



KINAESTHETICS

warsztaty z nowatorskiej opieki nad obłożnie chorymi

str. 13-17

PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Olsztynie

Redaktor naczelna

Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny

Alicja Biernacka
Elżbieta Majchrzak-Kłockocka
Przemysław Prais

Stata współpraca

Jerzy Badowski
Piotr Markiewicz
Emilia Paszkowska
Hanna Taraszkiewicz

Zdjęcia udostępnił

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.

- 3 Mapy potrzeb zdrowotnych priorytetem w ochronie zdrowia
- 4 Europejskie badania punktowe zakażeń szpitalnych (PPS)
- 6 Dni nauki - Duże zainteresowanie spotkaniem „Debiut taty i mamy- czekamy na dziecko”
- 7 Dni nauki - Hartowanie ciała i ducha
- 8 Dni nauki - Bo w położnictwie jest jak w życiu „wszystko zdarzyć się może”
- 10 Dni nauki - Doradca laktacyjny
- 11 Dni nauki - Pierwsza pomoc musi być prosta i skuteczna
- 12 Nowa kierownik Apteki Szpitalnej
- 13 KINAESTHETICS warsztaty z nowatorskiej opieki nad obłożnie chorymi
- 18 Pamięć i jej zagadki cz. 21
- 20 Biopsja gruboigłowa wspomagana próżnią
- 23 Dział Gospodarczy istotny element funkcjonowania Szpitala
- 24 Odkrywamy Amerykę - Zachodnie wybrzeże USA
- 27 Jolka Szpitalna



Mapy potrzeb zdrowotnych priorytetem w ochronie zdrowia

W ostatnim okresie dużo się mówi i pisze na temat priorytetów w ochronie zdrowia, niestety okazuje się, że nadużywamy tego określenia, nie zawsze je jednakowo rozumiemy, bywa, że zrozumieć się nie da, bo jest po prostu niespójne.

Warto rozpocząć merytoryczną debatę w celu uporządkowania naszej wiedzy na temat roli jaką priorytety odgrywają w ochronie zdrowia. Myślę, że zdecydowana większość zgodzi się z tezą, że priorytetów mamy w nadmiarze, wszyscy je ogłaszają z przekonaniem, ale bez próby odpowiedzi do kogo są kierowane, kto powinien być głównym beneficjentem danego priorytetu, kto egzekutorem, w jakim celu chcemy je realizować i jakie efekty zamierzamy osiągnąć.

Ogłaszane są z różnych poziomów ochrony zdrowia jako rzeczy pewne, ostatecznie obowiązujące, których nie należy, czy nie wypada poddawać w wątpliwość, ale niestety rzadko są podparte obiektywnymi dowodami, zwłaszcza gdy dotyczą zakresów świadczeń zdrowotnych. Nie jest łatwo znaleźć racjonalną odpowiedź dlaczego endoproteza stawu biodrowego jest ważniejsza od endoprotezy stawu kolanowego, a zabieg usunięcia zaćmy od witrektomii, dlaczego pacjent onkologiczny ważniejszy jest od pacjenta nefrologicznego, a kardiologiczny od dermatologicznego.

Oczywiście w tej samej kwestii inny będzie punkt widzenia płatnika, inny świadczeniodawcy a jeszcze inny świadczeniobiorcy, czyli pacjenta. Zatem kwestią oczywistą staje się potrzeba uporządkowania priorytetów w ochronie zdrowia, znalezienia kryteriów i obszarów w systemie ochrony zdrowia, czy polityki zdrowotnej celem właściwego i zasadnego priorytetyzowania złożonych problemów i zakładanych celów w polskim systemie ochrony zdrowia. Dyskusje i prace nad tym zagadnieniem warto rozpocząć od zdefiniowania słowa priorytet.

Priorytet:

1. **pierwszeństwo przysługujące lub przyznane czemuś**
2. **sprawa szczególnie ważna, która musi być załatwiona w pierwszej kolejności**

W ostatnim okresie niekwestionowanym priorytetem w ochronie zdrowia było tworzenie map potrzeb zdrowotnych. Dokumenty te powstały, żeby Polska mogła sięgnąć po unijne pieniądze oraz żeby lepiej planować wydatki na inwestycje w ochronie zdrowia. Opublikowane mapy potrzeb zdrowotnych to obszerne dokumenty zawierające między innymi dane na temat liczby szpitali w regionie, liczby łóżek w danych zakresach, liczby sal operacyjnych, ich wykorzystania, wyposażenia szpitali w sprzęt, liczby wykonywanych zabiegów, czasu hospitalizacji. Z map potrzeb dowiadujemy się też ile mamy personelu medycznego i jakie jest zapotrzebowanie na poszczególne świadczenia zdrowotne. Ważnym elementem map są prognozy do 2029 roku przedstawione w kilku wariantach, krótko mówiąc są analizą stanu i wykorzystanych zasobów, są fotografią dnia dzisiejszego.

Zastanówmy się zatem, czy zasadnie potraktowano tworzenie map potrzeb zdrowotnych priorytetowo, dlaczego dano pierwszeństwo, rolę pierwszoplanową mapom potrzeb zdrowotnych. Opracowania map zażądała od nas Unia Europejska. W perspektywie finansowej na lata 2014-



2020 Polska uzyskała ok.12 mld złotych na realizację inwestycji w obszarze ochrony zdrowia. Publikacja map potrzeb to warunek uruchomienia unijnych pieniędzy. Na ich podstawie oceniana będzie też zasadność przeprowadzenia inwestycji w rozbudowę szpitala, czy zakupu sprzętu.

Mapy mają być również podstawą kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Mamy sprecyzowane, konkretne, ważne dla Regionu i mierzalne cele, nawet jeśli mapy zawierają niezbyt precyzyjne dane, bo jak wiemy pochodzą głównie z danych sprawozdawanych do NFZ. Mapy potrzeb zdrowotnych będą przydatne nie tylko na poziomie Regionu: wojewodom, samorządom, dyrektorom, ale również na poziomie rządowym, a nawet pacjentom, którzy będą mogli wybrać szpital wykonujący najwięcej operacji, czy najlepiej wyposażony.

Możemy zaryzykować wniosek, że ujęcie priorytetów w kontekście map potrzeb zdrowotnych jest zasadne, mamy konkretne cele, obiektywne dane i wielu beneficjentów, możemy również ocenić efekty poprzez mierzalne wskaźniki, możemy je monitorować, porównywać między regionami, czy ze średnimi wskaźnikami krajowymi, czy europejskimi.

Natomiast ustalanie priorytetów na poziomie zakresów świadczeń zdrowotnych nie powinno mieć miejsca. Świadczeniodawcy powinni być egzekutorami ustalonych priorytetów na poziomie wyższym, czyli w opisanym przypadku na poziomie map potrzeb zdrowotnych.

Przedstawienie i krótkie omówienie roli priorytetów w ochronie zdrowia w kontekście map potrzeb zdrowotnych i zakresów świadczeń zdrowotnych pokazuje, że uporządkowanie naszej wiedzy na temat roli jaką priorytety odgrywają w ochronie zdrowia w Polsce wymaga bezspornie wielu merytorycznych dyskusji, które dostarczą dowodów wskazujących cel i metody jego osiągnięcia, spójne, obiektywne i uniwersalne dla każdego uczestnika systemu ochrony zdrowia.

Irena Kierzkowska
Dyrektor Szpitala



Europejskie badania punktowe zakażeń szpitalnych (PPS)



W 2014 r. do krajowych badań PPS przystąpiło 109 szpitali, w tym Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, który został zakwalifikowany do przeprowadzenia badania. Na terenie województwa warmińsko mazurskiego w tych badaniach biorą udział tylko dwa szpitale.

Zakażenia szpitalne są niewątpliwym zagrożeniem dla zdrowia człowieka. Z danych Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) wynika, że zakażenia szpitalne występują u około 7% hospitalizowanych pacjentów.

Według Rady Europy dane na temat zakażeń szpitalnych nie zawsze są miarodajne. Dlatego w dniu 9 czerwca 2009 r. Rada Unii Europejskiej uchwaliła rekomendacje w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną.

Brak jednolitego systemu nadzoru nad zakażeniami utrudnia porównania jak i monitorowanie epidemiologiczne czynników etiologicznych zakażeń szpitalnych. Międzynarodowy zespół ekspertów opracował jednolite definicje i kryteria rozpoznawania zakażeń i stosowania antybiotyków wraz z metodologią ich prowadzenia. Zdefiniowano zakażenie szpitalne związane z opieką zdrowotną, jako „dowolną chorobę lub patologię związaną z obecnością zarazka lub

jego produktów w związku z kontaktem z obiektami opieki zdrowotnej, zabiegami opieki zdrowotnej lub zabiegami leczniczymi”.

Cel badania PPS

Badanie PPS prowadzone jest we wszystkich krajach w oparciu o powyżej wymienione wytyczne i wystandardyzowaną metodologię, co jest atutem badania.

Badania punktowe zakażeń szpitalnych mają na celu ocenę częstości występowania zakażeń szpitalnych, stosowania antybiotyków w populacji pacjentów z różnych specjalności medycznych i różnych czynników ryzyka.

Istotą badania jest określenie chorobowości punktowej, tzn. liczby pacjentów, którzy ulegli zakażeniu szpitalnemu w danej chwili w stosunku do liczby aktualnie hospitalizowanych. Zapadalność, która określa, jaki odsetek pacjentów ulega zakażeniom szpitalnym w określonym przedziale czasowym np. rok, nie zawsze jest odzwierciedleniem rzeczywistej liczby zakażeń.

Określenie chorobowości punktowej jest zdecydowanie prostsze niż określenie zapadalności na zakażenia szpitalne, w związku z tym powinno być stosowane częściej.

Podczas tego badania zbierane są również informacje dotyczące infrastruktury szpitala, tj. liczby sal jednoosobowych, zużycia alkoholowego preparatu do dezynfekcji rąk oraz ilości niezbędnego personelu kontroli zakażeń.

Koordynatorem badań jest Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu we współpracy z Zakładem Epidemiologii i Mikrobiologii Klinicznej Narodowego Instytutu Leków w Warszawie.

W 2014 r. do krajowych badań PPS przystąpiło 109 szpitali w tym Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, który został zakwalifikowany do przeprowadzenia badania, natomiast w 2015 r. do krajowych badań PPS przystąpiło już 158 szpitali. Na terenie województwa warmińsko mazurskiego w tych badaniach biorą udział tylko dwa szpitale.

W celu przeprowadzenia badań w naszym Szpitalu niezbędnym było odbycie szkolenia przez pielęgniarkę epidemiologiczną w ośrodku koordynującym badanie.

Następnie Szpitalowi przydzielono unikatowy kod, oprogramowanie do wprowadzania danych, w tym formularze, książkę kodów oraz protokół badań.

Badania prowadził zespół powołany na mocy Zarządzenia Dyrektora, w skład którego wchodził: przewodnicząca Zespołu Kontroli Zakażeń, pielęgniarki epidemiologiczne, mikrobiolog oraz członek Komitetu Terapeutycznego.

Najtrudniejszym elementem przeprowadzenia badań było opracowanie ich harmonogramu, aby jak najlepiej dostosować go do pracy w poszczególnych oddziałach. Badania musiały być przeprowadzone w jak najkrótszym czasie

z zaangażowaniem również personelu danego oddziału.

Pierwsze badanie przeprowadzono w dniach 3-18.06.2014 r., drugie badanie 25-28.05.2015 i trzecie badanie 10-17.05.2016 r.

Uzyskane dane zostały wprowadzone do dostarczonego oprogramowania, a następnie przesłane do ośrodka koordynującego badanie PPS w Polsce. Na podstawie zebranych danych Zespół przeprowadził wstępne obliczenia wyników. Analiza badań punktowych pokazuje rzeczywisty odsetek pacjentów, którzy ulegają zakażeniom szpitalnym.

Uzyskany wynik w WSS wskazuje na to, że określenie chorobowości pozwala nam na podejmowanie skutecznych interwencji mających na celu wykrywanie i redukcję zakażeń szpitalnych w naszej placówce.

Bardzo ważnym elementem w profilaktyce zakażeń jest higiena rąk. Z przeprowadzonych badań PPS wynika, że zużycie alkoholowego środka do dezynfekcji jest niewystarczające zarówno w skali naszego Szpitala, Polski jak i Europy.

