania. Oczywiście wykonywaniem zawodu jest także nauczanie zawodu położnej.

Jakie są Pani marzenia związane z pracą?

- Chciałabym, aby oddział, którym kieruję był wzorowo prowadzony i z każdą chwilą, jak najbardziej zbliżał się do ideału. By stałe się doskonalił, a opinia o nim była zachętą do tego by właśnie tu się leczyć, ale i tu pracować. Podstawą do tego jest m.in. dobrany, dobrze zgrany zespół, a taki właśnie tu jest, więc mamy duży potencjał, aby podążać w tym kierunku. Kiedyś jedna z moich koleżanek powiedziała, że zespół powinien być jak palce jednej ręki. Zespół, z którym mam przyjemność pracować, to właśnie taka grupa ludzi: bardzo dobrze wykształconych, doświadczonych i oddanych swojej pracy.

Barbara Szymczuk



„Rzemiosło, którego musimy się wyuczyć od podstaw”



Ostatnio dużo słyszymy o nowych procedurach medycznych wykonywanych w naszym szpitalu. Wszyscy cieszymy się, że wiele z nich to nowatorskie operacje wykonywane po raz pierwszy nie tylko w naszym regionie, ale i w Polsce. Jako pracownicy tego szpitala jesteśmy dumni z lekarzy, którzy je wykonują. Dzisiaj jednak chciałabym powiedzieć o jeszcze innych osobach, bez których nawet najdoskonalsze operacje nie mogłyby być przeprowadzone, gdyby nie ich wiedza, oddanie oraz niejednokrotnie pasja i poświęcenie dla wykonywanego zawodu.

Myszę tu o wszystkich pielęgniarkach zaangażowanych w pracę w Bloku Operacyjnym. Widzimy je czasami tylko podczas spotkań pracowników naszego szpitala, mijamy na korytarzu i chociaż niektóre z nich pracują tam kilkadziesiąt lat, są dla nas bezimienne. Poznajmy więc na czym polega ich trudna i niezwykle odpowiedzialna praca.

Proszę powiedzieć w paru słowach, jak rozpoczyna się Wasz dzień pracy w Bloku Operacyjnym?

Jolanta Lewandowska, pielęgniarka instrumentariuszka: - Początek dnia to zapoznanie się z planem operacyjnym na dany dzień. Wtedy spotykamy się wszyscy razem i omawiamy co i kiedy będzie robione. Po spotkaniu każdy idzie do przydzielonych mu zadań.

Ile pielęgniarek zaangażowanych jest do pracy podczas operacji od momentu „wjazdu” pacjenta do Bloku Operacyjnego?

Maria Wiśniewska, kierowniczka Bloku Operacyjnego: - w całym Bloku zatrudnione są 34 instrumentariuszki. Rano jest nas 13-16. Pracujemy w siedmiu salach operacyjnych, ósma to sala cięć cesarskich. W Bloku Operacyjnym pracuje 20 pielęgniarek anestezyjnych, a codziennie rano jest ich 10 gotowych do pracy. Do przyjęcia pacjenta zaangażowane są zawsze cztery osoby, plus oczywiście lekarz anestezyj-

log, który jest niezbędny podczas tej procedury. Sekretarka medyczna natomiast jest tą osobą, która załatwia wszelkie formalności, związane z przyjęciem pacjenta do Bloku Operacyjnego.

Jak przebiega procedura przygotowania sali operacyjnej do zabiegu?

Małgorzata Damińska, pielęgniarka koordynująca instrumentariuszki w Bloku Operacyjnym: - Po zapoznaniu się z planem zabiegów udajemy się do przydzielonych nam sal. W zależności od rodzaju zabiegu, sala musi być odpowiednio przygotowana. Na jednej przygotowani jest więcej na innej mniej. Przykładowo powiem o sali ortopedycznej. Zanim pacjent „przyjedzie” i odbierzemy go ze śluzy, trzeba na salę przynieść udogodnienia np. różnego rodzaju podpórki. Ponadto należy przywieźć z magazynu potrzebne do operacji implanty, zestawy operacyjne, których naprawdę jest bardzo dużo i są ciężkie. Do operacji często potrzebne jest również ramię C, które też trzeba tu wprowadzić. Z szaf wydajemy materiał do szycia.

Przy całym ogromie tych różnych czynności dochodzi kontrola i uzupełnianie dokumentacji. Poza tym musimy oczywiście same się przygotować, umyć do zabiegu. Trzeba podkreślić, że mamy na to ściśle określony czas i nie jest go dużo. Takie same przygotowania dotyczą każdego następnego zabiegu. Po każdej operacji musimy posprzątać salę, wywieźć zużyty sprzęt i narzędzia. Aparatura w Bloku jest bardzo nowoczesna, ale i droga dlatego tym bardziej musimy dbać o jej bezpieczeństwo, aby podczas sprzątkowania ktoś przez nieuwagę jej nie uszkodził.

Agnieszka Mączka, pielęgniarka koordynująca w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

- Pacjent zawsze przy „wejściu” do Bloku Operacyjnego przejeżdża przez tzw. śluzę. To właśnie w śluzie, jego lęk jest na szczycie.- mówi - To tu uzyskujemy mnóstwo istotnych informacji. Ten czas zarówno dla nas, jak i dla pacjenta jest bardzo ważny. Pacjent jest też kilka razy pytany, na różnych etapach procedury, o swoje dane personalne, tak aby nie popełnić żadnej pomyłki. Te dane znajdują się również w dokumentacji.



Jolanta Lewandowska: - Przy sporządzaniu dokumentacji musimy bardzo uważać by niczego nie przeoczyć i czasami nawet jeszcze w domu analizujemy, czy na pewno wszystko zrobiliśmy jak należy. Trudno jest zupełnie „odciąć się od myślenia” o pracy. Dodać trzeba, że podczas zabiegu odpowiadamy również za opisanie materiału histopatologicznego pobranego od pacjenta podczas zabiegu, który jest wysyłany do Działu Patomorfologii. Materiał musi być dokładnie opisany i zawierać imię, nazwisko, PESEL pacjenta. Od tego często zależy dalszy proces leczenia, a takich preparatów mamy na sali od 1 do 15.

Małgorzata Damięcka: - Czasami, jak jest krótki zabieg, mamy naprawdę bardzo mało czasu aby wszystko dopilnować, by nie popełnić żadnej pomyłki. Poza tymi czynnościami, które już wymieniałam, pomagamy lekarzowi przy ułożeniu pacjenta do zabiegu, no i oczywiście asystujemy podczas operacji. W tym momencie musimy czuć by do ręki operatora trafiło odpowiednie narzędzie. Podczas zabiegu kilkakrotnie liczymy narzędzia, a także używane materiały operacyjne, aby żadne z nich nie zostało w polu operacyjnym.

Bożena Szymula, pielęgniarka anestezjologiczna: - Pielęgniarki anestezjologiczne przed zabiegiem sprawdzają aparaturę anestezjologiczną. Przygotowują stanowisko znieczulenia, płyny do przetaczania, leki i sprzęt niezbędny do znieczulenia zależnie od jego rodzaju. Ścisłe współpracują z lekarzem anestezjologiem. To one w opiece nad pacjentem, podczas operacji obserwują parametry oddechowe i krążeniowe. Obserwują na monitorze czy u pacjenta, do którego podłączony jest respirator, nie występują jakieś zaburzenia, które trzeba jak najszybciej wyłapać. Po skończonym zabiegu, gdy operator i asystent opuszczają już swoje stanowisko, pra-

ca na sali operacyjnej i w służbach przyjmujących kolejnych pacjentów nadal intensywnie trwa.

Czy po zabiegu zespoły się zmieniają?

Maria Wiśniewska: - Staramy się, aby każdy zespół przypisany był do konkretnej sali. Oczywiście w sytuacjach tego wymagających, czasami zmieniamy lub uzupełniamy się nawzajem. Praca na jednej sali sprawia, że tak dobrany zespół, porozumiewa się bez słów, a także dobrze zna specyfikę zabiegów tam wykonywanych. Dlatego też każdy zespół najlepiej sprawdza się na swojej sali. Jak idziemy rano do zabiegu, na ogół jesteśmy na tej samej sali do końca. Dyżurne instrumentariuszki mogą pracować na każdym stanowisku i w każdej dziedzinie.

Agnieszka Mączka: - Natomiast jeżeli chodzi o zespół anestezjologiczny, jest on przeszkolony do pracy na każdym stanowisku znieczulenia i intensywnej opieki.

Czy macie chwilę wytchnienia między zabiegami?

Maria Wiśniewska: - Czasami nie mamy. Bardzo byśmy chciały, aby tak było, ale niestety często tak nie jest. Ostatnio miałyśmy zabieg, który trwał od 9:00 do 23:00. Wtedy pierwszy zespół stał od 8:00 do 15:00. Lekarze w czasie operacji się nie zmieniają, ale mają chwilę, aby odejść na moment od stołu operacyjnego i odetchnąć. Wiadomo oczywiście, że pomimo iż nasza praca trwa np. do 15:00, to i tak nikt nie odejdzie od stołu operacyjnego, gdy zabieg jeszcze trwa. Jesteśmy aż do jego zakończenia. Pracujemy w systemie zmianowym: jedna grupa pracuje od 7:30 do 15:05, a druga od 7:30 do 19:30. Zawsze na popołudnie zostają dwa zespoły dyżurne,

które są w stanie stanąć do zabiegu na każdej sali operacyjnej, ale i tak często zostajemy po godzinach pracy kosztem swojego życia prywatnego.

Co jest najtrudniejsze, poza oczywistym zmęczeniem w tej pracy?

Bożena Szymula: - Przede wszystkim stres wynikający z ogromnej odpowiedzialności za życie i zdrowie pacjenta. Obawa, aby nie popełnić żadnego błędu. Nasza praca jest wykonywana cały czas w pozycji stojącej, na sali nie ma miejsca i czasu na odpoczynek. Do tego dochodzą często trudne sytuacje związane z ogromnym stresem, które powodują spięcia. Czasami komuś puszcza nerwy, padają przykre słowa, które dodatkowo potęgują stres. Są osoby lepiej i gorzej radzące sobie w takich sytuacjach ze swoimi emocjami. Czasami dzięki tym bardziej odpornym na stres udaje się zapanować nad konfliktem i wszystkich wyciszyć. Jeżeli pojawia się jakiś, problem staramy się go rozwiązać już poza salą operacyjną. Gdy jest bardzo duży stres czasami najlepszym rozwiązaniem jest milczenie. W końcu nam wszystkim zależy na dobru pacjenta, dlatego musimy skupić się na precyzji i na tym co mamy do wykonania. Dopiero po zabiegu możemy odreagować słysząc czasami jakiś żart, który tylko dla naszej grupy zawodowej jest zrozumiały, mamy swoiste poczucie humoru, które nie pozwala nam się poddać (uśmiecha się).