Zamierzeniem Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych w naszym Szpitalu jest prowadzenie badań PPS częściej niż jeden raz w roku. Bezpośredni kontakt z personelem medycznym uwrażliwia pracowników na problem związany z zakażeniami szpitalnymi. Szpital co roku uzyskuje certyfikat poświadczający udział w działaniu punktowym.

mgr Ewa Pietrusińska specjalista

ds. epidemiologii

mgr Katarzyna Grabowska specjalista

ds. epidemiologii

Rok badania	Liczba wszystkich zakażeń szpitalnych (zapadalność)	Liczba zakażeń szpitalnych (badanie PPS -chorobowość)
2014	468 - 2,02%	19 - 5,9%
2015	590 - 2,63%	29 - 10,01%
2016 pierwsze półrocze	460 - 3,78%	36 - 11%



CERTYFIKAT

Dla

Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie

poświadczający udział w 2015r.* w badaniu punktowym występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną i zużycia antybiotyków (PPS HAI&AU) zgodnym z metodologią opracowaną przez ECDC

Dr Ewa Trejnowska

Koordinator badania PPS zakażeń szpitalnych w Polsce

Prof. dr hab. med. Waleria Hryniewicz

Przewodnicząca Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków

Dr Aleksander Deptuła

Krajowy koordinator badania PPS zakażeń szpitalnych w Polsce

Szkolenie przeprowadzono ze środków finansowych będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach programu zdrowotnego pn.: "Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015"

*Certyfikat ważny do 30.09.2016

DNI NAUKI



Duże zainteresowanie spotkaniem „Debiut taty i mamy- czekamy na dziecko”



Kilkadziesiąt osób wypełniło 21 września salę audytorijną Wojewódzkiego Szpitala Wojewódzkiego w Olsztynie, by wysłuchać wykładów naszych specjalistek o przebiegu ciąży, porodzie i pierwszych tygodniach życia noworodka w ramach 14 edycji Olsztyńskich Dni Nauki i Sztuki organizowanych przez Uniwersytet Warmińsko-Mazurski.

Na spotkanie przybył m.in. prof. Jerzy Jaroszewski, prorektor ds. nauki UWM i koordynator Dni Nauki i Sztuki, zasiadający także w Radzie Społecznej Szpitala Wojewódzkiego.

Przed rozpoczęciem wydarzenia spytałem uczestników, czego po nim oczekują. – Liczę na konkretne informacje dotyczące np. zawar-

tości torby, którą zabiorę ze sobą do szpitala, czy sposobów udzielania pierwszej pomocy – powiedziała pani Julita Mrozek, która przyszła na wykłady razem z mężem. – To nasze pierwsze dziecko, więc chcemy dowiedzieć się jak najwięcej – stwierdził pan Adam.

W trakcie trzygodzinnego spotkania, które otworzyła dyrektor Szpitala Irena Kierzkowska, położne objaśniały najważniejsze kwestie dotyczące macierzyństwa i ojcostwa. Małgorzata Dręzek-Skrzeszewska, oddziałowa Oddziału Ginekologii Onkologicznej WSS w Olsztynie omówiła m.in. higienę okresu ciąży, metody radzenia sobie z dolegliwościami w tym czasie oraz co powinno znaleźć się w torbie przyszłej mamy jadącej do szpitala. O porodzie, towarzyszącym

mu bólowi, sposobach na stres oraz pierwszej, niezwykle ważnej godzinie po przyjściu dziecka na świat opowiadała następnie Jowita Dubel-Mikułska z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

Z kolei położna Mariola Bugnacka z Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka szczegółowo przedstawiła najczęstsze problemy w karmieniu piersią i sposoby na radzenie sobie z nimi. O potogu zaś i roli ojca w tym okresie opowiedziała Beata Binek, położna oddziałowa Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.

W trakcie wykładów nie brakowało pytań ze strony zarówno przyszłych, jak i obecnych mam, które pytały m.in. o skutki porodu przez cesarskie cięcie, czy sposobach gromadzenia mleka dla przedwcześnie urodzonych bliźniaków.

Ostatnim tematem spotkania było udzielanie pierwszej pomocy kobiecie ciężarnej i noworodkowi. Podczas wykładu Izabeli Godlewskiej, lekarki ze Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego uczestnicy dowiedzieli się m.in., że przede wszystkim nie należy się bać, że przez niefachowe czynności możemy w jakiś sposób zaszkodzić osobie, która np. nie oddycha. – Taki człowiek nie może się już czuć gorzej, dlatego naszymi działaniami, możemy mu tylko pomóc – mówiła dr Godlewska, która następnie przedstawiła najistotniejsze wiadomości dotyczące postępowania w przypadkach zagrożenia życia.

Wśród uczestników znalazła się grupa młodzieży z IX Liceum Ogólnokształcącego w Olsztynie. – Przyszliśmy do Szpitala Wojewódzkiego, by dowiedzieć się głównie o zasadach udzielania pierwszej pomocy – powiedziała Monika Milewska, nauczycielka biologii, która wraz z doradcą zawodowym Robertem Gawrońskim opiekowała się uczniami klasy II b o rozszerzonym profilu biologicznym. – Ucieszyliśmy się, że Szpital zorganizował takie przedsięwzięcie i z chęcią przyjęlibyśmy zaproszenie na kolejne, szczególnie dotyczące ratownictwa medycznego.

Także sami uczniowie nie ukrywali zadowolenia z uczestnictwa w spotkaniu. – Dowiedzieliśmy się wielu ciekawych rzeczy – mówili zgodnie.





Hartowanie ciała i ducha

O tym jak najlepiej przygotować się do porodu mówi Małgorzata Dręzek-Skrzeszewska, położna oddziałowa Oddziału Ginekologii Onkologicznej.

O czym powinni wiedzieć przyszli rodzice zanim nadejdzie chwila porodu?

- Czas oczekiwania na dziecko, jego narodziny a potem pierwsze dni i tygodnie poświęcone na opiekę nad nim to okres niezwykły. Narodziny dziecka to „Wielka Zmiana” - w trybie życia, w priorytetach i dokonywanych wyborach. Uważam, że warto się do niej przygotować jak najlepiej. Należy zahartować nie tylko ciało, ale również ducha, ponieważ prawidłowy przebieg porodu w dużej mierze zależy od tego czy rodząca kobieta będzie potrafiła zrelaksować się w odpowiednich momentach. „Hartowanie ducha” to forma przygotowania pozytywnego nastawienia, treningu autogennego oraz wizualizacji. Dużą rolę odgrywają tutaj właśnie szkoły rodzenia.

Na czym polega szkoła rodzenia i co daje przyszłej mamie, tatusiowi?

- Szkoły rodzenia działają w myśl zasady, aby jak najlepiej przygotować przyszłych rodziców do odnalezienia się w nowej roli, a dzień porodu stał się dla obojga najważniejszym i zarazem najpiękniejszym dniem w życiu. Dlatego takie pla-

cówki tworzą dla rodziców przyjazne miejsce i program, który pomoże przygotować się zarówno do porodu, jak i początków macierzyństwa. Dzielimy się z uczestnikami zajęć wiedzą, aby mogli dokonywać świadomych wyborów, zgodnych z własnymi przekonaniami i preferencjami. W ofercie proponujemy rozmaite zajęcia i spotkania: warsztaty dla kobiet i partnerów, przygotowujące do aktywnego porodu i pierwszych tygodni rodzicielstwa, ćwiczenia dla kobiet w ciąży zawierające również naukę relaksu, warsztaty z masażu niemowlęcego, masażu łagodzącego ból porodowy, a także zajęcia dla kobiet we wczesnej ciąży i edukujemy w zakresie laktacji.

Czy Szkoła oferuje tylko ćwiczenia fizyczne, czy także wiedzę na temat pielęgnacji dziecka?

- Program typowej szkoły obejmuje cykl wykładów o rozwoju wewnątrzmacicznym dziecka, o przebiegu ciąży, porodu i potogu; wprowadza w tajniki naturalnego karmienia, zawiera też praktyczną naukę opieki nad noworodkiem, jego kąpieli i pielęgnacji. W wielu szkołach rodzenia w czasie zajęć można zwiedzić oddział położniczy. Wykładowcy starają się nauczyć kobiety odpowiednich zachowań, sposobów oddychania i parcia. Wiele szkół oferuje także spotkania po porodzie, grupy wsparcia dla matek karmiących, naukę masażu niemowlęcego oraz gimnastykę w potogu.

Co powiedziała Pani kobiecie, która panicznie boi się porodu?

Jak można ją wspierać?

- Najważniejsze jest pozytywne nastawienie. Ma ono pomóc aktywnie i świadomie przeżyć poród, minimalizując poczucie lęku i niepokoju. Lęk ten przeważnie związany jest z wyobrażeniem o bólu, brakiem kontroli nad swoim ciałem, co może zakłócić przebieg porodu oraz utrudnić kontakt rodzącej z personelem medycznym. Nie minimalizuje go na pewno skłonność naszego społeczeństwa do straszenia porodem. Chyba każda ciężarna spotyka się z opowieściami kobiet, które już rodziły, o tym „jak bardzo bolało”, „ile godzin trwało”, czy też „o horrorze na porodówce”, powodujące panikę u ciężarnej już podczas pierwszych trudnych chwil na sali porodowej. Są różne sposoby łagodzenia bólu porodowego, nie jest on czymś, czego nie da się znieść. Nasze ciało jest tak skonstruowane, aby pomóc przetrwać ciężki strach, dodać siły oraz pomóc szybko zapomnieć o bólu, zalewając pełnią szczęścia na widok dziecka. Aby dobrze przygotować się do porodu należy unikać analizowania cudzych historii i skupić się na informacjach uzyskanych od profesjonalistów – lekarzy, położnych czy też instruktorów szkół rodzenia.

Barbara Szymczuk





Bo w położnictwie tak jak w życiu „wszystko zdarzyć się może”

O pasji do zawodu rozmawiam z położnymi Oddziału Ginekologiczno – Położniczego: Beatą Binek, położną oddziałową Oddziału i położną Jowitą Dubel-Mikulską.

Proszę powiedzieć czy i jak zmieniła się świadomość przyszłych rodziców dotycząca wiedzy na temat porodu jeżeli porównamy to z okresem np. ok. 20 lat wcześniej?

Beata Binek, położna oddziałowa

- Obecnie rodzice są bardziej świadomi swoich praw. W dobie Internetu i czasów „wujka Google” dostęp do szeregu różnych informacji na temat ciąży, porodu, potęgu jest znacznie większy. Rośnie liczba rodziców uczestniczących w zajęciach szkoly rodzenia. Kiedy przychodzą do szpitala mają świadomość, co będzie działo się w trakcie porodu. Poza tym część pacjentek przychodzi ze swoim planem porodu albo jest on tworzony we współpracy z położną już w oddziale. To w planie rodzice mogą zawrzeć swoją „wizję” porodu. 20 lat temu nie było takiej możliwości.

Jak często tatusiowie biorą udział w porodach rodzinnych?

- Porody rodzinne i tata przy porodzie to w tej chwili standard. Poród jest swoistym, ekstremalnym egzaminem, dla obojga rodziców. Obecność partnera wpływa na samopoczucie kobiety i jej poczucie bezpieczeństwa. Należy jednak pamiętać, że musi to być decyzja obojga. Każda rodząca powinna odpowiedzieć sobie na pytanie czym dla niej jest bliskość partnera przy porodzie. Ojciec dziecka powinien porozmawiać z partnerką o jej oczekiwaniach i jego niepokojach. Wielu partnerów zbliża się do siebie po wspólnym porodzie. Dopiero na sali porodowej panowie zdają sobie sprawę jaki wysiłek musi ponieść kobieta, aby urodzić ich wspólne maleństwo i jak to się ma do trudów na siłowni albo pracy przy komputerze, nabiera szacunku i kocha partnerkę bardziej.

Czy w takich porodach uczestniczą też inne bliskie osoby?

- Pobyt w szpitalu pacjentki nie jest odosobnieniem, a więcej rodzinne i przyjaźnie nie zostają przed budynkiem szpitala. Rodząca zachowuje prawo do wsparcia ze strony osób bliskich, gwarantują to prawa pacjenta. Zatem niedopuszczalne jest ograniczenie wsparcia rodzącej wyłącznie do ojca dziecka. Przy porodzie może towarzyszyć matka, siostra, teściowa, przyjaciółka jeżeli jest takie życzenie pacjentki. Rodzące korzystają z tego prawa.



od góry: J. Dubel-Mikulska, M. Bugnacka, M. Drezek-Skrzeszewska, B. Binek

Udział rodziny w porodzie pomaga czy przeszkadza personelowi medycznemu?

- Wsparcie i opieka ze strony bliskich osób jest wsparciem dla rodzącej i nie zwalnia personelu medycznego z wykonywania swoich obowiązków, a może stanowić jedynie uzupełnienie. Obecność osób bliskich jest bardzo pomocna w łagodzeniu bólu porodowego, a to ułatwia prowadzenie porodu. Czasem łatwiej jest dopytać się o coś partnera niż rodzącą. Zdarza się jednak, że na sali porodowej mamy „dwoje pacjentów”, a to już trochę komplikując pracę. Ale dajemy radę.

Ile porodów rocznie odbieranych jest w naszym Szpitalu?

- Na przestrzeni ostatnich lat wzrasta liczba porodów w naszym szpitalu mimo tzw. niżu demograficznego. Jesteśmy oddziałem III stopnia referencyjności, co wiąże się z hospitalizacją pacjentek z ciążą powikłaną, zgodnie z obowiązującym standardem postępowania medycznego w niektórych chorobach wiktających ciążę oraz

niepowodzeniach położniczych. Powoduje to znaczny wzrost liczby porodów. Dla przykładu w roku 2014 odbyło się w naszym szpitalu 1440 porodów, w 2015 – 1626, a do potowy września br. już 1315 porodów. Widać zatem tendencję wzrostową.

Czy lubi Pani swoją pracę?

- Lubię swoją pracę, chociaż do zawodu trafiłam trochę „przez przypadek”. Praca jest nietatwą, bardzo odpowiedzialna, ale dająca ogromną satysfakcję. Obecnie pełnię funkcję położnej oddziałowej i większość czasu zajmuje mi praca związana z zarządzaniem oddziałem, tym bardziej cenię sobie każdą chwilę, którą mogę poświęcić pacjentkom. Kiedyś napisałam pracę pod tytułem: „Polożna – profesja, pasja czy powołanie?” Z wywiadów, które przeprowadziłam wynikało jasno, że tego zawodu nie da się wykonywać, utrzymując zdrowie psychiczne bez pasji i powołania. Natomiast profesji można się wyuczyć, nie wystarczy ona jednak, aby być „dobrą położną”. W pełni zgadzam się z tymi poglądami.

Co w niej jest najbardziej ciekawego?

- Praca położnej przynosi satysfakcję i radość, ale też smutek i stres. Bo w położnictwie tak jak w życiu „wszystko zdarzyć się może”. Bierzymy w tym udział, bo na to składa się nasza praca. Nie ma miejsca na rutynę, przyzwyczajenia i pewność siebie. Każda pacjentka to inna historia, tak jak nie ma takich samych ludzi, tak również nie ma takich samych porodów. Czy to w swojej istocie nie jest ciekawe?

Czy zdarzyło się coś takiego w Pani karierze zawodowej, co utkwiło szczególnie w Pani pamięci?

- Pracuję w szpitalu już długo i mam wiele różnorodnych wspomnień. Najbardziej cieszę zadowolone buzie rodziców maluchów, kiedy szczęśliwi razem opuszczają szpital. Nie mam jednak szczególnych wspomnień konkretnych przypadków, bo jak już powiedziałam wcześniej nie ma takich samych ludzi i porodów. W pamięci tkwią jednak przypadki, kiedy w pełnej mobilizacji całego zespołu ratujemy życie matki i dziecka.

Jak często kobiety rodzą ze znieczuleniem. Czy taki poród jest bezpieczny i jakie są przeciwwskazania do znieczulenia?

Jowita Dubel-Mikulska, położna

- Znieczulenie zewnątrzoponowe to najskuteczniejszy sposób uśmierzania bólu porodowego, ale wiele kobiet obawia się takiego znieczulenia, bo słyszało o nim różne opinie. Uspokajamy: większość tych obaw jest nieuzasadniona, a powikłania po znieczuleniu zewnątrzoponowym (zso) przy porodzie zdarzają się naprawdę rzadko. Częstym źródłem niepokoju ciężarnej, a nawet kobiety dopiero planującej ciążę, jest ból porodowy. Współczesna medycyna oferuje rodzącej skuteczny oręż w walce z tym bólem. Pojawienie się w położnictwie znieczulenia zewnątrzoponowego było przełomem – eliminuje ono ból, ale nie zaburza czucia skurczów macicy, co pozwala na aktywne uczestnictwo w porodzie. Dostęp do znieczulenia daje rodzącej poczucie komfortu i bezpieczeństwa. Znika strach, wptywający paraliżująco na rodzącą, a tym samym niekorzystnie na przebieg porodu. Jednak nie należy z góry nastawiać się na konieczność założenia zso. Większość kobiet, przy odpowiednim wsparciu ze strony personelu, doskonale obywa się bez tego. Ważna jest natomiast świadomość, że w razie potrzeby możliwe jest szybkie znieczulenie.

Wiele rodzących zadaje sobie pytanie czy są przeciwwskazania do znieczulenia zewnątrzoponowego? Jedynym przeciwwskazaniem do jego wykonania jest zaburzenie krzepnięcia krwi u przyszłej mamy lub zakażenie występujące w miejscu planowanego wprowadzenia cewnika. Znieczulenie zewnątrzoponowe w naszym szpitalu jest nieodpłatne, odbywają się one od wielu lat.

Od września br. obowiązuje uregulowanie praw na mocy rozporządzenia ministra zdrowia o łagodzeniu bólu porodowego.

Jakie inne metody łagodzenia bólu stosuje się w naszym Szpitalu?

- Z innych farmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego dostępnych w naszym szpitalu jest stosowany podtlenek azotu z którego duża ilość rodzących korzysta. Położne pracujące na sali porodowej wspierają każdą rodzącą, przedstawiają możliwość korzystania z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego, które są wspaniałą alternatywą dla wszystkich rodzących. Metody te w pozytywny sposób „wspierają” naturalny przebieg porodu, gdyż koncentrują się przede wszystkim na rozluźnieniu ciała rodzącej. Do stosowanych niefarmakologicznych metod należą techniki oddychania, masaż, immersja wodna, które rozluźniają ciało. Rodzące mogą korzystać z muzykoterapii. Położne zachęcają pacjentki do stosowania pozycji wertykalnych, które bardzo pozytywnie wpływają na przebieg porodu. Chcielibyśmy w najbliższym czasie zakupić TENS, który działa poprzez stymulację przyczyniając się do uwolnienia endorfin oraz blokowania przewodzenia bodźców bólowych do mózgu (zdjęcie niżej).

Czy lubi Pani swoją pracę?

- Kocham swoją pracę, kocham to, co robię. Każdy, kto wykonuje swój wymarzony zawód wie, o czym mówię. Jestem szczęśliwa, bo każdego dnia mogę powiedzieć: „Nazywam się Jowita Dubel, jestem położną i jestem z tego dumna”. Moment, który sprawia, że serce bije szybciej,

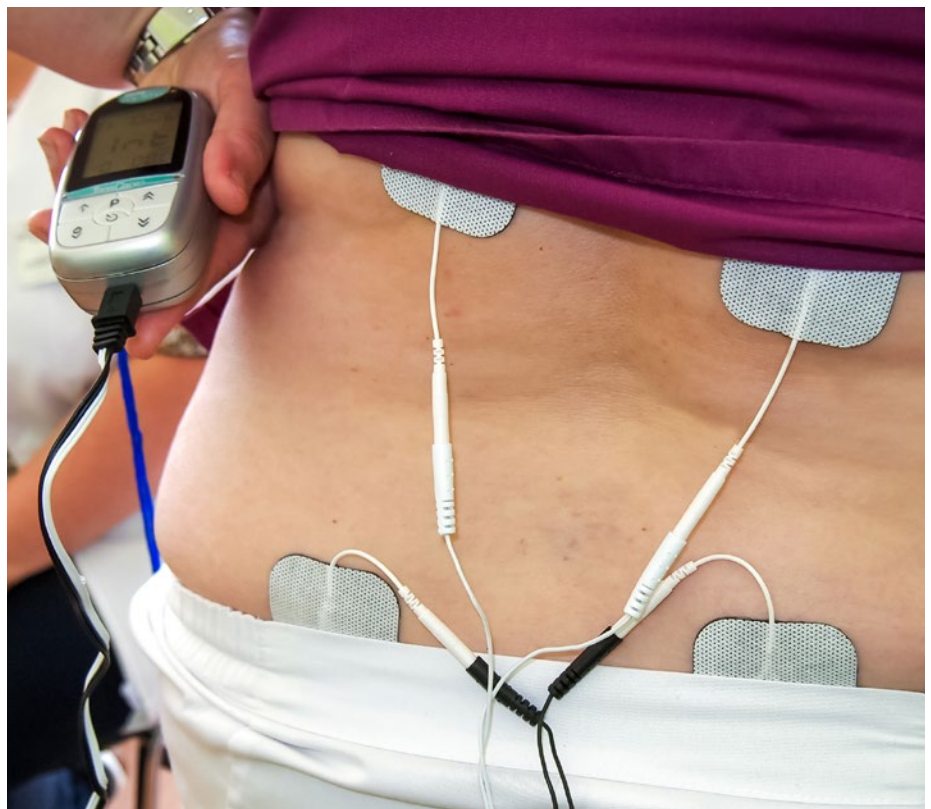
to pierwszy poród, który przyjąłam całkowicie sama, a był to poród bliźniaków. Przyjąłam na świat nowe życie, przyczyniłam się do tego, że ta kobieta przeżywała jedną z najcudowniejszych chwil w swoim życiu. Takie momenty, wdzięczność kobiet i słowa „Bez pani bym sobie nie poradziła” dodają skrzydeł i utwierdzają w przekonaniu, że warto. Czasami ciężko znaleźć równowagę pomiędzy życiem zawodowym a osobistym - nie jest to łatwe, zwłaszcza gdy wykonują swój zawód z pasją. Rodzina jest zazdrosna o pracę a praca o rodzinę, zawsze ma się poczucie że któraś ze stron cierpi.

Czy zdarzyło się coś w Pani karierze zawodowej, związanego z porodem, co utkwiło szczególnie w Pani pamięci?

- Najbardziej pamięta się porody wiążące się z dużym ładunkiem emocjonalnym, np. bardzo trudne, które mnie dużo nauczyły, albo te, które zburzyły jakieś mity czy reguły położnicze.

Najlepiej też pamiętam - i najbardziej mnie to zachęca do dalszego uprawiania tego zawodu - porody, po których rodzice się euforycznie cieszą, trzymając dziecko w ramionach, doświadczają triumfu i zalewają ich hormony szczęścia. Endorfiny te spływają wówczas i na mnie, i pomimo wielu lat pracy nadal potrafię się wzruszyć, jeśli czuję, że uczestniczę, choć nieco w cieniu, w najpiękniejszym dniu ich życia. Do dzisiaj potrafię się popłakać patrząc na cud narodzin. Przykłady mogłabym mnożyć – ale może zapoczątkuje to cykl wspomnień położnych pracujących w bloku porodowym.

Barbara Szymczuk





Doradca laktacyjny

Rozmowa z Mariolą Bugnącką, położną Oddziału Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka

Jak długo zajmuje się Pani problematyką laktacji?

- W szpitalu pracuję 2,5 roku, a zaczynałam w oddziale położniczym, czyli znaczy tam, gdzie właśnie matki przebywają ze swoimi nowonarodzonymi dziećmi obecnie pracuję w oddziale noworodkowym na odcinku wcześniaków. Kiedy zaczynałam swoją pracę, to temat laktacji nie był mi jeszcze tak znany i nie potrafiłam ocenić, czy dziecko dobrze potrafi ssać. Zauważyłam jednak, że chociaż jest to czynność naturalna, nie zawsze przebiega bez problemów. Zapragnęłam bardziej zgłębić tematykę prawidłowego karmienia, aby w sposób bardziej profesjonalny pomóc matce i dziecku. Temat ten stał mi się bardziej bliski, gdy zaczęłam zaoczne studia magisterskie, na których m.in. był on poruszany. Żeby jednak bardziej poznać te tematykę postanowiłam dodatkowo skończyć specjalny kurs, dzięki któremu będę mogła zostać certyfikowanym doradcą laktacyjnym. Tak też się stało. Pozwoliło mi to ugruntować moją wiedzę, aby jak najlepiej pomóc mamom, które na etapie karmienia dziecka, napotykały na różnej natury przeszkody.