Maria Wiśniewska: - Nasz zawód to praca zespołowa: pielęgniarki anestezjologiczne, pielęgniarki instrumentariuszki, czasami położnej i operatorów. Głównym problemem jest jednak to, że jest nas bardzo mało i trudno jest znaleźć zastępstwo, gdy ktoś „wypadnie” z zaplanowanego do zabiegu zespołu, a przecież i nam zdarza się chorować i nie omijają nas zda-

rzenia losowe. Czasami pojawia się myśl „rzucę to i pójdę, nie dam rady”, ale gdy odpoczniemy odreagujemy trochę stres to wracamy, bo wielu z nas to pasjonaci swojego zawodu. My nie zajmujemy się opieką nad pacjentem, my wykonujemy rzemiosło, którego musimy się wyuczyć od podstaw. Blok Operacyjny realizuje zadania z 10 dziedzin: chirurgii naczyniowej, onkologicznej, ogólnej, transplantologicznej, szczękowej ortopedycznej, neurochirurgicznej, laryngologicznej, okulistycznej, ginekologicznej w tym cięcia cesarskie, musimy być wszechstronne. Przyjeżdżają do nas także specjaliści z innych szpitali i do wszystkiego musimy być przygotowani. Specjalista przychodzi do zabiegu w swojej specjalności, my musimy potrafić działać we wszystkich. W naszym szpitalu operowani są pacjenci w ciężkim stanie ze względu na to, że jest to szpital odwoławczy, oraz dlatego, że Szpital posiada też centrum urazowe. Niektórzy pacjenci są reoperowani kilka razy, nawet dwukrotnie w tym samym dniu. Skoordynowane działanie naszego zespołu pozwala na sprawny przebieg zabiegu.

Proszę powiedzieć, co takiego szczególnego sprawiło, że mimo tych trudności wybrałyście jednak taki zawód?

Maria Wiśniewska: - Czasami nie miałyśmy na to wpływu jaką pracę nam zaproponują po szkole pielęgniarskiej, czasami same takiej szukałyśmy, ale tak naprawdę tego zawodu nauczyłyśmy się jedna od drugiej pracując już tu na bloku. Nie ma takiej szkoły, która by do tego przygotowywała, są to lata pracy i doświadczenia. Staż pracy wśród pielęgniarek tu zatrudnionych sięga od półtora roku do trzydziestu lat. Niektóre z nas wcześniej pracowały w innych oddziałach a dopiero tu pracując zobaczyłyśmy, że jest to praca niezwykle ciekawa i dająca dużo satysfakcji. Tu musimy stale się doskonalić, gdyż rozwój medycyny a co za tym idzie i technologii z nią związanej sprawia, że nie możemy spocząć na laurach, ale musimy stale się doszkalać. Jeste-

śmy takim zespołem, który trudno jest zastąpić, bo tu pielęgniarka nie przygotowana nie stanie samodzielnie do zabiegu. Aby poczuć się samodzielnym pełnowartościowym pracownikiem Bloku, pielęgniarka musi się szkolić ok. 2 lata.

Bożena Szymula: - A ja np. bardzo chciałam pracować właśnie jako pielęgniarka anestezjologiczna. To był właśnie mój warunek podjęcia pracy w tym szpitalu. Praca ta polega też na tym, że odpowiadamy przed samym sobą, przed własnym sumieniem i przed pacjentem. Każda z nas musi poddać się samodyscyplinie i rozumieć jaka spoczywa na niej odpowiedzialność. Trzeba pamiętać, że moja pomyłka może zaważyć o zdrowiu czy życiu pacjenta. Konieczna jest również ogromna pokora, by umieć się przyznać bezwarunkowo do popełnionego błędu, bo od tego również zależy czy diagnoza nie będzie mylna, czy uda się ten błąd, jak najszybciej naprawić bez szkody dla pacjenta. W przypadku anestezjologii nie wyobrażam sobie, że można by było taki błąd zataić. Leki podajemy dożylnie, a one działają natychmiast i stan pacjenta może się diametralnie pogorszyć.

Maria Wiśniewska: - Także i instrumentariuszka dając niejąłowe narzędzie, może doprowadzić do zakażenia. My musimy być wobec siebie uczciwe, aby móc tego samego wymagać od innych. Dzięki wysokospecjalistycznemu sprzętowi monitorującemu funkcje życiowe pacjenta, tych błędów pojawia się znacznie mniej niż kiedyś, wzrasta również świadomość personelu co podnosi bezpieczeństwo pacjentów i pracowników.

Jakie specjalności mają pielęgniarki pracujące w Bloku Operacyjnym?

Agnieszka Mączka: - Pracują tu pielęgniarki instrumentariuszki i pielęgniarki anestezjologiczne, a do cięć cesarskich przychodzą również położne. Na sali wybudzeń również pracują pielęgniarki. W tej części bloku natężenie pracy uzależnione jest od ilości zabiegów, im więcej

ich jest, tym więcej mamy pacjentów na sali wybudzeń. Tu pacjenci trafiają czasami na kilka godzin, czasami na dzień lub dwa, wymagają stałego nadzoru i opieki całodobowej dlatego personel pracuje na dyżurach dwunastogodzinnych. Ciekawostką jest to, że pacjenci poznają nas czasami po oczach, albo po głosie, bo przecież widzą nas w maseczkach na twarzy. Słyszemy wtedy „znam te oczy”.

Czy po operacji zdarza się, że pacjent dziękuje pielęgniarkę za pomoc przy zabiegu lub opiekę na sali wybudzeń?

Agnieszka Mączka: - Czasami zdarza się, gdy „wyjeżdżamy” z pacjentem z sali lub przekazujemy go już w śluzie pielęgniarkę z oddziału. Uświadamiamy sobie wówczas jak bardzo się bał, jak silny stres przeżywał. Dziękują nam za dobre słowo za wsparcie. Rozmowa z pacjentem odgrywa ogromne znaczenie, zmniejsza jego strach, wycisza.

Czy jako zespół pielęgniarski tworzyście zgraną grupę?

Małgorzata Damięcka: - Tak zespół jest zgrany. Świadczyć może o tym fakt, że czasami chętnie spotykamy się na gruncie prywatnym. Wiemy, że możemy na siebie liczyć.

Jak Panie wypoczywają po tak stresującym dniu pracy?

Bożena Szymula: - Jak każda kobieta, mamy swoje obowiązki domowe i czasami wieczorem nie mamy już siły na inne zainteresowania, a marzymy o tym, aby tylko dać wytchnienie obolałym nogom i plecocom, aby oddać się „nicnierobieniu”, ale w miarę możliwości i my realizujemy swoje pasje pozazawodowe.

Barbara Szymczuk





W sali audytorialnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego dyrektor Irena Kierzkowska i współpracownicy podziękowali odchodzącym na emeryturę Bożenie Rembiszewskiej, pielęgniарce oddziałowej Oddziału Klinicznego Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa, Annie Idzikowskiej, pielęgniарce oddziałowej Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Bożenie Rusewicz, pielęgniарce oddziałowej Oddziału Gastroenterologicznego i Alinie Ćwiek, - położnej oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

jego pierwszy ordynator. Oddziałową była Natasza Matysiak. Oddział liczył 50 łózek, a leżeli w nim także pacjenci neurochirurgiczni, bo osobnego oddziału tej specjalności jeszcze nie było. Pracy nie brakowało, bo popołudniami i w nocy pół setki chorych było pod opieką tylko dwóch pielęgniarek. Teraz taka obsada przypada na 15 łózek, wyraźnie widać więc różnicę. Do moich obowiązków należała też obsługa gipsowni, co wiązało się z ciężką, fizyczną pracą.

Podziękowanie za wiele lat pracy czterem pielęgniarkom oddziałowym

Dyrektor Irena Kierzkowska z Hanną Taraszkiewicz, zastępcą dyrektora ds. pielęgniarstwa, wręczyły bohaterkom uroczystości statuetki w podziękowaniu za długo pracę.

Podczas koleżeńkiego spotkania 23 września nie zabrakło wspomnień z kilkudziesięciu lat wspólnej pracy, wzruszających przemówień, bukietów i życzeń na nowy etap życia.

Na zakończenie wszyscy uczestnicy zrobili sobie pamiątkowe zdjęcie. Poprosiliśmy wszystkie panie o garść wspomnień z ich pracy w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie

Bożena Rembiszewska, Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Klinicznego Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa

Swoją pracę w szpitalu rozpocząłam 1 września 1975 r. zaraz po ukończeniu szkoły pielęgniarzkiej od razu w oddziale ortopedycznym, który powstał pięć lat wcześniej. Szefował mu wtedy dr Stefan Bołoczko,

Miałam szczęście, że w arkana zawodu wprowadzał mnie zgrany zespół. Szczególnie dużo nauczył mnie pielęgniarz Krzysio Krajewski, a pielęgniarka oddziałowa, choć wymagająca, także przekazała mi dużo wiedzy.

Po 11 latach pracy zostałam oddziałową na ortopedii. W wieku 31 lat byłam najmłodszą osobą w szpitalu, pełniącą tę funkcję. Jednak dzięki pomocy zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek dałam sobie radę.

Mniejsza, niż obecnie była też rotacja pracowników. Do tej pory pracuje pielęgniarka Grażyna Daszkiewicz, a z lekarzy Antoni Kotakowski, Mariusz Siergiej i Tomasz Niedźwiecki. Trudno mi powiedzieć, dlaczego teraz jest inaczej.

Wiele rzeczy zmieniło się jednak na lepsze. Dotyczy to np. pacjentów z urazami kręgosłupa po skokach do zbyt płytkiej wody. Bywało, że w letnim sezonie mieliśmy ich nawet 30. Przed laty, z racji braku oddziału intensywnej terapii, musieliśmy włożyć dużo pracy w opiekę nad nimi. Ortopedia pełniła też rolę oddziału rehabilitacyjnego. Teraz mamy i OIT,

i rehabilitację. Utrapieniem była też konieczność wielokrotnego używania strzykawek, które po każdym zabiegu musiałyśmy wygotowywać. To samo dotyczyło nawet rękawic. Wprowadzenie jednorazowego sprzętu było dla nas błogostawieństwem. Ubogo w porównaniu z dniem dzisiejszym, prezentowała się także diagnostyka z aparatem rentgenowskim. Rezonans magnetyczny i tomograf komputerowy znacznie ułatwiają leczenie pacjentów.

Pracę bardzo usprawniła również informatyzacja. Kiedyś ręcznie wypełniałyśmy książkę raportów chorób pacjentów. Nie było indywidualnych kart. Teraz pielęgniarka opisuje pracę przy każdym pacjencie.

Podczas wielu lat pracy spotkało mnie dużo dobrego. W 2003 r. zwyciężyłam w konkursie Gazety Olsztyńskiej na najlepszą pielęgniarkę. Dwa lata później prezydent Aleksander Kwaśniewski odznaczył mnie srebrnym Krzyżem Zasługi.

Podsumowując chcę powiedzieć, że w oddziale ortopedycznym pracowałam mi się bardzo dobrze. Starłam się z każdym porozumieć, a myślę, że i z mojej strony nie było problemów. Mam ogromny szacunek dla profesora Bołoczko, który stworzył i rozwinął ortopedię w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym. Bardzo dobrze pracowało mi się także z doktorem Kołakowskim – razem rozpoczęliśmy w 1975 r.

Bożena Rusewicz, Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Gastroenterologicznego

Pracę w ówczesnym oddziale wewnętrzno-chirurgicznym zaczęłam w styczniu 1976 r. po przejściu ze Szpitala Garnizonowego, gdzie pracowałam trzy lata. Niemal od razu zostałam „rzucona na głęboką wodę”. Już drugiego dnia trafiłam do zabiegów i opatrunków. Nie by-

łam, co prawda świeżo po szkole, ale było trudno, bo każdy oddział to inna specyfika. Z chirurgami współpracowało mi się bardzo dobrze, to lekarze bardzo konkretni, szybko wykonywali swoje zabiegi. W 1977 r. po wydzieleniu się „chirurgia odeszła”. Ja zostałam na Oddziale Wewnętrznym III, który później przekształcił się w gastrologię. I nie żałuję tego. Jak wszędzie zdarzały się różne zawirowania, raz było lepiej, raz gorzej, ale ogólny efekt jest bardzo dobry. W trakcie swojej pracy bardzo dużo się nauczyłam, m.in. wykonywania badań gastroscopowych.

Jako pielęgniarka oddziałowa najbardziej nie lubiłam papierów. Jestem w swoim żywiole, kiedy opiekuję się pacjentami w gabinecie zabiegowym. Dobrej pracy sprzyjała mała rotacja personelu, który praktycznie się nie zmieniał. Jedyną przyczyną zmian w kadrze były wyjazdy z Olsztyna. Do dziś pracują lekarze: panie Barbara Dąbrowska, Maria Sidor, czy Małgorzata Ferenc, która po studiach przyszła do nas na staż. Podobnie jest w przypadku pielęgniarek, np. Teresy Siok, czy Ewy Bieniek. Pamiętam tylko jedną pielęgniarkę, która krótko pracowała – narobiła zamieszania i odeszła. To był jednak wyjątek. Poza tym, jeśli odchodzimy, to na emeryturę.

Dzięki długoletniej współpracy stworzyliśmy zgrany zespół lekarzy i pielęgniarek – prawie nie ma dąsów, czy kłótni. A jeśli już dochodziło do nieporozumień załatwialiśmy je we własnym gronie.

Każdemu ze współpracowników coś zawdzięczam. Dużo np. nauczyłam się od pani dr Dąbrowskiej, która przez długie lata była ordynatorem gastrologii. Dobrze się nam współpracowało, podobnie zresztą jak z innymi lekarzami i obecnym ordynatorem Tomaszem Artukowiczem.

Dobrze wspominam także innych pracowników szpitala. Nie ma wśród nich osoby, którą bym źle wspominała.



Alina Ćwiek, Położna Oddziałowa Oddziału Ginekologiczno-Położniczego

Swoją pracę rozpoczęłam w 1977 r. zaraz po odebraniu dyplomu położnej. Pierwsze kroki, jako dyplomowana położna stawiałam w oddziale położniczym szpitala (wtedy nazywał się Wojewódzki Szpital Zespolony). Poza oddziałem położniczym w strukturach szpitala funkcjonował jeszcze oddział położnictwa septycznego, traktu porodowego i ginekologii. Kiedy jako młoda położna krążyłam wśród szpitalnych łóżek wiedziałam, że jest to moje miejsce i powołanie. Wierzyłam i nadal wierzę, że ten zawód to powołanie, ponieważ jest to dar niesienia pomocy i ulgi bez względu na status człowieka. Położna to też pasja, bo w tym zawodzie zawsze pociąga wszystko, co nowe. Zawód położnej jest piękny, bo przynosi zadowolenie i satysfakcję.

Gdy zaczynałam pracę ordynatorem był śp. dr n. med. Henryk Makowski, bardzo wymagający, trzymający surową dyscyplinę a zarazem wspaniały człowiek. Uczył nas, młode położne, pracy w zespole. Podkreślał, że poprzez wspólną pracę i wzajemne zaufanie otrzymamy najlepsze efekty. Najważniejszy jest pacjent i jego dobro. Teraz jest to oficjalną misją szpitala.

Oddział w tamtych czasach wyglądał zupełnie inaczej. Przypominał zamknięty, sterylny zakład, ale tak wtedy wyglądały oddziały położnicze. Noworodki były oddzielone od matek, przebywały na sali ogólnej noworodków za szklanymi szybami, przez które mamy mogły je oglądać i podpatrywać pielęgnowanie. Przytulić i być ze swoimi dziećmi mogły tylko podczas karmienia.

W 1979 r. w wyniku rotacji, która była wówczas standardem, trafiłam na oddział ginekologii. Rotacja polegała na cyklicznym przesunięciu całego personelu do poszczególnych oddziałów.

Na oddziale ginekologii pracowałam do 1999 r. Ordynator dr n. med. Marek Stefanowicz, obdarzając mnie ogromnym kredytem zaufania, powierzył mi organizowanie oddziału położniczego ze stałym personelem, bez rotacji. Wspólnymi siłami: ja, dr Tomasz Wańczyk, dr Mariusz Przybyłowicz, dr Tomasz Hoppe i zespół wspaniałych położnych tworzyliśmy nowy oddział. Kierowała nami wizja budowania nowoczesnego, otwartego na potrzeby pacjentek, pełnego nadziei i radości oddziału. Wprowadzaliśmy metody badań i zabiegów położniczych, które umożliwiały pacjentkom komfortowy i bezpieczny pobyt w szpitalu. Każdego dnia biło u nas coraz więcej dziecięcych serduszek, ponieważ przybywało chętnych do rodzenia w naszym szpitalu. Rozpoczął się problem z brakiem miejsc i ten stan rzeczy trwa do dziś.

Wielką dumą było dla nas wyróżnienie w konkursie Gazety Wyborczej „Rodzić po ludzku”.

W 2007 r. po raz drugi wygrałam konkurs na stanowisko położnej oddziałowej i poszerzyły się moje obowiązki. Zarządzałam nie tylko oddziałem położniczym, ale też blokiem porodowym i patologią ciąży. Było to dla mnie ogromne wyróżnienie, ale i wyzwanie, ponieważ przybyło nie tylko zadań organizacyjnych, ale znacznie zwiększyła się liczba położnych, którymi przyszło mi kierować. Do wsparcia i pomocy, pani dyrektor Irena Kierzkowska, powierzyła obowiązki mojej zastępczyni, wybranej przeze mnie położnej Beacie Binek, koleżance z oddziału ginekologii.

Obie, wspierane przez byłą panią dyrektor ds. pielęgniarstwa Alicję Markiewicz i panią przetożoną pielęgniarek i położnych Hannę Taraszkiewicz (obecnie zastępczyni dyrektor ds. pielęgniarstwa), mimo niepokoju

i rozterek podjęłyśmy się zadania. Najtrudniejszym wydawało nam się zarządzanie blokiem porodowym. Dużym wsparciem i pomocą okazały się położne, pracujące na bloku porodowym.

Mam nadzieję, że poświęcając się dla pracy na rzecz oddziału i pacjentów, udało mi się sprostać zadaniu. Oddziałowa jest zawsze na pierwszej linii, jak sierżant, który jest przedłużeniem dowództwa i równocześnie najbliższe podwładnych. Zdając sobie z tego sprawę nie zawsze byłam pokorna, a czasem bywałam niesforna, nie zgadzając się z niektórymi decyzjami „szefostwa”. Jednak zawsze starałam się doprowadzić do porozumienia i rozwiązania konfliktu.

Odchodząc ze stanowiska położnej oddziałowej mam poczucie dobrze spełnionego obowiązku. Wspólnie z zespołem zbudowaliśmy nowoczesny oddział, w którym zawsze liczy się przede wszystkim matka i jej dziecko, otoczone miłością, bezpieczeństwem i przyjaźnią.

Chciałabym przekazać przestanie moim młodszym koleżankom, że praca w szpitalu to nie tylko zarabianie pieniędzy, to przede wszystkim spełnianie się, rozwijanie, i uczenie się, bo każdy dzień przynosi nowe doświadczenia.

Wszystkim, bez wyjątku za spędzone wspólnie lata pracy, za wzajemny szacunek, budowanie oddziału, współpracę i oddanie dziękuję.



**Anna Idzikowska,
Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału
Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej
Terapii**

Zacznę od stwierdzenia, że to, iż zostałam pielęgniarką zawdzięczam swojemu ojcu. Wiąże się z tym ciekawa historia. Zaraz po ukończeniu technikum ekonomicznego miałam być przyjęta na stanowisko młodszej księgowej do zakładu pracy, którym kierował tata. Pracę miałam zacząć od 1 września, ale dwa dni wcześniej ojciec powiedział mi, że niestety nie ma dla mnie wolnego etatu. Zaproponował, że w zamian zawiezie mnie do szkoły pielęgniarskiej w Działdowie. Po dwóch tygodniach okazało się, że jako księgowa została zatrudniona inna osoba. Na początku miałam żal, że to nie byłam ja, ale potem mi przeszło. Dalsze życie pokazało, że ojciec podjął dobrą decyzję, uznając, że będę lepszą pielęgniarką, niż księgową.