W dzisiejszych czasach same mamy wymagają od siebie perfekcji, obserwują siebie, zastanawiają się, czy wszystko przebiega tak jak powinno. Chcą także korzystać z pomocy specjalistów. W porównaniu do wcześniejszych lat, nie karmią już tak instynktownie, jak robity to kiedyś nasze mamy czy babcie dla których nieraz rola doradcy laktacyjnego wydaje się być zbędna. Okazuje się jednak, że w dzisiejszych czasach mamy, które rodzą nawet kolejne już dziecko, potrzebują czasami pomocy fachowej.

Czy kobiety chętnie karmią swoje dzieci?

Raczej karmią chętnie, chociaż zdarzają się też mamy, które nie chcą karmić obawiając się o zmiany, zachodzące w budowie ich piersi. Prawda jest jednak taka i potwierdzają to badania naukowe, że to nie karmienie może zmienić np. elastyczność piersi, ale sama ciąża wpływa nieco na ich wygląd. Większość kobiet chętnie podejmuje karmienie, chociaż i im zdarzają się chwile zwątpienia. Ma to miejsce zwłaszcza w drugiej czy trzeciej dobie po porodzie. O ile w pierwszej dobie dziecko jest spokojne, grzecznie odpoczywa po trudach porodu, mało chce ssać i mamie wydaje się, że jest to tylko chwilowe i nie tak bardzo absorbujące zajęcie, to już w drugiej dobie zaczyna się maraton karmień i dziecko bardzo często chce ssać.

Wówczas mamy są zmęczone i zaczynają tracić pewność, że chcą karmić cały czas swoje dziecko. To jednak właśnie przy piersi dziecko jest spokojne, ten kontakt i pokarm sprawia, że matka zaspokaja całkowicie jego potrzeby. Kobieta powinna zrozumieć, że stała potrzeba ssania u dziecka jest jak najbardziej normalnym jego zachowaniem.

Kiedyś mówiono o konieczności karmienia na żądanie, czy to dotyczy właśnie karmienia piersią, nawet w późniejszym etapie rozwoju dziecka?

Piersią karmi się na żądanie, ale jednak trzeba być czujnym, aby nie było to zbyt rzadko. W pierwszej dobie dziecko robi sobie dłuższe przerwy, bo korzysta jeszcze z dużych zapasów z pępowiny, ale później w drugiej dobie, gdy nie upomina się o jedzenie, musimy wiedzieć, czy to jest taka fizjologia, czy dzieje się może coś niepokojącego. Mamy teraz dużo mam z cukrzycą i ten pozorny brak apetytu u dziecka może świadczyć, że występuje u niego hipoglikemia. Dziecko nie śpi dlatego, że wypoczywa, ale dlatego, że ma za niski poziom cukru. Dlatego ważne jest, aby więcej personelu wspomagało ten proces obserwacji etapu karmienia u mam.

Czy poza Panią mamy w Szpitalu innych doradców laktacyjnych?

W oddziale położniczym pracuje jeszcze jedna pani jako doradca laktacyjny, a w oddziale noworodkowym są dwie promotorki karmienia piersią. Poza nami wszystkie koleżanki w naszych Oddziałach wspomagają matki w tym szczególnym doświadczeniu, jakim jest karmienie piersią.

Jak długo należy karmić piersią, czy można robić to za długo?

Decyzja o długości karmienia zależy od matki, ale i od dziecka, które, gdy wprowadza się pokarmy

stałe, coraz mniej chętnie chce być karmione piersią. Według zaleceń WHO minimalny czas karmienia wyjątkowo piersią powinien wynosić 6 miesięcy. Jeżeli np. mama nie wraca do pracy i może karmić, jeżeli jest to dla obojga taka bliska więź i cała rodzina to akceptuje, nie widzę przeciwwskazań. Dłuższe karmienie nie jest złe, jeżeli matce sprawia to przyjemność, ale trzeba pamiętać, że to pełnowartościowe mleko nie jest już wystarczające dla rozwijającego się organizmu i koniecznie musi być włączony stały pokarm.

Co może być przyczyną, że matka nie może karmić piersią?

Czasami zdarzają się przeciwwskazania okresowe lub stałe, które najczęściej związane są z chorobą matki. Najważniejsze jest, aby dobrze zainicjować laktację, aby dziecko dobrze ssato, nie zrażać się matymi niepowodzeniami. Przyczyną niechęci do karmienia mogą być np. poranione brodawki, bo wówczas karmienie sprawia ból, którego mama pragnie uniknąć. Dlatego tak ważne jest, aby nauczyć matkę jak karmić dziecko, jak prawidłowo przystawić dziecko do piersi, aby odpowiednio uchwyciło sutek, wtedy możliwość poranienia jest mniejsza. Jeżeli dziecko nie będzie odpowiednio silnie ssać od początku, to laktacja może przebiegać nieprawidłowo, a mamy często po 3 miesiącach rezygnują z karmienia.

W trzeciej i czwartej dobie kiedy pojawia się tzw. nawał, czyli nagłe przepiętnie piersi pokarmem często to mamie bardziej zależy na karmieniu niż dziecku. Jeżeli jest jeszcze w Szpitalu staramy się jej jak najlepiej pomóc, a czasami, gdy mamy są już ze swoimi dziećmi w domu nie zawsze potrafią sobie z tym poradzić. Nasza pomoc i porady mają je do tego przygotować. Dlatego ważne jest, aby zadawały doradcy laktacyjnemu, jak najwięcej pytań i mówily o swoich obawach, a razem pokonamy wszelkie trudności.

Barbara Szymczuk





Pierwsza pomoc musi być prosta i skuteczna



To, co najbardziej inspiruje mnie w pierwszej pomocy to jej prostota. Nie wymaga skomplikowanych umiejętności, nie wymaga głębokiej wiedzy. Jedyne, czego wymaga to dobre chęci. Wprawdzie, według porzekadła, „dobrymi chęciami piekło jest wybrukowane”, jednakże w codziennej praktyce to właśnie ta odrobina dobrej woli i świadomości społecznej wpływa na decyzję przypadkowych przechodniów. Czasami łatwiej jest wyjąć telefon komórkowy i przygotować fotorelację z miejsca zdarzenia, która w kilka sekund wylądzuje na Facebooku czy Instagramie, niż zdobyć się na odwagę i podejść do poszkodowanego.

To jednak dzięki tym odważnym udaje się nam ocalić tych, którzy doświadczyli stanu zagrożenia życia. Każdego roku z zaangażowaniem przypatrujemy się statystykom przeżywalności nagłego zatrzymania krążenia (NZK). Nie jest zaskoczeniem fakt, że spośród wszystkich przypadków NZK tylko garstce udaje się przeżyć do momentu przyjazdu karetki, jeżeli przechodnie nie podjęli czynności resuscytacyjnych. W czym tkwi problem? Przecież większość społeczeństwa wie czym jest resuscytacja, a o sekwencji „trzydzieści do dwóch” uczą się już uczniowie gimnazjów. Każdy kurs prawa jazdy, każde szkolenie BHP obejmuje wiedzę o wytycznych BLS (ang. Basic life support, podstawowe czynności ratujące życie). Idąc tym tropem, zapewne ciężko w ogóle odnaleźć osobę, która (przynajmniej w teorii) nie wie, co zrobić, gdy poszkodowany nie oddycha. Dlaczego więc wciąż zdarza się, że na miejscu zdarzenia nie podjęto RKO?

Powodów jest wiele. A co, jeśli wyrządzą poszkodowanemu krzywdę? A jeśli potamię mu żebra?

A co, jeśli to nie jest zatrzymanie krążenia? A co, jeśli w tłumie gapiów jest ktoś, kto zrobiłby to lepiej ode mnie? Może przebył więcej szkoleń? Do tego dochodzi też element niechęci zwią-

zany z wykonaniem oddechów ratunkowych. W Stanach Zjednoczonych, sprawy poszły jeszcze dalej – może lepiej nie próbować wykonać RKO u kobiety? W końcu to dotykanie klatki piersiowej w miejscu publicznym. „Problemy” można mnożyć. Nie od dziś wiadomo, że ten kto chce szuka sposobu, a kto nie chce, szuka wymówki.

Pierwsza pomoc nie byłaby pierwszą pomocą, gdyby nie mogła być przeprowadzona przez przypadkowych przechodniów. Dlatego musi być prosta i skuteczna. Wystarczy krótkie przeszkolenie i odrobina zaangażowania. Problem z wyrządzeniem krzywdy poszkodowanemu w zatrzymaniu krążenia nie tkwi w tym, co się robi źle, lecz w tym czego się nie robi w ogóle. Nie chcesz robić oddechów ratunkowych? Ogranicz się do masażu klatki piersiowej. Nie bój się potamanych żeber - to niska cena za uratowanie życia. Nie martw się, że ktoś mógłby to zrobić lepiej – każdy ze zgromadzonych obawia się tego tak samo jak ty. I pamiętaj – twoja pomoc ratuje życie.

**Izabela Godlewska, lekarz
Szpitalny Kliniczny Oddział Ratunkowy**



Nowa kierownik Apteki Szpitalnej

O sobie i zadaniach jakie pełni Apteka Szpitalna mówi jej kierownik mgr farm. Ewa Czech-Żbikowska.

Ukończyłam Akademię Medyczną w Gdańsku, Wydział Farmaceutyczny, na kierunku analityka kliniczna. Posiadam tytuł specjalisty farmacji klinicznej. Pracę zawodową rozpoczęłam w aptece szpitalnej Specjalistycznego Zespołu Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie, pracowałam m.in. w laboratorium analitycznym Szpitala Powiatowego w Szczytnie, a także w aptece otwartej.

W Aptecę Szpitalnej WSS w Olsztynie pracuję od października 2008 roku. Tutaj poznałam specyfikę i zakres czynności fachowych na każdym stanowisku pracy. Przez ostatnie cztery lata zajmowałam się sporządzaniem leków cytostatycznych w Pracowni Leków Cytostatycznych, w organizację której byłam czynnie zaangażowana. Przygotowałam procedury i instrukcje dotyczące bezpieczeństwa pracy oraz procesów wykonywania leków cytostatycznych zapewniając wymagany sprzęt jednorazowego użytku, czy środki ochrony indywidualnej zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki Wytwarzania (GMP) i Standardami Jakościowymi w Farmacji Onkologicznej.

Funkcję Kierownika Apteki pełnię od 1 lipca br. i jest to dla mnie kolejne wyzwanie, bardzo ważny etap drogi zawodowej, nowe zadania i obowiązki, a przede wszystkim ogromna odpowiedzialność. Dołożę wszelkich starań, żeby tę rolę pełnić jak najlepiej.

Pracuję z zespołem doświadczonych pracowników, a także z osobami młodymi, rozpoczynającymi swoją drogę zawodową w naszej Aptecie. Zespół liczy ogółem 18 osób, w tym 13 osób personelu fachowego: 4 magistrów farmacji i 9 techników farmaceutycznych, pracuje z nami magister ekonomii zatrudniona na stanowisku ds. rozliczeń finansowych i 4 osoby personelu pomocniczego.

Jednym z naszych celów jest ciągły rozwój i poszerzanie kompetencji – w przyszłym roku dwóch magistrów farmacji będzie zdawać egzamin specjalizacyjny z zakresu farmacji szpitalnej, a jeden z pracowników personelu pomocniczego rozpoczął naukę w Medycznej Szkole Zawodowej na kierunku technik farmaceutyczny.

W Aptecę funkcjonują dwie pracownie: Pracownia przygotowania mieszanin do żywienia

pozajelitowego, za którą odpowiedzialny jest magister farmacji oraz trzech przeszkolonych techników farmaceutycznych wykonujących mieszaniny do żywienia pozajelitowego. Miesięcznie zespół sporządza średnio ok. 250 preparatów żywieniowych dla pacjentów z oddziałów szpitalnych. Dodatkowo magister farmacji, współpracując z Panią dr Krystyną Urbanowicz i Panią dr Bogną Kwella, koordynuje realizację kart dostaw na produkty lecznicze dla pacjentów żywionych poza- i dojelitowo w warunkach domowych. Co ważne ilość wysłanych zamówień na żywienie domowe wzrosła w okresie styczeń-czerwiec 2016 r. w porównaniu do tego samego okresu z 2015 r. o ok. 40%, co przekłada się na większą ilość obowiązków oraz czasu pracy personelu Apteki poświęconemu temu obszarowi.