W ówczesnym oddziale anestezjologii i intensywnej terapii szpitala wojewódzkiego rozpoczęłam pracę we wrześniu 1982 r., zaraz po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej. Pierwszego dnia przeżyłam duży wstrząs, bo chciałam pracować na którymś z oddziałów zabiegowych – chirurgii lub ortopedii. Miałam moment zawahania, czy to dla mnie najlepsze miejsce. Po kilku godzinach pielęgniarka oddziałowa zabrała mnie na anestezjologię, gdzie od razu rozpoczęłam od dyżurów. To była ostra szkoła. Okres wstępny trwał trzy miesiące, potem samodzielna praca i dalsza nauka przez kolejne dwa lata. Z tego okresu w pamięci utkwił mi bardzo wymagający ordynator. Dr Jarosław Parfianowicz wymagał wykazywaniem się zawodową wiedzą, czego skutkiem były częste egzaminy. Tak było do momentu ukończenia kursu kwalifikacyjnego, który zresztą prowadził dr Parfianowicz. Szkolenie wymagało ode mnie dużo wysiłku, ale dzięki temu uzyskałam duże umiejętności i łatwiej mi było pracować. Tego wymagała praca w oddziale intensywnej terapii.

Jej charakter zresztą ciągle się zmienia. Jedną z przyczyn jest coraz więcej specjalistycznego sprzętu. Pod tym względem obecny oddział w porównaniu z czasami, kiedy rozpoczynałam w nim pracę to niebo a ziemia. Chociaż i przed laty wydawało się, że mamy bardzo dużo wyposażenia. Dzięki nowemu sprzętowi, a także nowym procedurom, pracuje się lepiej, niż dawniej, a pacjent jest bezpieczniejszy. Wielkim udogodnieniem był sprzęt jednorazowy. Kiedy wchodził do użytku tylko w bardzo ciężkich przypadkach stosowano wenflony. Teraz wszystko, czego potrzeba jest dostępne.

Oddziałową zostałam 15 lat temu. Nowe stanowisko oznaczało większy zakres obowiązków i szersze spojrzenie na pracę oddziału. Wiązała się z tym większa odpowiedzialność, także za koszty generowane przez oddział oraz za pacjentów i personel. W efekcie „zabierało się pracę ze sobą do domu”, bo zostawało w głowie, to, co działo się w oddziale. Musiałam powiązać ogniwa ważne dla jego funkcjonowania - pielęgniarki, lekarzy i dyrekcję szpitala. Współpraca układała się dobrze.

Przez wiele lat byłam także instruktorem zawodu dla pielęgniarek i ratowników medycznych. Praktycznie każdy początkujący pracownik „przechodził przez moje ręce”, a było ich wielu, bo i rotacja była duża. Powodował ją ciężki, także pod względem psychicznym, rodzaj pracy. Częsty kontakt ze śmiercią stanowił duże obciążenie. Także dla mnie, mimo wielu lat pracy moment odejścia pacjenta i kontakt z jego rodziną wciąż jest dużym przeżyciem. Zwłaszcza, kiedy umierają młodzi ludzie,

będący ofiarami różnego rodzaju wypadków. Nikt nie jest przygotowany na tak nagłe sytuacje. Nie myśli, że spotka go taka tragedia, a jednak może dotknąć każdego z nas. Inaczej też odbiera się śmierć człowieka, jeśli się tego osobiście nie przeżyło. Ja straciłam ojca w młodym wieku, więc wiem jak się to odczuwa. Najbardziej przykra sytuacja jest wtedy, kiedy mimo włożenia wielkiego wysiłku i odwiezienia pacjenta w dobrym stanie do innego oddziału, dowiadujemy się, że zmarł.

Wielką nagrodą z kolei dla nas są odwiedziny pacjenta, który wyjeżdżał z OIT-u zdawałoby się bez szans na przeżycie, a teraz chce zobaczyć salę, w której leżał. To bardzo miłe zobaczyć taką osobą poruszającą się samodzielnie, choć niejednokrotnie mamy trudności z jej poznaniem w normalnym ubraniu. Okazuje się często, że pacjenci nie pamiętają samego pobytu, ale poznają nas po głosach. To dowód na to, że trzeba rozmawiać z pacjentem, ale też uważać na to, co się mówi, bo nie wiemy, co do niego dociera.

Po przekazaniu obowiązków pielęgniarki oddziałowej Magdalenie Kulas dalej pracuję w OIT, choć tylko w godzinach 7-15. Cały czas jestem do dyspozycji młodych adeptów zawodu i w razie potrzeby służę im pomocą.

Przemysław Prais



Pamięć i jej zagadki

cz. 18



Niektóre wspomnienia są bardzo negatywne i wiążą się z przeżywaniem silnych emocji. Czy istnieje sposób na pozbycie się takich zapisów pamięciowych – niechcianych i utrudniających codzienne życie?

Tematem dwóch poprzednich odcinków było specyficzne zaburzenie stresu pourazowego, określane jako PTSD, w którym dominującą rolę odgrywają automatyczne i nacechowane negatywnie wspomnienia z urazu. Takie wspomnienia próbuje się ostatnio modyfikować z wykorzystaniem gier komputerowych oraz rzeczywistości wirtualnej.

Jednak sprawa zapominania, modyfikowania czy usuwania negatywnych śladów pamięciowych jest bardziej złożona i dotyczy właściwie nas wszystkich. Prawdopodobnie każdy przechowuje w pamięci wspomnienia, których najchętniej by się pozbył. Wśród nich są wspomnienia traumatyczne, związane z ekstremalnymi zdarzeniami, ale także wspomnienia z zawodu miłośnego, z upokarzającej porażki życiowej czy z wstydlivej sytuacji. Czy aktualna wiedza o mechanizmach działania pamięci, w tym procesów zapominania, pozwala na kontrolowanie wymienionych niechcianych wspomnień?

DYNAMICZNA PAMIĘĆ

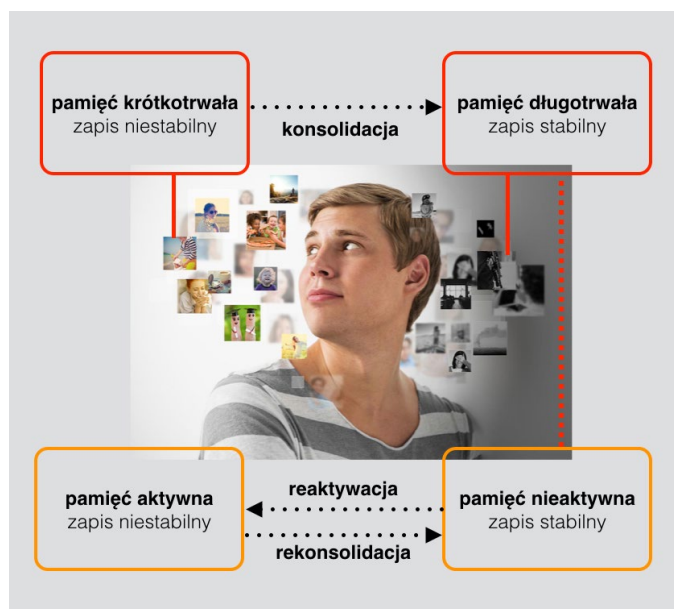
Przez wiele lat w badaniach naukowych panował pogląd, że informacje zapisane w tzw. pamięci długotrwałej są nieusuwalne i generalnie niekorygowalne, nawet jeśli przez pierwsze kilka godzin po zapisie są nieustabilizowane. Jednak obecnie dominuje zupełnie inne przekonanie – nasza pamięć jest bardzo elastyczna i nawet trwałe zapisy pamięciowe można eliminować lub przynajmniej poważnie modyfikować. Ta idea jest zbieżna z futurystyczną wizją zmian pamięci, przedstawioną w filmie Faceci w czerni III. W tym filmie Will Smith posługuje się gadżetem określanym jako Memory Eraser, który przy pomocy wiązki światła jest w stanie wymazać traumatyczne wspomnienia z kontaktu z destrukcyjną obcą formą życia.



w trzech zdaniach

1. ponowne przypominanie zdarzeń powoduje, że jego mózgowy zapis staje się niestabilny
2. niektóre środki farmakologiczne modyfikują trwałe i negatywne zapisy pamięciowe
3. najnowsze badania sugerują, że mechanizmy pamięci tkwią głęboko w komórkach nerwowych

Teraz bardziej poważnie. Idea modyfikacji wspomnień jest następująca (zob. ramka Dynamiczna pamięć). Świeże zapisy pamięciowe z różnych zdarzeń są przechowywane w pamięci krótkotrwałej w formie nieustabilizowanej. Gdy te zapisy są przypomniane, mogą ulec wzmocnieniu, a gdy nie są przywoływane ulegają osłabieniu. W ciągu kilku godzin bardziej lub mniej wzmocnione ślady pamięciowe zostają utrwalone (ustabilizowane, skonsolidowane) w pamięci długotrwałej. Utrwalanie zapisu pamięciowego jest związane z powstawaniem nowych struktur białkowych w mózgowiu (m.in. receptory, enzymy, białka strukturalne) i trwa ok. 4-6 godzin.



Zdjęcie: <http://www.aquila-style.com/lifestyle/food-health/erase-bad-memory/77376/>. Adaptacja własna.

Po zakończeniu procesu konsolidacji informacje pamięciowe typowo pozostają w czymś w rodzaju stanu uśpienia (pamięć nieaktywna). Są one utrwalone i na tym etapie niekoniecznie potrzebne. Ale gdy z jakiegoś powodu takie informacje zostają przywołane – np. celowo w przypominaniu lub automatycznie po traumie – następuje ich reaktywacja w pamięci aktywnej. Najciekawsze jest to, że w przypadku zaktywizowania utrwalonych do tej pory śladów pamięciowych stają się one znów nieustabilizowane i wymagają kilku godzin utrwalenia w tzw. procesie rekonsolidacji (zob. ramka).

Właśnie ten niestabilny stan informacji pamięciowej w ponownym wspomnieniu i wymóg ponownej jej stabilizacji był podstawą bardzo interesującego pomysłu. Skoro przywołane wspomnienie jest na nowo nieustabilizowanym zapisem, to może po prostu trzeba doprowadzić do zaktywizowania danych pamięciowych i w tym stanie osłabić lub wzmocnić takie wspomnienie farmakologicznie lub psychologicznie, aż do uzyskania trwałej formy w pamięci nieaktywnej. Jeśli udałoby się w ten sposób osłabić negatywne wspomnienia, to w konsekwencji nie byłyby one tak silne i obciążające, jak poprzednio – zostałyby one zmodyfikowane i ponownie zapisane (rekonsolidacja) w pożądanej postaci.

ANIZOMYCINA I PROPRANOLOL

Jednym z dowodów na rzecz modyfikowania wspomnień w procesie rekonsolidacji były badania zespołu Karima Nadera z McGill University. Początkowo umieszczano szczury laboratoryjne w klatkach i następnie odtwarzano sygnał dźwiękowy, jednocześnie podłączając metalową podłogę klatki do prądu. Efekt był taki, że tylko na sam dźwięk szczury nieruchomiały w przerażeniu, oczekując na nieprzyjemne doznanie z prądem. Krótko mówiąc szczury zostały uwarunkowane – na trwałe został skojarzony dźwięk i napięcie elektryczne w postaci reakcji strachu.

Po 24 godzinach oraz po upływie dwóch tygodni badacze aplikowali szczurom antybiotyk anizomycynę, który jest inhibitorem syntezy białkowej w specyficznych obszarach ciał migdałowatych. To właśnie te obszary są odpowiedzialne za uczenie się reakcji strachu, a zahamowanie syntezy proteinowej w tych obszarach może osłabić taką utrwaloną reakcję. Okazało się, że po aplikacji farmakologicznej szczury nie reagowały na dźwięk w klatce – czyli zapomniały o wcześniejszej sytuacji z prądem, a więc zapomniały o traumie.

Modyfikacja pamięci szczurów zainicjowała liczne badania zmian pamięci w przypadku ludzi, a zwłaszcza cierpiących na zaburzenia stresu pourazowego (PTSD). Najgłośniejsze efekty uzyskano z użyciem propranololu, betablokera stosowanego m.in. w terapii nadciśnienia tętniczego, zaburzeń rytmu serca i zaburzeń lękowych. Propranolol zakłóca działanie norepinefryny – neuroprzekaźnika, który typowo wzmacnia powstawanie zapisów pamięci w odpowiedzi na zdarzenia emocjonalne. Gdy takie wzmocnienie nie działa, może dojść do zablokowania utrwalenia negatywnego śladu pamięciowego. Różne badania wykazały, że faktycznie ofiary traumatycznych wydarzeń mają mniejsze objawy PTSD właśnie po podawaniu propranololu. Poważnym ograniczeniem była jednak konieczność podania leku w ciągu kilku godzin od wystąpienia traumy – jak już wiemy, wtedy następuje konsolidacja śladu pamięciowego.

Inne próby, nawiązujące do opisanych wyżej badań nad szczurami, także dostarczyły obiecujących wyników. Osoby z chronicznym PTSD proszono o przypomnienie traumatycznego zdarzenia i następnie podano im propranolol. Po tygodniu osoby badane przywoływały zdarzenie traumatyczne (np. słuchały audycji radiowej opisującej zdarzenie) i te, które zażyły propranolol miały niższe pobudzenie fizjologiczne przy zachowanej pamięci szczegółów zdarzenia, w porównaniu do osób z PTSD przyjmujących placebo. Propranolol prawdopodobnie zablokował emocjonalną interpretację traumatycznego zdarzenia, choć jednocześnie nie usunął pamięci zdarzenia. Jeden z badanych – ofiara napadu z bronią – tak opisał swoje doświadczenie po piątej sesji z propranololem i czytaniem opisu zdarzenia traumatycznego: „Nigdy tego nie zapomniałem. Czytam opis zdarzenia i czuję się, jakby nie miało to dla mnie już znaczenia – jakbym czytał powieść albo oglądał film. Zacząłem się śmiać. Byłem bardzo podekscytowany”.

WĄTPLIWOŚCI I NOWE PERSPEKTYWY

Podsumowujące analizy badań z zastosowaniem propranololu sugerują, że nawet dwie trzecie badanych z PTSD przestaje właściwie mieć to zaburzenie. Jednak kolejne badania wskazują, że sprawa jest bardziej złożona i że propranolol nie jest kolejną „cudowną pigułką”. Okazało się np., że lek blokuje emocjonalną pamięć, ale tylko przez pewien czas i potem nie daje żadnych efektów. Propranolol lepiej też działał w przypadku prawdziwej traumy, niż w przypadku bardziej kontrolowanych i mniej traumatycznych badaniach naukowych.

Jak pamiętamy środki farmakologiczne modyfikują stan emocjonalny, ale nie usuwają pamięci samego traumatycznego zdarzenia. Badania zespołu Todda Sactora z SUNY Downstate Medical Center sugerują, że istnieje i jest na to sposób. Pewien enzym o nazwie kinaza białkowa M-zeta (PKM ζ) jest odpowiedzialny za długotrwałe utrzymywanie śladów pamięciowych. Taki enzym powoduje, że szczur pamięta, gdzie w danej przestrzeni jest niebezpieczne miejsce rażące prądem i po prostu unika go. Gdy zablokowano farmakologicznie działanie PKM ζ w hipokampie, zwierzę już nie pamiętało niebezpiecznego miejsca. W ten sposób uzyskano znacznie silniejszy efekt, niż w przypadku propranololu – została wyczyszczona nie tylko negatywna reakcja emocjonalna, ale także informacja o zdarzeniu w określonej przestrzeni.

Najnowsze doniesienia naukowe wskazują, że nasza biologiczna wiedza o mechanizmach pamięci powinna być zrewidowana. Do tej pory lokalizowano procesy utrwalania śladów pamięciowych w obszarach połączeń synaptycznych między neuronami. Jednak niektóre eksperymenty pokazują na znacznie głębsze komórkowo poziomy pamięci. Podawanie propranololu po wytworzeniu odruchu negatywnego u zwierząt powoduje tylko krótkotrwałe efekty – synapsy zerują się, nie ma odruchu, ale po 48. godzinach odruch powraca. Zespół Davida Glanzmana z UCLA sugeruje, że ślady pamięciowe zostały zakodowane w zmianach wewnątrzkomórkowych, być może w modyfikacji komórkowego DNA. Otwiera to nowe perspektywy w leczeniu m.in. chorób neurodegeneracyjnych takich jak choroba Alzheimera, z uwagi na możliwości terapii genowych zaburzeń pamięci.

Na koniec warto zaznaczyć, że badania nad usuwaniem lub modyfikowaniem negatywnej lub traumatycznej pamięci wzbudzają kontrowersje etyczne. Możemy sobie wyobrazić, że niekontrolowany dostęp do modyfikatorów pamięci będzie nadmiernie wykorzystywany nawet w nieistotnych sprawach, takich jak drobna sprzeczka czy niemile wspomnienie z restauracji. W efekcie pamięć negatywna przestanie właściwie być pomocna w unikaniu niebezpiecznych zdarzeń.

dr Piotr Markiewicz

Chcesz wiedzieć więcej?

- Nader, K., Hardt, O., Lanius R. (2013), Memory as a new therapeutic target. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 15(4), s. 475-486.
- Piore, A. (2012), Pamięć (nie)absolutna. *Psychologia dziś*, 2, s. 24-29.
- Mierzejewski, P. (2008), Synteza białek de novo a procesy pamięciowe związane z warunkowaniem instrumentalnym: nowe perspektywy leczenia zaburzeń psychicznych. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*, 4, s. 201-210.



Prace ziemne zapewniające światło naturalne w pomieszczeniach oddziału



W połowie września rozpoczęto prace remontowo-budowlane pomieszczeń niskiego parteru zlokalizowanego w skrzydle wschodnim Szpitala.

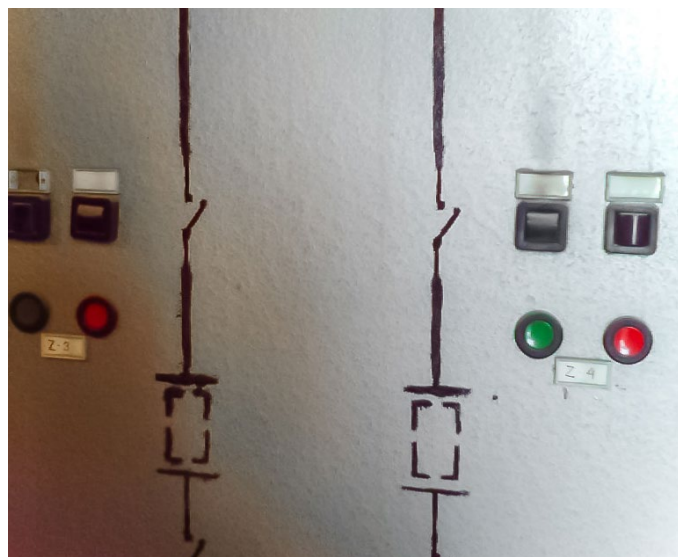
Prace rozpoczęto od usunięcia wszystkich części przegród budowlanych i demontażu fundamentów pozostałych po urządzeniach starej sterylizatorni oraz takie jak odstonięcie ścian

budynku od strony południowej i północnej, tak aby swobodnie docierało światło naturalne do wszystkich pomieszczeń.

Będzie to 20-łóżkowy Oddział Kliniczny Nefrologiczny, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych, z pełnym zapleczem. Znajdą się tam stanowiska do terapii pozaustrojowej, gabinet zabiegowy, pokój badań, izolatka. Powstaną ogólne sale chorych z węzłami sanitarnymi oraz sale dwuosobowe o podwyższonym standardzie sanitarnym z instalacjami dla sztucznej nerki. Oddział zapewni pacjentom optymalne warunki leczenia i pobytu, a personelowi prawidłowe warunki pracy. Zakończenie wszystkich prac przewidujemy z końcem kwietnia 2016 r.