Pracownia Leków Cytostatycznych (PLC) została utworzona w 2012 roku. W pracowni tej sporządzaniem wlewów leków cytostatycznych zajmują się magister farmacji i dwóch przeszkolonych w czynnościach pomocniczych techników farmaceutycznych. Biorąc pod uwagę, że z roku na rok wzrasta ilość zleceń lekarskich i przygotowywanych preparatów w PLC (np. w 2013 r. – 2700, 2014 r. – 3625, 2015 r. – 3774 sporządzonych wlewów), w chwili obecnej kolejną osobą, tj. technik farmaceutyczny jest w trakcie szkolenia wewnętrznego przygotowującego do wykonywania czynności fachowych w Pracowni Leków Cytostatycznych.

W skład pomieszczeń Apteki wchodzi Magazyn Wyrobów Medycznych, gdzie pracuje 4 techników farmaceutycznych, w tym jeden stażysta zatrudniony od września br. W ciągu ostatnich dwóch lat liczba nowych umów przetargowych wzrosła 20 –krotnie; poszerzamy asortyment i zwiększa nam się liczba wyrobów medycznych dostarczanych na oddziały szpitalne.

Stopniowo przy pomocy zespołu Działu Informatyki wprowadzam rozchody produktów leczniczych objętych programami lekowymi; proces ten polega na wydaniu leków w Aptecę Szpitalnej bezpośrednio pacjentom i wprowadzeniu tej informacji do systemu komputerowego.

Apteka Szpitalna świadczy usługi farmaceutyczne w oparciu o obowiązujące Prawo Farmaceutyczne, Zasady Dobrej Praktyki Wytwarzania (GMP), Standardy Jakościowe w Farmacji Onkologicznej, Standardy Jako-



ściowe Żywienia Pozajelitowego oraz procedury i instrukcje opracowane w Aptecie. Jednym ze świadczeń usług farmaceutycznych w myśl Prawa Farmaceutycznego jest udział farmaceutów w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie Szpitala. Obecnie farmaceuci z Apteki uczestniczą w badaniach klinicznych prowadzonych na oddziałach szpitalnych, zajmując się ewidencją produktów leczniczych dostarczanych na potrzeby badań, wydając leki na pacjenta, przygotowując lek do podania pacjentowi zgodnie z procedurami w zwalidowanych warunkach, monitorując warunki przechowywania leków (temperatura, zabezpieczenie odrębnego i bezpiecznego miejsca przechowywania) oraz prowadząc wymaganą dokumentację badań klinicznych.

Obowiązki farmaceuty oraz odpowiedzialność wszystkich zaangażowanych stron w zakresie badań klinicznych prowadzonych na terenie Szpitala wymagają uporządkowania i doprecyzowania. Jest to jeden z obszarów działalności Apteki, który chcę usprawnić i lepiej zorganizować.

Kolejny aspekt to udział farmaceutów w racjonalizacji farmakoterapii w Szpitalu. W praktyce poza konieczną wiedzą fachową chciałabym wdrożyć proces skutecznej komunikacji, która jest podstawą ścisłej współpracy między farmaceutą, lekarzem, pacjentem oraz innymi grupami zawodowymi uczestniczącymi w leczeniu chorych hospitalizowanych.

Jestem przekonana, że pracując wspólnie z doświadczonym, a jednocześnie młodym i ambitnym zespołem z powodzeniem zrealizujemy powyższe cele.

mgr farm. Ewa Czech-Żbikowska



Projekt „Propagowanie zdrowego stylu życia u opiekunów zajmujących się osobą niepełnosprawną, starszą, obłożnie chorą. Wdrożenie programu „Kinaesthetics” jako instrumentu działania opiekunów” współfinansowanego przez Województwo Warmińsko – Mazurskie.

KINAESTHETICS

warsztaty z nowatorskiej opieki nad obłożnie chorymi



Każdy pacjent, także po ciężkich urazach, unieruchomiony na łóżku ma w sobie pokłady energii, które można wykorzystać w jego rehabilitacji i pielęgnacji. Przekonuje o tym Program Kinaesthetics, która pozwala także na mniejsze obciążenie pielęgniarek i innych osób opiekujących się takimi chorymi.

Według jego twórców określenie Programu „Kinaesthetics” można przetłumaczyć jako umiejętność, sztuka, czy nauka o ruchu i odczuwaniu ruchu. Jest programem przekazującym umiejętności indywidualnego wspomagania wymagających pielęgnacji ludzi tak, aby mogli się uporać z aktywnościami dnia codziennego. Za cel stawia sobie umożliwienie człowiekowi, zmagającemu się z ograniczeniami spowodowanymi chorobą lub podeszłym wiekiem, samodzielnego kształtowania swojego życia, bycia w miarę możliwości niezależnym i dania możliwości samodzielnego działania.

Aby to osiągnąć konieczna jest pielęgnacja przeprowadzana przez odpowiednio przeszkolone osoby. Podczas udziału w kursie podstawowym

uczestnik stawia pierwszy krok do uzyskania niezbędnych kompetencji oferowanych przez system kształcenia Kinaesthetics. Osoby, które ukończyły takie szkolenie, a potem doskonalące swoje umiejętności podczas kolejnych spotkań, mogą je stosować wkładając znacznie mniej wysiłku w porównaniu do „klasycznych” metod pielęgnacji i opieki. Program Kinaesthetics może pomóc w odkryciu nowych możliwości ruchowych, w radzeniu sobie z problemami typu ból pleców czy napięcie mięśniowe, związanymi z wykonywaną pracą lub też w zajęciu się własną kreatywnością i elastycznością (np. w radzeniu sobie ze stresem).

Założenia Programu Kinaesthetics przedstawiła Grażyna Knöbel, z zawodu pielęgniarka oraz trenerka tej formy opieki nad osobami potrzebującymi pomocy, podczas czterodniowych warsztatów w ramach projektu współfinansowanego przez Województwo Warmińsko – Mazurskie pn.: „Propagowanie zdrowego stylu życia u opiekunów zajmujących się osobą niepełnosprawną, starszą, obłożnie chorą. Wdrożenie Programu „Kinaesthetics” jako instrumentu działania opie-

kunów”. Odbyły się one w dniach 2-5 września w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie.

Zajęcia rozpoczęły się od dwugodzinnego wykładu wygłoszonego w sali audytorijnej Szpitala. Wzięto w nim udział ponad 50 osób, które uprzednio zgłosiły się drogą elektroniczną wysyłając wiadomość e-mail. – Mam ojca w podeszłym wieku i niewykluczone, że niedługo będę musiała się nim zająć także przez pielęgnację – powiedziała pani Grażyna, jedna z uczestniczek wykładu.

Prelegentka zaprezentowała osobiście m.in. jak bez wkładania nadmiernego wysiłku pomóc wstać z krzesła osobie niepełnosprawnej. Wyświetliła też film, który pokazywał jak jedna osoba może przy zastosowaniu odpowiedniej techniki przenieść leżącego pacjenta z łóżka na wózek inwalidzki. – To niesamowite, że może tego dokonać drobna kobieta – komentowała pani Katarzyna, inna słuchaczka.

W następnym etapie szkolenia, czyli czterodniowych warsztatach wzięło udział 21 osób –

przede wszystkim zatrudnieni w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, m.in. w Oddziale Rehabilitacyjnym, Oddziale Klinicznym Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziale Klinicznym Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Chirurgii Kręgosłupa, Oddziale Klinicznym Neurologicznym, ale także z Powiatowego Szpitala Pomocy Maltańskiej w Barczewie i CertusVia w Olsztynie.

Warsztaty rozpoczęły się w piątek o godz. 11.30. Każdy z uczestników otrzymał podręcznik oraz zeszyt, w którym mógł notować najważniejsze informacje ze szkolenia.

Podczas kilkogodzinnych zajęć Grażyna Knöbel przedstawiła najpierw teoretyczne podstawy kinestetyki, by następnie przejść do zajęć praktycznych, które rozpoczęły się od analizowania tak prostej, wydawałoby się czynności jak wstawanie z krzesła. Okazało się, że każdy z uczestników wykonywał ją nieco inaczej. Podobnie jak przewracanie się z leżenia na plecach na bok. Prowadząca zajęcia omawiała z każdym uczestnikiem kolejność ruchów i partie ciała

z CertusVia w Olsztynie warsztaty w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie były pierwszym zetknięciem z kinestetyką. – Zaskoczyło mnie zupełnie inne podejście do opieki nad chorym i spojrzenie na nią z punktu widzenia pacjenta przez wykorzystanie jego możliwości – stwierdziła pani Dorota, która razem z panią Barbarą od trzech lat zajmują się podopiecznymi ośrodka przy ul. Boenigka. – Okazało się, że nawet leżący pacjent może pomóc i nam, i sobie w wielu czynnościach, bo drzemią w nim duże możliwości ruchowe. Należy je tylko uaktywnić. Dzięki temu chory się usamodzielnia.

- Taki rodzaj opieki wymaga od nas dużo mniej siły, dzięki czemu łatwiej nam będzie zajmować się pacjentami – dodała pani Barbara. – Podczas warsztatów wypracowałyśmy kilka rozwiązań, które będziemy stosować w codziennej pracy. Podzieliliśmy się nimi z naszymi współpracownikami.

Warsztaty pomogły także Marzenie Woźniak, neurologopedzie z Oddziału Rehabilitacji Neu-

- Nasi pacjenci z reguły chcą leżeć w łóżku, a ta metoda ma wydobyć z nich maksymalnie dużo aktywności – zauważyła. – Przeszłam wszystkie szczeble edukacji od liceum, przez studia, a teraz sama uczę pielęgniarstwa młode adeptki tego zawodu. Program nauki wciąż nie przewiduje wykorzystania zasobów ruchu w pracy z pacjentem, a to powinno stać się jedną z jego podstaw. Dzięki temu pielęgniarki z dłuższym stażem nie będą się skarżyć na ból kręgosłupa, a chorzy szybciej odczuwają efekty terapii.

Jej zdaniem o wiedzę z zakresu kinestetyki powinny się wzbogacić wszystkie pielęgniarki i inne osoby w Szpitalu Wojewódzkim mające kontakt z leżącymi pacjentami. – Powinni ją zdobyć także lekarze. Dowiódł tego przebieg warsztatów, w których brali udział zarówno pielęgniarki, jak i fizjoterapeuci, opiekunowie i właśnie lekarze – mówi pani Olga. – Integracja podczas zajęć była wspaniała i wykazała potrzebę ich organizowania dla zatrudnionych w naszym Szpitalu. Chciałabym bardzo, aby się odbyły.



zaangażowane w te czynności. – To pozwala nam zrozumieć, jak unieść, czy przemieścić naszego podopiecznego, który może nam w tym pomóc, jeśli tylko go o to poprosimy – mówiła trenerka.

Kolejne ćwiczenia poprowadzone w parach polegały na wskazaniu z zamkniętymi oczami nosa, czy ucha partnera. Wyszło na jaw, że to nietatwe zadanie. Uczestnicy pomagali też sobie nawzajem w chodzeniu.

W następnych dniach uczestnicy warsztatów ćwiczyli m.in. podnoszenie pacjenta z łóżka, dzieląc się przy okazji swoimi uwagami na ten temat. Wypełniali też swoje dzienniki, w których notowali najważniejsze uwagi i pytania dotyczące zajęć. Dla Barbary Urbanowicz i Doroty Traczyk

rologicznej WSS w Olsztynie. – Dzięki tym zajęciom dowiedziałam się np. jak sama mogę pomóc pacjentowi w moim gabinecie, który zsunął się z wózka. Nie będę już musiała prosić o pomoc w jego ponownym usadowieniu – powiedziała. – Poznanie sposobów fizycznej pomocy pozwoli mi szerzej widzieć proces rehabilitacji pacjenta i jego ciągłość. Lepsza sprawność fizyczna pozwoli mu na aktywizację psychiczną i bardziej skupić się na kontakcie ze mną. Dzięki temu będzie mi łatwiej np. tak go ułożyć, by ograniczyć ryzyko zachłyśnięcia pokarmem.