System nerwowy

Wykonywane prace na oddziale nefrologii bezpośrednio związane są z „Systemem Nerwowym Szpitala”. Mam tu na myśli system elektroenerge-



Widok rozdzielni wykonany kamerą cyfrową

tyczny. To właśnie przez aktualnie remontowane pomieszczenia i w bezpośredniej bliskości tych pomieszczeń przebiegają kable elektryczne, które również wymagają modernizacji.

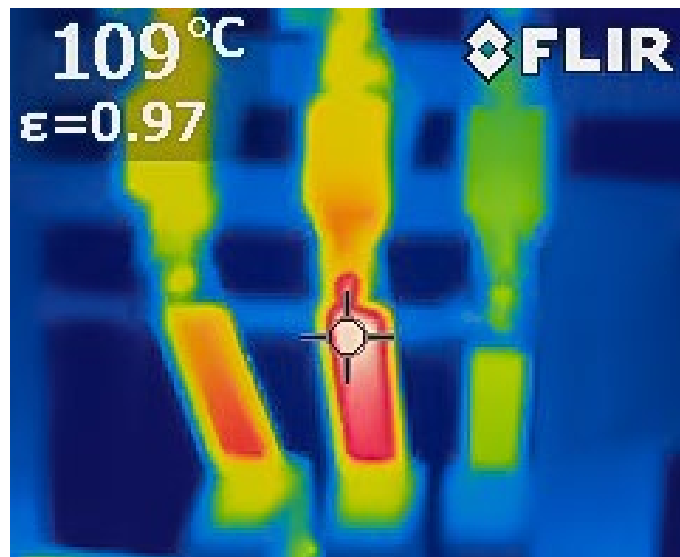
Przed rozpoczęciem prac remontowych tego oddziału, pracownicy Działu Eksploatacyjno-Technicznego wykonali ocenę stanu kabli i ich połączeń. Mówiąc żartobliwie wykonali prześwietlenie Rentgenowskie. Na podstawie tych fotografii termowizyjnych określono najgorsze miejsca, które w pierwszej kolejności będą podlegały pracom modernizacyjnym.

Stoimy w przededniu rozpoczęcia prac nad modernizacją układów zasilania przyłączy kablowych niskiego napięcia wraz z montażem agregatu prądotwórczego.

W ramach tych prac, planujemy między innymi zmodernizować cztery złącza kablowe, dwie rozdzielnie niskiego napięcia, zamontować samoczynne załączenie rezerwy pozwalające na natychmiastowe uruchomienie nowego agregatu prądotwórczego, pokrywającego pełne potrzeby Szpitala. Szybki start agregatu prądotwórczego o mocy 1000 kW w ciągu kilkunastu sekund połączony z urządzeniami podtrzymania sieci elektroenergetycznej, gwarantuje bezprzerwowe zasilanie. Taka modernizacja podnosi niezawodność i stopień bezpieczeństwa całej infrastruktury Szpitala.

Henryk Krzyżak

z-ca Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych



Widok rozdzielni wykonany kamerą termowizyjną



Ćwiczenia z zabezpieczenia medycznego

20 października 2015 r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie przeprowadzono ćwiczenia z zabezpieczenia medycznego symulowanego wypadku masowego.

Podczas ćwiczenia wdrożono postępowanie na podstawie procedury „Postępowanie na wypadek wystąpienia zdarzenia masowego i katastrofy” z dnia 04.06.2012 r.

O godz. 10.25 lekarz dyżurny, Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego naszego Szpitala, otrzymał informację od Lekarza Koordynatora Ratownictwa Medycznego (LKRM) o kolizji drogowej autobusu z busem na trasie Olsztyn-Szczytno w pobliżu miejscowości Klewki. Z meldunku wynikało, że bus prawdopodobnie zjechał z nieznanymi przyczyn na lewy pas ruchu i zderzył się czołowo z autobusem. Poszkodowanych zostało około 30 osób. Rozpoczęto procedurę.

Pracownicy SKOR przygotowali się do przyjęcia pacjentów (rozdano oznakowane funkcją kamizelki), przygotowano sale szpitalne, sekretarki medyczne rozpoczęły procedurę powiadamiania lekarzy o profilu zabiegowym tj. ortopedów, chirurgów i neurochirurgów, powiadomiono również inne osoby funkcyjne i komórki organizacyjne Szpitala biorące udział w realizacji procedury.

Po wstępnej ocenie sytuacji na miejscu wypadku przez lekarza pierwszej karetki, LKRM powiadomił SKOR naszego Szpitala o skierowaniu do nas siedmiu poszkodowanych (pięciu pacjentów z kodem czerwonym i dwóch pacjentów z kodem żółtym).

O godzinie 11.00 do Szpitala przybyli pierwsi poszkodowani oznakowani kodem czerwonym. Zgodnie z procedurą pacjenci z takim oznakowaniem dowożeni byli bezpośrednio do SKOR, gdzie zespoły ratowników, po dokładnym zbadaniu i ustabilizowaniu pacjentów skierowały ich do odpowiednich komórek szpitala. Niektórych przewieziono na blok operacyjny, innych na badania tomograficzne lub do odpowiednich oddziałów szpitalnych. Pacjenci oznakowani kodem żółtym przywożeni byli do Planowej Izby Przyjęć, gdzie po segregacji wtórnej przetransportowano ich do przy-

gotowanych sal chorych w Oddziale Okulistycznym. Tam przeprowadzono diagnostykę i udzielano im fachowej pomocy medycznej.

W jednej z sal konferencyjnych działał punkt informacyjny, gdzie rodziny poszkodowanych mogły uzyskać wiadomości o ich stanie zdrowia oraz skorzystać z pomocy psychologa i kapelana.

Ćwiczenia jeszcze raz pokazały, jak bardzo są potrzebne. Łączność, współpraca między poszczególnymi komórkami Szpitala i obieg informacji o pacjentach to tematy, nad którymi warto się jeszcze pochylić.

Dzięki nim w razie rzeczywistego zdarzenia poszkodowani będą mogli liczyć na jeszcze szybszą i bardziej fachową pomoc medyczną.

Dziękuję wszystkim biorącym udział w przeprowadzonym ćwiczeniu.

W ćwiczeniu praktycznie udział brali pracownicy:

- Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego i Planowej Izby Przyjęć,
- Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- Oddziału Okulistycznego,
- Działu Gospodarczego,
- Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji,
- Sekcji BHP i Ppoż.
- Pielęgniarki i lekarze o określonym profilu zabiegowym z poszczególnych oddziałów Szpitala.

Natomiast pracownicy Działu Diagnostyki Obrazowej, Medycznego Laboratorium Diagnostycznego i Apteki Szpitalnej brali udział w ćwiczeniu w formie aplikacyjnej.

Organizatorem ćwiczenia był inspektor ds. Obrony Cywilnej Zbigniew Szpinador.

Ćwiczeniem kierował Lekarz Naczelny Szpitala Dariusz Onichimowski.

Ćwiczenia mogły się odbyć dzięki pomocy:

- Pana Leszka Gotębiowskiego dyrektora Warmińsko-Mazurskiej Stacji Transportu Medycznego, który oddelegował do ćwiczeń 4 karetki z pełną obsadą i pełnym wyposażeniem zabezpieczającym,
- Pana Janusza Badzyńskiego (Agencja Ochrony Osób i Mienia ATUT) - zabezpieczenie ćwiczenia,
- Studentów Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego Wydziału Ratownictwa Medycznego, którzy wcielili się w rolę pozorantów.

Zbigniew Szpinador

A CO Z TĄ NASZĄ WAGĄ CIAŁA?

Na dyżurze

nie myślimy o sobie cz. 4

Wiemy już, że od sposobu odżywiania się, tego jak, w jaki sposób i kiedy spożywamy ma ogromny wpływ na to, jak się czujemy i jaka jest nasza wydajność w pracy.



Zastanawiające jest to, czy stopień zajmowania się wagą w naszym otoczeniu nie jest wyłącznie kwestią mody. Fatszywe przekonanie powszechne w odległych czasach brzmiało, że aktualna średnia waga naszego gatunku jest mniej więcej taka sama jak kiedyś. Wierzone, że zmienił się tylko pogląd na ten temat i system wartości. W dawnych czasach bycie grubym oceniono pozytywnie. Bycie osobą puszczą

było cechą pozytywną. Czego dowodem są wszelkie prace różnych artystów. Dzisiaj taki stan, oceniamy jako nieestetyczny.

Pamiętajmy, że nadwaga, a tym bardziej otyłość nie występuje w przyrodzie, ani w królestwie zwierząt, ani w społeczeństwie. Zjawisko to pojawiło się w dziejach ludzkości wraz z pierwszymi wielkimi cywilizacjami, nadwaga stała się oznaką dobrobytu, ale przywilej ten dotyczył tylko niewielkiej części populacji. Bycie grubym było czymś wyjątkowym. Dawniej artyści przedstawiali raczej ówczesny ideał kobiety, niż odzwierciedlali w swoich dziełach rzeczywistość tamtych czasów. W ten sam sposób, w jaki dzisiejsze pisma kobiece za pomocą smukłych modelek, przedstawiają ideał szczupłej kobiety w świecie ludzi grubych. Dawniej wierzone, że bycie grubym dowodziło, że dana osoba mogła się najadać do syta, dzisiaj wiemy, że w takich krajach jak Stany Zjednoczone czy Rosja, to właśnie wśród biednych czy nawet najbiedniejszych grup społecznych spotykamy najczęściej ludzi otyłych.

12 czerwca 1997 r. oficjalny komunikat WHO wystąpił sygnał alarmowy, oświadczając, że cała nasza planeta cierpi na epidemię otyłości. Statystyki potwierdzają, że to problem ponad połowy populacji wielu krajów. W Europie poziom ten waha się pomiędzy 15 a 25 procent. Pamiętajmy przy tym, że otyłość traktujemy dzisiaj jako chorobę. Stanowi ona bowiem ryzyko wielu chorób, takich jak cukrzyca, problemy naczyniowe, schorzenia serca i układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, wiele rodzajów raka i problemy układu oddechowego. Otyłość ogólnie uważana jest za jedną z pierwszych bezpośrednich lub pośrednich przyczyn śmiertelności. Nadwaga przy tym, jest rozwijającą się otyłością, czy też mówiąc inaczej, otyłość jest rozwinięta forma nadwagi.

Co roku, kilka miesięcy przed sezonem letnim, wszystkie pisma kobiece reklamują za wielkie pieniądze, publikacje dotyczące szczupłej sylwetki. Na okres ten redaktorzy naczelni czekają z niecierpliwością gdyż tak bardzo gwarantuje on dodatkowe zyski. Wśród czytelników pojawia się tak zwany syndrom kostiumu kąpielowego. W każdym czasopiśmie pojawiają się co dziwaczniejsze warianty diet cud (cud będzie jak na niej schudniemy) zalecających pozbycie się od trzech do pięciu kilogramów i mających jedną cechę wspólną – formułę niskokaloryczną. Ich świętą zasadą jest liczenie kalorii a nieskuteczność tej metody jest oczywista. Rozglądając się nawet wokół siebie zauważamy, że osoby które zadręczają się notorycznym liczeniem kalorii mają wiecznie nadwagę. Zasada diety niskokalorycznej jest iluzją. Zaburza ona równowagę pokarmową, co prowadzi w organizmie

do różnego rodzaju niedoborów. Przedstawiając to w sposób uproszczony, jeśli dostarczanie energii do organizmu jest większe niż jej wydatek, to nie wszystko zostanie spalone, a nadmiar energii zostanie odłożony w postaci tłuszczu i człowiek tyje. Możemy wyobrazić sobie trzy sytuacje:

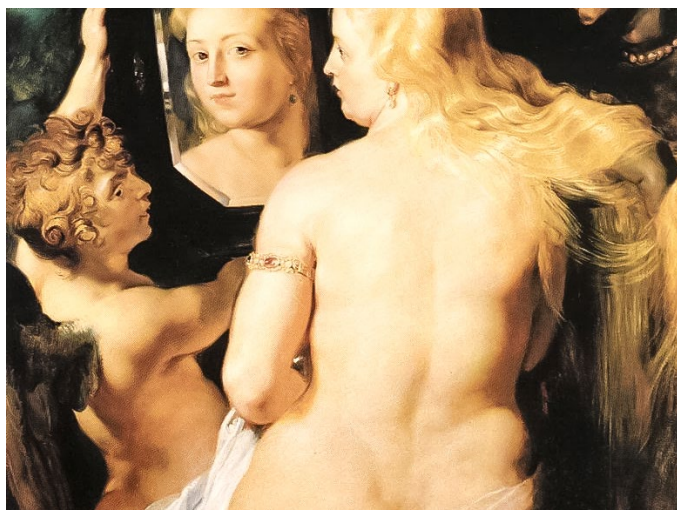
1. jeśli przykładowa osoba potrzebuje 2500 kalorii by zaspokoić swoje dzienne zapotrzebowanie w energię a, przyjmie ich 3000 w ciągu doby, to nadwyżka zostanie zmagazynowana i utyje,
2. jeśli jednak przyjmie tylko 2000 kalorii w ciągu doby, stwarza tym samym niedobór energetyczny, który zmusi organizm do kompensacji, sięgnie on wówczas do zmagazynowanych tłuszczów i dana osoba musi schudnąć,
3. jeśli jednak przyjmie 2500 kalorii, zapewni to równowagę i waga ciała powinna pozostać stabilna.

Rozumowanie to, ignoruje zjawiska adaptacyjne i regulacyjne w organizmie ludzkim. Zaprzecza różnym mechanizmom metabolicznym i neguje szczególnie predyspozycje indywidualne. Otyły człowiek to nie zawsze ten, który za dużo je.

Wszystkie osoby, które kiedykolwiek stosowały dietę niskokaloryczną wiedzą, że na samym początku przynosi pewne rezultaty, jednak nigdy nie pozwala utrzymać i ustabilizować wagi. A najczęściej jest jeszcze gorzej, bo po pewnym czasie zaczyna przybywać kilogramów. Organizm ludzki kieruje się instynktem przetrwania, który wkracza do akcji kiedy poczuje się zagrożony jakimś rodzajem ograniczenia. W miarę ograniczania dowozu energetycznego (przy diecie niskokalorycznej) organizm dopasowuje wydatkowanie energii do dostarczanej ilości, a instynkt przetrwania pcha go jeszcze dalej (do ograniczania wydatków energetycznych), aby zaoszczędzone kilka kalorii ulokować pod postacią rezerw. Instynkt przetrwania odzywa się gdy organizm się zagładza i każe mu gromadzić zapasy. W sytuacji niedoboru organizm nie przepuści żadnej okazji aby zapewnić sobie zapasy, jeśli tylko będzie miał taką możliwość. Osoby z pewnym doświadczeniem w stosunku co do diet niskokalorycznych doskonale wiedzą, że każde najmniejsze odstępstwo od diety kosztuje natychmiastowym zwiększeniem wagi. W przypadku na przykład opuszczania posiłków możemy zaobserwować zjawisko, gdzie organizm na skutek frustracji (spowodowanej opuszczeniem posiłku) wykorzysta następną posiłek do poczynienia nadmiernych zapasów. Na podstawie tego mechanizmu można wytłumaczyć nadwagę u osób, które spożywają jeden lub dwa posiłki dziennie zamiast czterech czy pięciu. cdn.

Agnieszka Hryniewicka

Źródło: M. Montignac, „Tajemnice naszego pożywienia”, Artvitae 2010





W mieście Meksyk znajduje się jedno z najwspanialszych muzeów świata Muzeum Antropologiczne, którego projekt powstał na bazie wzorca ruin świątyni Majów z Uxmal. Wszystkie sale wystawowe otwierają się na rozległe środkowe patio, ocienione przez ogromny czworokątny dach podtrzymywany w niezwykły sposób przez centralny filar, z którego spływają kaskady wody. Kierunek zwiedzania to również „kierunek” historii tej części świata: antropologia, wprowadzenie do Mezoameryki, starożytne cywilizacje. Znajduje się tu cudowna Sala Mexica, poświęcona historii, kulturze i sztuce Azteków, w której znajduje się słynny Kamień Słońca. W Sali Maya można obejrzeć najważniejsze eksponaty i rekonstrukcje archeologiczne kultury Majów, w tym makietę grobu Króla Pacala z Palenque.

Meksykańska Madonna

W północnej części miasta Meksyk znajduje się Bazylika Matki Boskiej z Guadalupe. Sanktuarium to jest religijnym centrum Meksyku, najważniej-

szym i najbardziej znanym miejscem kultu Maryi w obu Amerykach, a Matka Boska z Guadalupe, patronka Meksyku, jest odzwierciedleniem kulturowej różnorodności Meksyku, albowiem jej wizerunek obejmuje zarówno wierzenia katolickie, jak i prekolumbijskie.

U stóp wzgórza przy którym znajduje się sanktuarium miało miejsce pierwsze, oficjalnie uznane przez Kościół, objawienie Najświętszej Maryi Panny w Nowym Świecie. Według relacji w dniach 9 – 12 XII 1531 r. Maryja czterokrotnie ukazała się Indianinowi Cuauhtlatoatzin, ochrzczonego w 1525 r. jako Juan Diega. Pewnego razu ten prosty rolnik, wspinając się na wzgórze, usłyszał kobiety głos należący do pięknej kobiety – Maryi, która powiedziała, że pragnie aby w tym miejscu zbudować jej świątynię. Diego przekazał wiadomość arcybiskupowi, który oczywiście Diegowi nie uwierzył. Matka Boska ukazywała się rolnikowi przez kolejne dni, aż wreszcie dała dowód, jakiego Diego potrzebował – rozkazała zakwitnąć różom (co już było cudem, bo róże nie były tam znane). Juan Diego zebrał kwiaty w chustę

z włókna z kaktusa i zaniósł arcybiskupowi, a kiedy rzucił kwiaty do stóp dostojnika, na chustce pojawił się obraz Matki Boskiej. Obraz Matki Boskiej z Guadalupe to właśnie ta chusta Diego z wizerunkiem Maryi. Postać Maryi umieszczona jest na tle słońca, a pod jej stopami widać księżyc. Rozpuszczone włosy kobiety wskazują na jej paniński stan. Maryja na obrazie jest Metyską, po części Hiszpanką po części Indianką. Odkryta twarz oznacza, że jest człowiekiem, w przeciwieństwie do azteckich bogów, chowających swoje oblicza pod maskami. Na jej szacie znajdują się elementy o ważnym przesłaniu – czarna szarfa wskazuje na bógostawiony stan, sylwetkę okrywa turkusowy płaszcz.

Obraz ten należy do tzw. acheiropitów – nie ręką ludzką uczyniony. Najważniejsze acheiropity w historii chrześcijaństwa to mandylion z Edessy, chusta Weroniki, catun turyński i wizerunek Matki Boskiej z Guadalupe.

Guadalupe jest obecnie, zaraz po Bazylice św. Piotra w Rzymie, największym i najliczniej odwiedzanym katolickim sanktuarium świata – rocz-





nie odwiedza go ok. 16 – 20 mln pielgrzymów. W zbudowanej kilkanaście lat temu nowej bazylice cudowny obraz Madonny znalazł godne miejsce i został tak usytuowany, aby można go podziwiać z każdego miejsca.

Rejs gondolą po kanałach w Xochimilco

To rejs po tzw. pływających ogrodach, położonych ok. 20 km od miasta Meksyk jest miłym odpoczynkiem po zgiełku tego przeludnionego miasta, tym bardziej, że w jego czasie można posłuchać muzykujących na todziach zespołów mariachi.

Miasto Meksyk leży na obszarze aktywnym sejsmologicznie – otaczają go majestatyczny Popocatepeti (5452 m n.p.m.) i Iztaccihuati (5286 m n.p.m.), czule nazywane Popo i Izta. Legenda mówi, że Popocatepeti (w języku nahuatl „Dymiąca Góra”) był wojownikiem zakochanym w Iztaccihuati, pięknej azteckiej księżniczce, która myśląc, że jej ukochany zginął w walce, umarła z żalu. Gdy Popo wrócił cały i zdrowy, złożył jej ciało na wzgórzu, przy którym symbolicznie stoi do dzisiaj jako wieczny strażnik.