Olga Bielan, pielęgniarka oddziałowa Oddziału Rehabilitacyjnego i Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej podkreśliła po warsztatach, że Program Kinaesthetics powinien znaleźć się w programie kształcenia szkół pielęgniarstwa.

Walory pracy zespołowej podkreślała także Grażyna Knöbel, która była pełna uznania dla wszystkich uczestników warsztatów. – Byli otwarci i aktywni, a w trakcie zajęć wykazali również dużą kreatywność – stwierdziła. – Zmienili podejście do opieki nad chorymi, zadając sobie pytanie co powinni zrobić, aby ich uaktywnić. Warsztaty stały się też platformą wymiany idei, co stało się podstawą pracy zespołowej, w której jedna osoba uzupełniała drugą. Dzięki temu wspólnie dochodzili do ruchowej potrzeby dla drugiego człowieka. Efektem był wzrost kompetencji u opiekuna i podopiecznego przy zastosowaniu kinestetyki.



Rozmowa z Grażyną Knöbel, trenerką kinestetyki

Proszę przedstawić założenia Programu Kinaesthetics.

Program Kinaesthetics różni się głównie tym od rehabilitacji, że rehabilitacja stara się usuwać deficyty, które ma dana osoba. My idziemy inną drogą. Samo określenie „kinaesthetics” [kinesetyka - red.] mówi już nam o co tutaj chodzi – składa się ono z dwóch członów: „kinesis” i „estesis”, czyli „ruch” i „czucie”. To jest otwarty system kształcenia, które przebiega w ruchu. Uczestnicy naszych kursów uczą się tego programu, doświadczając własnego ruchu.

Można to określić jako pewną umiejętność, studium, naukę o ruchu i odczuwaniu ruchu. Jest to program przekazujący umiejętności polegające na indywidualnym wspomaganium wymagających pielęgnacji ludzi tak, aby oni sami potrafili czyn-

nie brać udziału w tym ruchu. To znaczy, że nie ma podnoszę kogoś z krzesła i sadzam na fotel, czy np. z brzegu łóżka na wózek inwalidzki, tylko daję mojemu partnerowi ofertę ruchową, która pozwala mu na wykorzystanie jego aktualnych umiejętności ruchowych w tej sekwencji. Jeżeli ten człowiek wykonuje to ze mną, automatycznie uczy się przebiegu tego ruchu. Każdy człowiek ma kilka systemów zmysłowych, jeżeli wykonuje swój ruch. Można to komuś wytłumaczyć, opisać, coś zobaczyć, można coś wyczuć węchem. My posługujemy się kinetycznym systemem, który jest w każdym człowieku aktywny już od urodzenia, a nawet już w tonie matki. Żadnemu noworodkowi nie trzeba przecież tłumaczyć jak wykonywany ma być ruch. On sam się tego uczy właśnie w ruchu. Użytkownicy i trenerzy Programu Kinaesthetics wychodzą z założenia, że każdy człowiek to potrafi, ma w sobie pewne atrybuty. Posiada umiejętności, które w nim tkwią i muszą być wyjęte na zewnątrz. I to pojawia się we wspólnym ruchu.

Czego potrzebują ludzie, używający tego Programu?

Muszą być wrażliwi na sygnały, które poprzez dotyk i ruch otrzymują od innego człowieka. I tego uczą się w kursach podstawowych, poszerzonych, trenerskich. Z tego wynika, że tego programu nie można się nauczyć w ciągu kilku dni, dwóch-trzech lat. Nauka, także dla trenerów, trwa przez cały czas ich pracy.

Celem Programu Kinaesthetics jest, aby człowiek pomimo różnych ograniczeń ruchowych był w stanie być czynnym w prostych, codziennych aktywnościach. Jak można wygodnie spać, czego do tego potrzebuję? Jak można wstawać z krzesła, jak na nie siadać, abym sam mógł być czynny i aktywny? Jak mogę się samodzielnie przemieszczać z miejsca na miejsce? Chodzi tu nie tylko o przekazywanie w jaki sposób ma to być zrobione, ale także by uczestnicy kursów zrozumieli jakie to ma znaczenie dla jakości życia tych ludzi. Bo kto z nas chce być traktowany jak krzesło, które się przestawia z miejsca na miejsce? Kto z nas chce być przenoszony i mieć uczucie swojej ograniczonej wartości, jako człowieka? Z nami ludzie czują się pełnowartościowo, potrafią działać



samodzielnie. Także jeżeli chodzi o jedzenie albo picie. Ja mogę komuś to podać, ale mogę to zrobić tak, aby on z moją pomocą sam kierował swoim ruchem, decydował np. kiedy chce wziąć tyk płynu.

Jaka korzyść pojawia się w pracy osób zajmującymi się opieką nad innymi ludźmi?

To jest często bardzo ciężka fizyczna praca. Ci ludzie po iluś latach także mają obrażenia swojego układu ruchowego. Są przemęczeni, skarżą się na bóle pleców. Jeżeli jednak pracują według naszych idei, uczą się, jak mogą oszczędzać własne siły nie dźwigając, nie podnosząc, a mimo tego pomagać innemu człowiekowi.

Czyli można tu mówić o połączeniu uaktywniania pacjenta w ten sposób, by opiekun na tym nie ucierpiał. To pomaga w pracy.

Oczywiście, ale nie tylko to. Naszego programu mogą uczyć się nie tylko pielęgniarki. W Niemczech, Austrii i Szwajcarii są propagowane kursy dla członków rodzin, którzy pielęgnują swoich krewnych. Te kursy są finansowane przez kasę chorych. Środki finansowe pochodzą z Unii Europejskiej i są wykorzystywane aby szkolić tych ludzi w postępowaniu się kinestetyką, żeby zapobiec ich przemęczeniu w trakcie pielęgnacji w domu.

A to w zasadzie ciągła opieka.

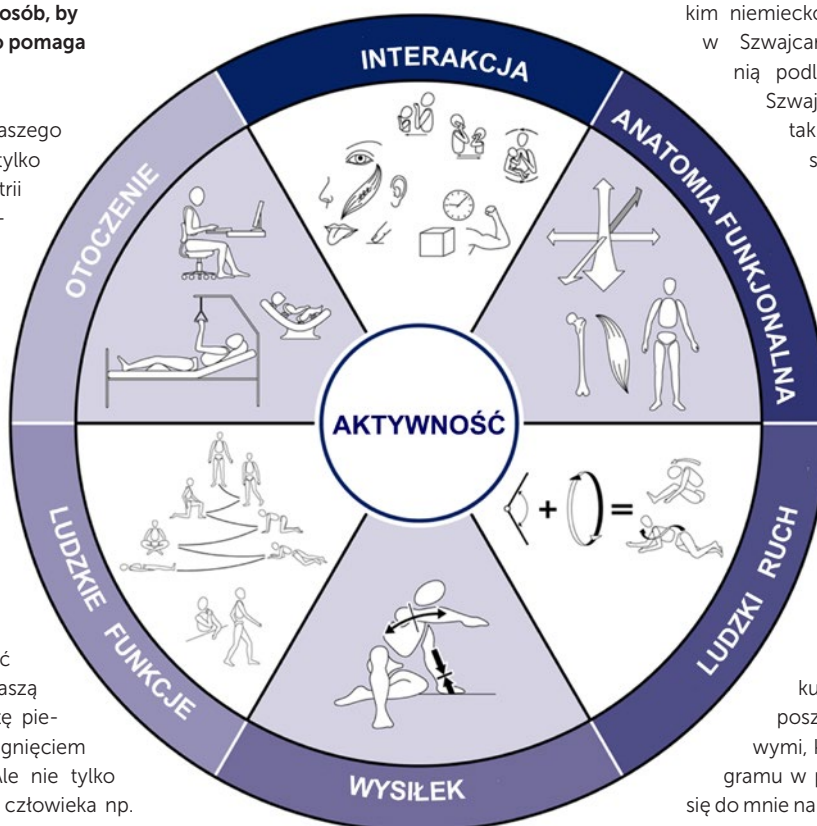
Taki człowiek musi funkcjonować 24 godziny na dobę. I jeśli z naszą pomocą potrafi sobie ułatwić tę pielęgnację, to już jest dużym osiągnięciem dla niego i dużym zyskiem. Ale nie tylko dla niego, bo również dla tego człowieka np. z demencją, którego pielęgnuje. Bo naszego programu może się nauczyć także starszy człowiek i postępować się nim bez wyjaśniania mu tego na drodze kognitywnej [mającej związek z poznawaniem świata lub badaniem procesów poznawczych- red.]. Uczy się tego programu w działaniu z opiekunem. Używa sekwencji ruchowych do swoich potrzeb.

Jak Pani znalazła się w Programie Kinaesthetics?

Trenerem kinestetyki może być właściwie każdy, kto interesuje się tą dziedziną. W większości są to osoby zawodowo zajmujące się pielęgnowaniem, np. pielęgniarki, opiekunowie w domach pomocy, ale również nauczyciele, instruktorzy ze szkół pielęgniarstwa. Mogą to też być ludzie, którzy po prostu opiekują się członkami rodziny w domu, jeśli mają takie zainteresowanie.

Ja jestem z zawodu pielęgniarką, pracuję w klinice w Minden, w oddziale chirurgii twardej już ponad 25 lat. Zaczynając moją pracę uczyłam się pewnych technik podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Oczywiście sama zauważyłam, że bardzo się przy tym przemęczam i dlatego skorzystałam w 2004 r. z oferty naszego szpitala, wzięcia udziału w kursie podstawowym z kinestetyki. To był mój pierwszy krok na drodze trenerskiej. Następny był kurs poszerzony, potem brałam udział w kursie kształcenia na trenera pierwszego i drugiego stopnia. Obecnie jestem w trakcie szkolenia na trenera trzeciego stopnia, które odbywa się w Szwajcarii.

Jakimi pacjentami zajmuje się oddział, w którym Pani pracuje?



Są tu kierowani pacjenci z urazami po wypadkach, ale także leczone są starsze osoby z demencją, które oczywiście mają pewne ograniczenia ruchowe i trzeba im pomóc w przemieszczaniu się z łóżka na krzesło, przejściu do łazienki. Takie osoby były kiedyś myte, czy przenoszone przez dwie lub trzy pielęgniarki. Dzisiaj może to zrobić jedna osoba pielęgnująca, bo ma partnera. To sam pacjent, który uczy się pewnych małych sekwencji ruchowych, np. jak przewrócić się z pozycji leżenia na plecach na bok. To jest jego pierwszy krok, którego się uczy. W trakcie tych czynności uczy się także jego mózg. Otrzymuje impulsy, które pomagają mu w tym procesie kształcenia. W następnym kroku pacjent może usiąść stabilnie na brzegu łóżka, nie przewracając się na bok. Oczywiście pomaga mu w tym fizjoterapeuta, także po kursie poszerzonym z kinestetyki.

Jak dzieli Pani czas między pracę w szpitalu i działalność w Kinaesthetics?

Jedno nie przeszkadza drugiemu. Oczywiście pracuję w szpitalu na część etatu, żeby mieć czas potrzebny na prowadzenie kursów. Ale praca w oddziale stwarza mi możliwość zastosowania w praktyce Programu Kinaesthetics. Bo nic nie daje samo tłumaczenie komuś jego zasad, czy uczenie się jedynie teoretycznie. Programu nie można się nauczyć jedynie w teorii. Podobnie jak jest np. z nauką jazdy samochodem, czy grą na fortepianie.

Jak działa Organizacja Kinaesthetics?

Funkcjonuje ona na zasadzie zrzeszenia w związku skupiających kraje przede wszystkim niemieckojęzyczne. Centrala mieści się w Szwajcarii, niedaleko Zurychu. Pod nią podlegają krajowe organizacje w Szwajcarii, Niemczech, Austrii, ale także w Danii, Rumunii i Włoszech. Oczywiście moją wizją i marzeniem jest aby w Polsce również istniała taka organizacja, która kształciłaby tutaj na miejscu użytkowników i trenerów.

Jak to się stało, że prowadzi Pani wykłady i warsztaty w Szpitalu Wojewódzkim?