Teotihuacan – siedziba bogów

Jest to prekolumbijska metropolia oddalona ok. 40 km od miasta Meksyk, której początki sięgają 200 r. n.e., gdzie można podziwiać wspaniałe piramidy – Aztekowie wierzyli, że właśnie tu powstały Słońce i Księżyc. W XIV i XV w. powstawała stolica imperium Azteków – Tenochtitlan, wówczas budowniczo wie rowali się na stylu Teotihuacan, którego ogrom i piękno są bezdyskusyjne. Widok wspaniałych piramid Słońca i Księżycy oraz Świątyni Pierzastego Węża i ogromnej Alei Zmarłych robią wrażenie do dzisiaj.

Quetzalcoatl – Pierzasty Wąż

Quetzalcoatl to jeden z najważniejszych bogów czczonych przez plemiona środkowej Ameryki. Jego ciało było pokryte kolorowymi piórami

tropikalnego ptaka quetzala. Upierzony jak ptak – był bogiem nieba, a mając ciało węża – był bogiem ziemi. Po raz pierwszy pojawił się w panteonie plemienia Tolteków, jako najbardziej czczony ze wszystkich bóstw. Był kojarzony z dobrobytem, rozwojem i pomyślnym życiem. W legendzie bóg odszedł, bo nie chciał już krwawych ofiar z ludzi, co zakończyło okres spokoju i dobrobytu a rozpoczęło okres chaosu. Quetzalcoatl zapowiedział, że kiedyś powróci, a wielu twierdziło, że powróci aby się zemścić.

Acapulco – mekka czcicieli słońca

Wśród nadmorskich kąpielisk położonych na wschodnim wybrzeżu Pacyfiku wyróżnia się słynne na cały świat Acapulco. Głęboka, półkolista zatoka Acapulco z kuszącymi, złocistymi plażami, błękitne niebo i dobroczynny klimat – wszystko to nadaje niezwykły urok miastu, w którym fiesta mexicana trwa prawie cały rok. W latach 50-tych XX w. Acapulco przeobraziło się w kwitnący nadmorski kurort, przyciągający wielu turystów i śmietankę towarzyską z całego świata, a wielu sławnych i bogatych ludzi miało lub ma tutaj swoje letnie rezydencje. Mimo, że wizerunek tego miasta jako mekki „beautiful people” (pięknych ludzi) nieco przyblakł, jednak po zmroku szyk i styl obejmują miasto we władnię, a większość turystów udaje się do dyskotek, klubów i barów plażowych, a atmosfera niekończących się wakacji udziela się nawet zapracowanym lekarzom z dalekiej północy.

Od 1934 r. ze skalistego cypla la Quebrada na obrzeżach zatoki odbywają się wprawiające w zachwyt i wywołujące groźę skoki do wody. W każdym pokazie bierze udział trzech śmiałków, którzy skaczą z wysokości ok. 45 m do płytkiej wody u stóp klifu, w wąską rozpadlinę otoczoną ostrymi skałami. Muszą to zrobić w odpowiednim momencie, aby trafić na napływającą wysoką falę i nie rozbić się o skały, w wirujących odmętach oceanu. Przed skokiem w przepaść modlą się przy niewielkim ołtarzyku stojącym na wzgórzu. Pokazy odbywają się 5x dziennie, również późno wieczorem, kiedy ostatecznie skoki odbywają się z pochodniami – muszą przyznać, że robi to duże wrażenie.

W Meksyku koniecznie trzeba odwiedzić miasta słynące ze wspaniałych budowli kościołów, pałaców, hacjend – w tym Cuernavaca, miasto w którym przez wieki była rezydencja rodziny Cortesa, Taxco – słynnym ze srebrnych wyrobów jubilerskich i pięknej katedry pod wezwaniem św. Pryscylii, Puebla – miasta aniołów, ze wspaniałą starówką z kościołem Santo Domingo.

Ale największe atrakcje kryje południe kraju z półwyspem Jukatán, bo tam można spotkać się z historią i poczuć jak Indiana Jones... ale wcześniej trzeba przejechać przez środkową część Meksyku, słynnej nie tylko z zabytków z czasów kolonialnych, ale i doskonałej tequili.

Lek. Emilia Paszkowska



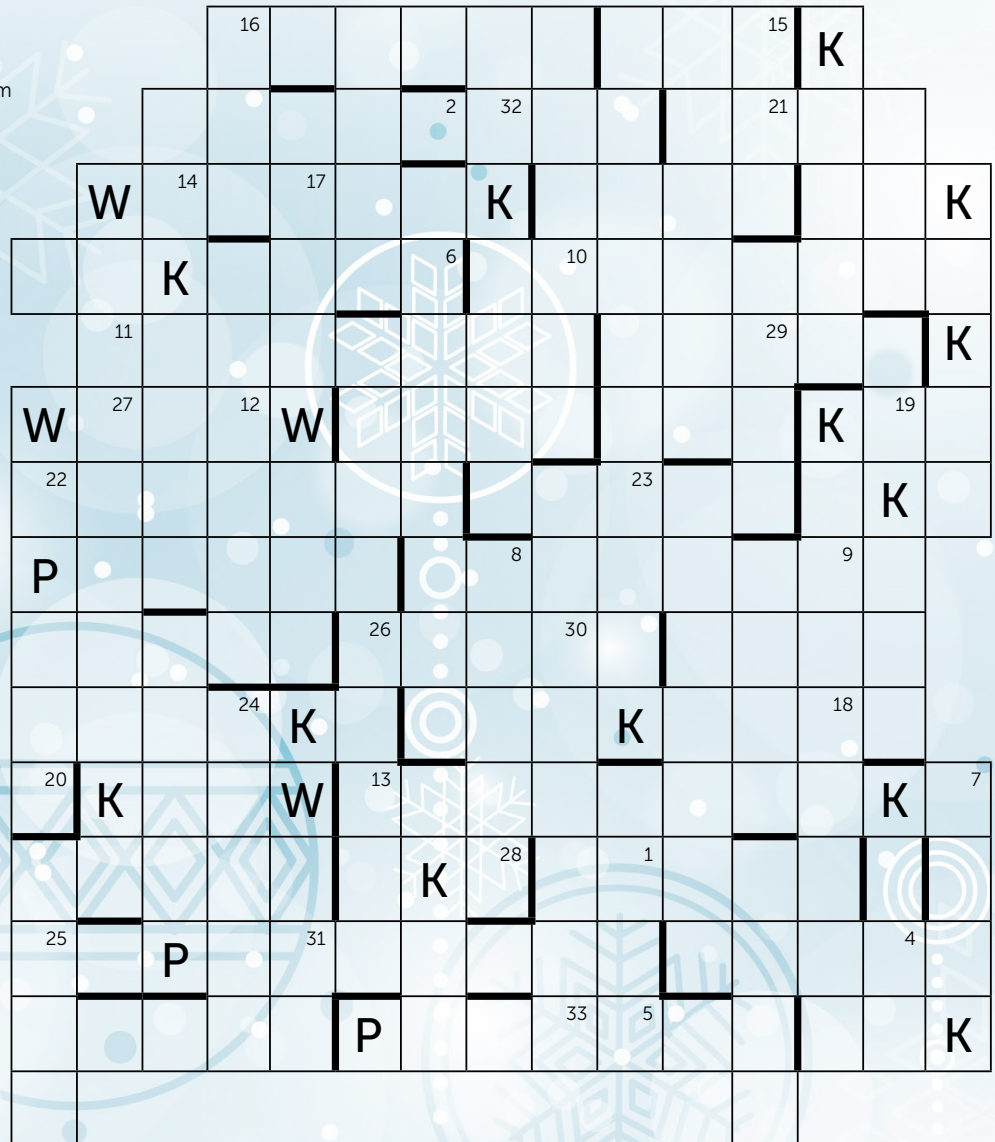
48 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 68 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery K, P i W. Na ponumerowanych polach ukryto 33 litery hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przysłowie wietnamskie.

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

BJER

- narząd pod opieką dr Dowgird
- Bogustaw, gwiazda „Psów”
- truje nad Krakowem
- nad Narwią, z Klasztorem Pomisjonarskim
- między cyrkonem a molibdenem
- śpiewała „Gdzie ci mężczyźni?”
- zielona część pietruszki
- wpada w Lyonie do Rodanu
- pies Stasia i Nel
- krwi do mózgu
- sok do wyrobu wina
- port przy granicy Chile i Peru
- miesiąc zakochanych
- premier Indii (1991-96)
- motyl nocny
- gęsta pačka kukurydziana
- tor F1 w San Marino
- irańskie złotówki
- kolega igreka
- zwana darem życia
- świętynia buddyjska
- ogród skalny
- indyjska wdowa na stosie
- bagażowy w samolocie
- najmniejsza porcja energii
- w muz. tkliwie, z uczuciem
- imię twórcy „Układu”
- stopień na świadectwie
- fenicka stworzycielka bogów
- piersi kobiety
- ujęcie podziemnych gorących wód
- astrowata do wyrobu kawy zbożowej
- port w pd. Erytrei
- cel w konkurencji trap lub skeet
- proces tworzenia komórki jajowej
- najważniejsze słowo podczas ślubu
- dzielnica Kaczyńskich i Kuronia
- domena Radwańskiej
- prezydent Portugalii (1976-86)
- atak płaczu, spazmy
- prasa nad pralką
- Tadmur, z niszczoneymi zabytkami
- awanturnik
- do zimowego opalania
- nauka o winie
- ... ne va plus
- cierń róży
- cząstki rozproszone w gazie
- Oskar sztuki telewizyjnej
- odcinek ręki łączący się z przedramieniem
- coś udaje, błądziuje
- wyspa naprzeciw Rochefort
- zakończenie sonaty



- napój, krewny czekolady
- jaja ryb
- kraina historyczna między Prutem a Dniestrem
- potwierdza regułę?
- wąż dusiciel z Amazonii
- efekt korozji
- między samarem a gadolinem
- sptywa wiosną
- kraj z Bagdadem
- strach, przerażenie
- państwo i dynastia w pn. Chinach
- spec od grzybów
- miasto nad Kamą poniżej Solikamska
- tajniki
- tumor

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31	32	33			

Rozwiązanie krzyżówki nr 47 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 48): „**Kto się boi jest niewolnikiem.**” Nagrodę otrzymuje Katarzyna Czaboryk- Sekretariat i kancelaria. Gratulujemy! Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



Niech wam święta miłe będą, z dźwiękiem śpiewu i kolędą.
REDAKCJA