Kontakt nawiązała ze mną dr Agnieszka Osowska, którą znam, ponieważ prowadziłam podobne szkolenie w Olsztynie w hospicjum Caritasu. Najpierw odbyły się kursy podstawowe, a następnie poszerzone z opiekunów terenowymi, które stosują idee naszego programu w praktyce. Dr Osowska zwróciła się do mnie na początku tego roku z pytaniem, czy nie mogłabym przeprowadzić pierwszego projektu w Szpitalu, ponieważ potrzeby są duże, podobnie jak zainteresowanie tym programem. Przedstawiamy sześć koncepcji, w których zawarte są pewne idee ruchowe. Można się ich nauczyć tylko indywidualnie, w ruchu.

Nie ma więc możliwości skorzystania z podręcznika, który wszystko wyjaśnia?

Jeżeli pomyślimy o takiej prostej aktywności, jak wstawanie z krzesła, to każdy człowiek robi to w inny sposób. Jeden wstaje do przodu, drugi przekręca się w prawą stronę, a trzeci w lewą. Chodzi o to, żeby wyczuć jaką drogą idzie dany człowiek i w tej drodze udzielić mu pewnego wsparcia. Program Kinaesthetics jest oparty głównie na praktycznych doświadczeniach ruchowych wykonywanych z pacjentem, osobą, pozostającą pod naszą opieką, ale również z innym trenerem, innym uczestnikiem. Każdy

ma swoją drogę, którą można wypróbować w praktyce. Jeżeli mamy pacjenta z problemem nie znamy gotowego rozwiązania. Najpierw musimy opracować indywidualną sekwencję ruchową. W ten sposób mogę się zorientować gdzie są opory. Następnie z całego programu wybieram idee i zaczynam tworzyć ruchowe warianty, które mogłyby być pomocne w tej sytuacji. Następnie ćwiczę to z koleżanką w pracy albo z trenerką, uczestniczką, czy inną osobą. Potem wybieramy jedną możliwość i wykonujemy to razem z pacjentem. Jeżeli ta droga jest dobra, to można jej używać. W innym wypadku próbujemy innych sposobów, aż do momentu, kiedy uznamy, że postępujemy dobrze. Wówczas możemy ją wykorzystać w opiece nad pacjentem.

Można więc powiedzieć, że „ćwiczenie czyni mistrza” i nie ma innej drogi, żeby osiągnąć pożądaný rezultat.

Tak. Jest jeszcze jedna ważna kwestia dotycząca trenerów. Jeżeli ktoś wykształcił się na trenera drugiego stopnia, to jego proces kształcenia nie dobiegł jeszcze końca. Organizacja Kinaesthetics wymaga od każdego trenera, który jest równocześnie partnerem tej organizacji, aby co dwa-trzy lata odświeżył swoje umiejętności. W tym celu powinien skorzystać z różnorodnej oferty proponowanej przez organizację. Są to np. programy dla noworodków, w tym wcześniaków. Są koleżanki i koledzy zajmujący się tylko tym programem. Jest również część dla opieki paliatywnej, gdzie osoby zainteresowane tą tematyką mogą poszerzać swoją wiedzę. Każdy z trenerów, niezależnie od dziedziny, w której się specjalizuje powinien poszerzać swoje umiejętności ruchowe.



Rozmowa z lek. med. Agnieszką Osowską, p.o. ordynatora Oddziału Rehabilitacyjnego oraz Rehabilitacji Neurologicznej WSS w Olsztynie

Warsztaty prowadzone przez Grażynę Knöbel nie były pierwszym kontaktem Pani z Programem Kinaesthetics?

Znam te zagadnienia od kilku lat. Odbyłam kurs podstawowy, poszerzony oraz PA Tutora – to osoba, która może pomagać w instruowaniu osób po kursie podstawowym, czy poszerzonym. Kolejnym etapem jest trener.

Przez ten okres uświadomiłam sobie na kwestie kinestetyczne, w których chodzi przede wszystkim o to, by czuć ruch drugiego człowieka. Aby zaś tak się stało, należy wszystko wykonywać bardzo powoli, spokojnie, korzystać ze zdobytych umiejętności. I to jest naprawdę coś nowego,

o czym się nie myśli na co dzień podczas pracy, kiedy czasem niepotrzebnie mocno chwyta się pacjenta i szarpie nim, myśląc, że on nic nie potrafi. Gdy tymczasem wystarczy nieduża siła. Przekonałam się o tym niedawno podczas opieki nad cierpiącym na nowotwór pacjentem hospicjum domowego Caritas, którego trzeba było przewrócić na bok. Z zastosowaniem kinestetyki cała czynność zajęła mi minutę. Przedtem jednak sporo czasu zajęło wypracowanie wspólnie z chorym najlepszej metody. Pacjent był szczęśliwy, a od jego rodziny ustyszałam, że tego właśnie potrzebowali, aby ktoś przyszedł i pokazał im jak można chorego przewrócić i posadzić.

Warto więc instruować rodziny pacjentów o sposobach skuteczniejszej opieki.

Przede wszystkim personel medyczny powinien znać kinestetykę. Dlatego bardzo zależało mi, żeby w Szpitalu przeprowadzono szkolenie w tej dziedzinie. Dobrze, aby było kontynuowane, bo

postępować. Bardzo bym się ucieszyła, gdyby takie zajęcia można zorganizować w Olsztynie. Potrzeby są bardzo duże, bo wiele jest osób niepełnosprawnych. Nawet jeśli weźmiemy pod uwagę tylko opuszczające nasz Szpital, leczone w Centrum Urazowym, a więc po urazach czaszkowo-mózgowych i licznych złamaniach oraz w Oddziale Rehabilitacyjnym. Mimo udzielonej im pomocy wciąż mają jakiś stopień niepełnosprawności, więc poinstruowanie rodzin, co do dalszej opieki jest niezwykle istotne. Uczestnicy kursu podkreślali, że uzyskana wiedza ułatwi im pomoc także opiekunom takich pacjentów.

Poproszę jeszcze o podsumowanie warsztatów.

Dzień po dniu było widać, jak uczestnicy się otwierają na otrzymywane informacje, jak z nich korzystają. Od początku była praca, czyli „poznawanie ruchu w ruchu”, jak mówiła cały



każdy, kto dotyka pacjenta, musi uczestniczyć w jakiegokolwiek formie jego ruchu oraz np. przy karmieniu, potrafić zastosować zasady kinestetyki. To są bardzo cenne umiejętności – my się nie przemęczamy, a pacjent zyskuje więcej kompetencji. Kolejną kwestią jest wyedukowanie rodziny, która nie musi przechodzić całego cyklu szkolenia, bo opiekuje się konkretną osobą. Wspólnie znajdujemy więc rozwiązanie dla tej osoby, aby opiekun wszedł z nią w interakcję i wiedział, jak w danym przypadku postąpić.

Czy jest szansa na edukowanie w naszym Szpitalu rodzin pacjentów?

W Oddziale Rehabilitacji element edukacji rodziny jest zawsze obecny. W szkoleniu brał udział fizjoterapeuta z oddziału ortopedycznego, były pielęgniarki i fizjoterapeutka z neurologii, którzy będą mogli poinstruować rodziny pacjenta przy wyjściu do domu. Żeby zapoznać z zasadami kinestetyki osoby spoza Szpitala, należałoby zorganizować kurs kinestetyki podobny do tych w Niemczech, czy Szwajcarii. Przyjeżdżają na nie rodziny razem z podopiecznym i pod okiem trenera dowiadują się jak z nim

czas Grażyna. Musieliśmy sami sobie pomagać, obserwować jeden drugiego. Dzięki temu bardzo szybko nastąpiła integracja całej grupy. Zdarzały się sytuacje zabawne, ale i odkrywcze. Ludzie odwoływali się do przykładów ze swojej pracy zawodowej – mam taki a taki problem, teraz wiem, że rozwiązałbym go zupełnie inaczej. To bardzo cenne, bo takie okoliczności będą się powtarzały. Było tam bardzo dużo młodych osób, które już wiedzą, że pewne czynności wykonują lepiej, bardziej efektywnie – dla siebie mniej obciążająco, a z korzyścią dla pacjenta. Uczestnicy byli bardzo zadowoleni z warsztatów, bo coś uzyskali i o to chodziło.

Czyli gdyby była możliwość zorganizowania kolejnych warsztatów, to warto by z niej skorzystać?

Oczywiście. Życzyłabym sobie, żeby każdy pracownik medyczny mógł takie szkolenie przejść, żebyśmy mogli wszyscy rozmawiać językiem kinestetycznym, a także instruować nim pacjenta i jego bliskich.

Pamięć i jej zagadki

cz. 21



Istnieją różne sposoby modyfikowania śladów pamięciowych. W ostatnim czasie wiedzę o funkcjonowaniu pamięci ożywiły badania

optogenetyczne na zwierzętach. Te badania pokazały m.in., że można po prostu włamać się do innego mózgu i przy pomocy światła wgrać nowe dane pamięciowe.

Stali czytelnicy cyklu o pamięci i jej zagadkach wiedzą dobrze, że trwałość pamięci jest zawodna. Nie tylko systematycznie zapominamy, ale także możemy zmieniać treść lub znaczenie śladu pamięciowego, np. poprzez oddziaływanie farmakologiczne lub zaktócenie innymi informacjami. O tym traktowały ostatnie odcinki naszej serii. W skrajnym przypadku możemy nawet

z fantastyką naukową lub działaniami szalonych naukowców, ale de facto rzutują na przyszłe normy terapii pamięci u ludzi z różnymi zaburzeniami (np. zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, napady lęku i paniki, traumatyczne wspomnienia, demencje, epilepsje).

OPTOGENETYKA

To właśnie metody optogenetyczne - techniki z pogranicza genetyki i optyki - wywołały liczne nowe i spektakularne badania nad pamięcią. Generalne założenie optogenetyki jest proste - należy wykorzystać strumień światła do selektywnego kontrolowania aktywności neuronów, np. ich włączenie lub wyłączenie (zob. ramka Neurony i światło). Aby to zrobić można wprowadzić światłoczułe białka, pobrane z określonych mikroorganizmów (archibakterie,

styczości z komórkami nerwowymi. Gdy taki światłowód jest pobudzany światłem widzialnym, przekształca energię świetlną na energię cieplną, a efekt cieplny jest w stanie aktywować zwykłe neurony.

WŁĄCZANIE I WYŁĄCZANIE PAMIĘCI

Metody oddziaływania światłem na neurony są coraz bardziej skomplikowane. Ale jedno założenie jest stale przyjmowane w badaniach naukowych - pobudzenie lub hamowanie świetlne określonych sieci neuronów wpływa na różne reakcje i zachowania, w tym na mechanizmy pamięci i uczenia się. Jakie są wyniki w tej mierze?

Zespół Roberto Malinowa z University of California wprowadził światłoczułą rodopsynę



W trzech zdaniach

1. Ślady pamięciowe, wspomnienia można zmieniać przez pobudzenie lub hamowanie określonych neuronów lub sieci neuronów.
2. Techniki optogenetyczne pozwalają na włączenie do komórek nerwowych materiału reagującego na światło i w efekcie - na sterowanie aktywnością neuronów.
3. Techniki optogenetyczne umożliwiają wytwarzanie fałszywych wspomnień.

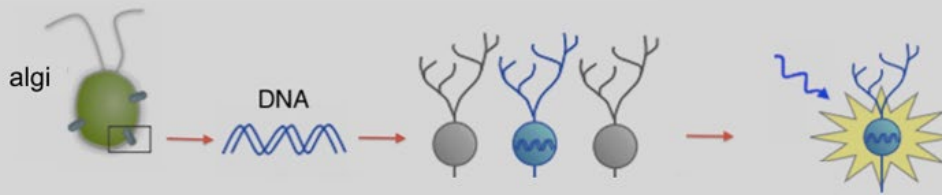
pamiętać coś, co rzeczywiście nigdy się nie wydarzyło, choć mamy przekonanie, że jednak się wydarzyło - są to tzw. fałszywe wspomnienia.

W ostatnich latach pojawiły się spektakularne badania, które jeszcze bardziej potwierdzają, jak bardzo plastyczne są mechanizmy pamięci. Te badania same w sobie mogą się kojarzyć

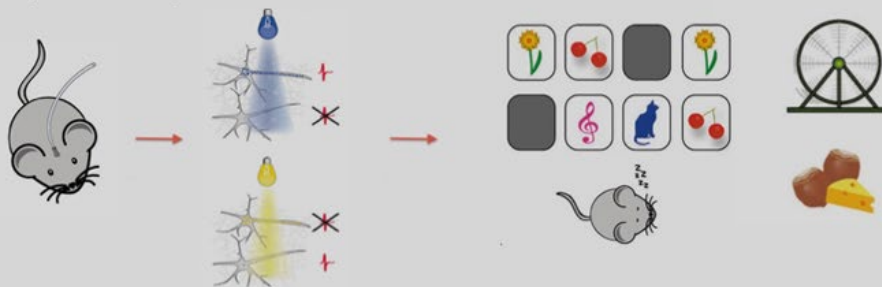
głony), do określonych neuronów w mózgu. Po ich wprowadzeniu takie białka zachowują się po prostu jak przetączniki - albo pobudzają, albo hamują czynności neuronów. Można też manipulować aktywnością neuronalną bez ich modyfikacji genetycznej. Tu wykorzystuje się m.in. nanocząstki złota, które działają jak biologiczne światłowody, gdy znajdują się w bliskiej

przez wirusa do ciał migdałowatych w mózgu szczurów. W tym kontekście ciała migdałowate zostały wykorzystane jako generator reakcji lękowych. Następnie badacze skojarzyli ze sobą pobudzenie świetlne neuronów ciał migdałowatych oraz podanie szczurom lekkich szoków elektrycznych. W efekcie nastąpiło uwarunkowanie reakcji lękowej (przed szokiem elek-

Neurony i światło



Z alg pobiera się światłoczułe białka, które typowo na określone światło (niebieskie) otwierają kanały jonowe w membranie komórkowej. Z tych białek pozyskuje się DNA, które wprowadza się do określonych neuronów w mózgu zwierzęcia. Emisja niebieskiego światła pozwala w efekcie wyzwoić reakcje neuronu.



Materiał genetyczny zostaje włączony do wirusa i następnie wstrzyknięty do ściśle wybranych neuronów w mózgu zwierzęcia. Światło przechodzi przez przewód optyczny i w zależności od długości fali świetlnej albo „włącza” neurony, albo „wyłącza”. Przyjmuje się, że kombinacja pobudzenia i hamowania sieci neuronów wpływa na mechanizmy pamięci i uczenia się, snu, zachowań ruchowych i apetytywnych (pokarm, reprodukcja).

Źródła rysunków (adaptacja własna): <http://www.wiringthebrain.com>, <https://www.mdc-berlin.de>

trycznym) na bodziec świetlny. Krótko mówiąc, wystarczyło samo światło aby szczur ujawniał reakcję lękową. Późniejsze badania mózgow gryzoni ujawniły, że w ich ciałach migdałowych nastąpił wzrost długotrwałego wzmocnienia synaptycznego (LTP), a więc doszło do wyuczenia i utrwalenia nowej reakcji. Co ciekawe, zespół Malinowa wykazał efekt dokładnie odwrotny - stymulacja neuronów innym rodzajem światła może doprowadzić do długotrwałego osłabienia synaptycznego (LTD), czyli faktycznie do oduczenia lub zapomnienia reakcji lękowej na szoki elektryczne. A więc przy użyciu technik optogenetycznych i zwykłych mechanizmów warunkowania (kojarzenia bodźców) możliwe jest włączanie i wyłączenie śladów pamięciowych. Sam Malinow tak skomentował wyniki badań swojego zespołu: „Możemy tworzyć wspomnienia, wycyzyszczać wspomnienia i reaktywować je ponownie przez zastosowanie bodźca, który wzmacnia lub osłabia połączenia synaptyczne”.

TWORZENIE FAŁSZYWYCH WSPOMNIEŃ

Inny zespół badawczy poszedł jeszcze dalej - wykazał, że można optogenetycznie wytwarzać fałszywe wspomnienia, a więc wspomnienia czegoś, co faktycznie nie miało miejsca. Zespół

Susumu Togenawy - laureata Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny - początkowo umieszczał myszy w klatce oświetlonej czerwonym światłem i wysyconej zapachem octu. Takim myszom zostały uprzednio wstrzyknięte wirusy, które przeniosły do neuronów hipokampa białka wrażliwe na specyficzne światło. Komórki hipokampa kodują m.in. kontekst zdarzeń i dzięki temu myszy, ale także ludzie, tworzą ramy czasowe i przestrzenne określonych wydarzeń, a to pozwala na bardziej efektywne ich zapamiętywanie. W kolejnym dniu badania myszy zostały umieszczone w zupełnie innej klatce, wysyconej zapachem migdałów. W tej klatce zwierzęta otrzymywały lekki szok elektryczny i jednocześnie poprzez przewód światłowodowy pobudzano światłem te same komórki mózgu, które były włączane w pierwszej klatce. Po przeniesieniu do bezpiecznej klatki z czerwonym światłem i zapachem octu myszy nieruchomiały z przerażenia, prawdopodobnie oczekując na szok elektryczny. Jak wiemy, w tej pierwszej klatce nie było szoków elektrycznych, więc myszy wykształciły fałszywe wspomnienia z pobytu w tej klatce. A więc doszło do automatycznego przywołania czegoś, co w ogóle nie wystąpiło. Wystarczył pobyt w drugiej klatce i podobna stymulacja optyczna, aby w mózgu zwierząt powstał fałszywy ślad pamięciowy. Jeden z badaczy zespołu Togenawy - Steve Ramirez - stwierdził w podsumowaniu badań, że: „teraz możemy reaktywować i zmieniać treść wspomnień w mó-

zgu i zacząć zadawać pytania, które dotąd były domeną filozofii. Czy istnieje wiele sposobów tworzenia fałszywych wspomnień? Czy można sztucznie wytwarzać fałszywe wspomnienia przyjemnych lub nieprzyjemnych zdarzeń. A co z fałszywymi wspomnieniami czegoś więcej, niż tylko kontekstów [zdarzeń] - fałszywymi wspomnieniami przedmiotów, pokarmu lub innych myszy? Te pytania były kiedyś pytaniami science-fiction, a teraz mogą być eksperymentalnie opracowywane w laboratorium”.

W następnym odcinku przyjrzymy się innym badaniom optogenetycznym w kontekście modyfikacji śladów pamięci w tym pamięci emocjonalnej.

dr Piotr Markiewicz

Chcesz wiedzieć więcej?

Nabavi S. i in. (2014). Engineering a memory with LTD and LTP. *Nature*, 511(7509), s. 348-52
Ramirez S. i in. (2013). Creating a false memory in the hippocampus. *Science*, 341(6144), s. 387-91, s. 348 - 352, s. 387 - 391

Biopsja gruboigłowa wspomagana próżnią

Październik to miesiąc walki z rakiem piersi. Po raz kolejny pragniemy zwrócić uwagę Pań na konieczność wykonywania regularnych badań profilaktycznych.



Rak piersi. Fot. www.onko.edu.pl

Tym razem chcemy przybliżyć pacjentkom metodę diagnostyki zmian ogniskowych piersi, którą stosuje się w naszym szpitalu już od ponad roku, a która pozwala na jednoznaczne określenie ich charakteru. Mowa o biopsji gruboigłowej wspomaganej próżnią (vacuum-assisted biopsy- VAB).

Rak piersi to najczęstsza choroba nowotworowa wśród kobiet. Głównym powodem, dla którego tak wiele kobiet nadal umiera na raka, jest zbyt późne wykrycie choroby, wtedy gdy jest ona już w zaawansowanym stadium. Postęp medycyny, umiejętności polskich lekarzy i nakłady placówek medycznych na specjalistyczną aparaturę stosowaną w diagnostyce i leczeniu onkologicznym sprawiają, że w większości przypadków wczesne wykrycie raka piersi umożliwia całkowite wyleczenie.

Każda kobieta boi się konieczności pobrania (biopsji) z gruczołu piersiowego. Takie jest zalecenie lekarza, jeśli w rutynowym badaniu ultrasonograficznym lub mammograficznym stwierdza się nieprawidłowości w obrazie. Oczywiście wcale nie oznacza to, że dostrzeżona zmiana jest rakiem. Aby stwierdzić czy jest ona łagodna, czy złośliwa potrzebne są dalsze badania diagnostyczne.

Biopsja, czyli pobranie tkanek do badania mikroskopowego (badanie histopatologiczne) pozwala na jednoznaczne określenie charakteru dostrzeżonej w piersi zmiany. Około 80 proc. zmian ma charakter łagodny. Najczęściej nie wymagają one dalszego leczenia. Mogą to być torbiele, gruczolakowłókniaki lub inne zaburzenia struktury.

Zmiany złośliwe wymagają jak najszybszego rozpoczęcia diagnozowania, ponieważ im szybciej nowotwór jest wykryty, tym łatwiej go leczyć. Dlatego tak ważne jest postawienie rozpoznania w przypadku zmian patologicznych w piersi.

Najnowocześniejszą metodą pobierania wycinków z piersi jest biopsja gruboigłowa wspomagana próżnią. System składa się z urządzenia wytwarzającego próżnię oraz igły z mechanizmem rotacyjno-tnącym. W odróżnieniu od biopsji cienko i gruboigłowych w biopsji gruboigłowej wspomaganej próżnią wystarcza pojedyncze ułknięcie, ponieważ dzięki obrotowi igły wokół własnej osi można pobrać tkankę z dowolnego miejsca wokół igły biopsyjnej, w dowolnej ilości i grubości. Ten rodzaj biopsji nie wymaga zakładania szwów i pozostawia jedynie małą 2-3mm bliznę. Jeśli wynik badania jest negatywny – zmiana ma charakter łagodny. Po około pół roku od wykonania biopsji, pacjentka powinna zrobić kontrolne badanie mammograficzne. Pomimo dobrego (negatywnego) wyniku kobieta powinna kontynuować comiesięczne samobadanie piersi oraz regularnie wykonywać badania obrazowe (USG, mammografia) zgodnie z zaleceniami lekarza, w celu jak najwcześniejszego wykrycia jakiegokolwiek zmiany w gruczole piersiowym.

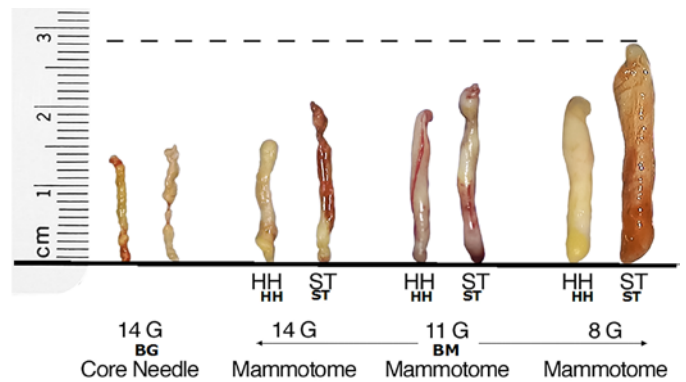
Biopsję gruboigłową wspomaganą próżnią wykonuje się pod kontrolą usg lub po stereotaktycznej lokalizacji zmian przy pomocy mammografii. W kilku ośrodkach w Polsce wykonuje się również takie biopsje po stereotaktycznej lokalizacji metodą rezonansu magnetycznego.



Zabieg biopsji gruboigłowej wspomaganej próżnią pod kontrolą usg (Fot. firma BARD)



Aparat Encore Enspire z dedykowaną do niego rękojeścią i igłami, służący do wykonywania biopsji gruboigłowej wspomaganej próżnią, który wykorzystywany jest w naszym szpitalu. (Fot. firma BARD)



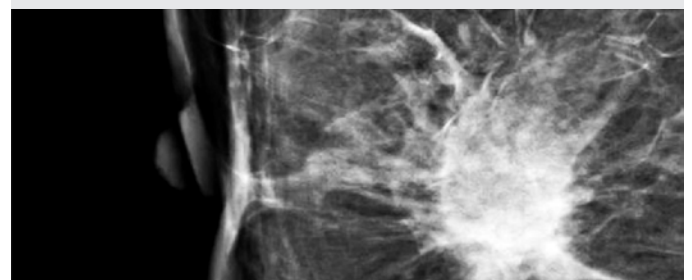
Porównanie wielkości uzyskiwanych w biopsjach biopatów – począwszy od biopsji gruboigłowej poprzez różne rozmiary igieł stosowanych w biopsjach próżniowych. (Fot. firma BARD)



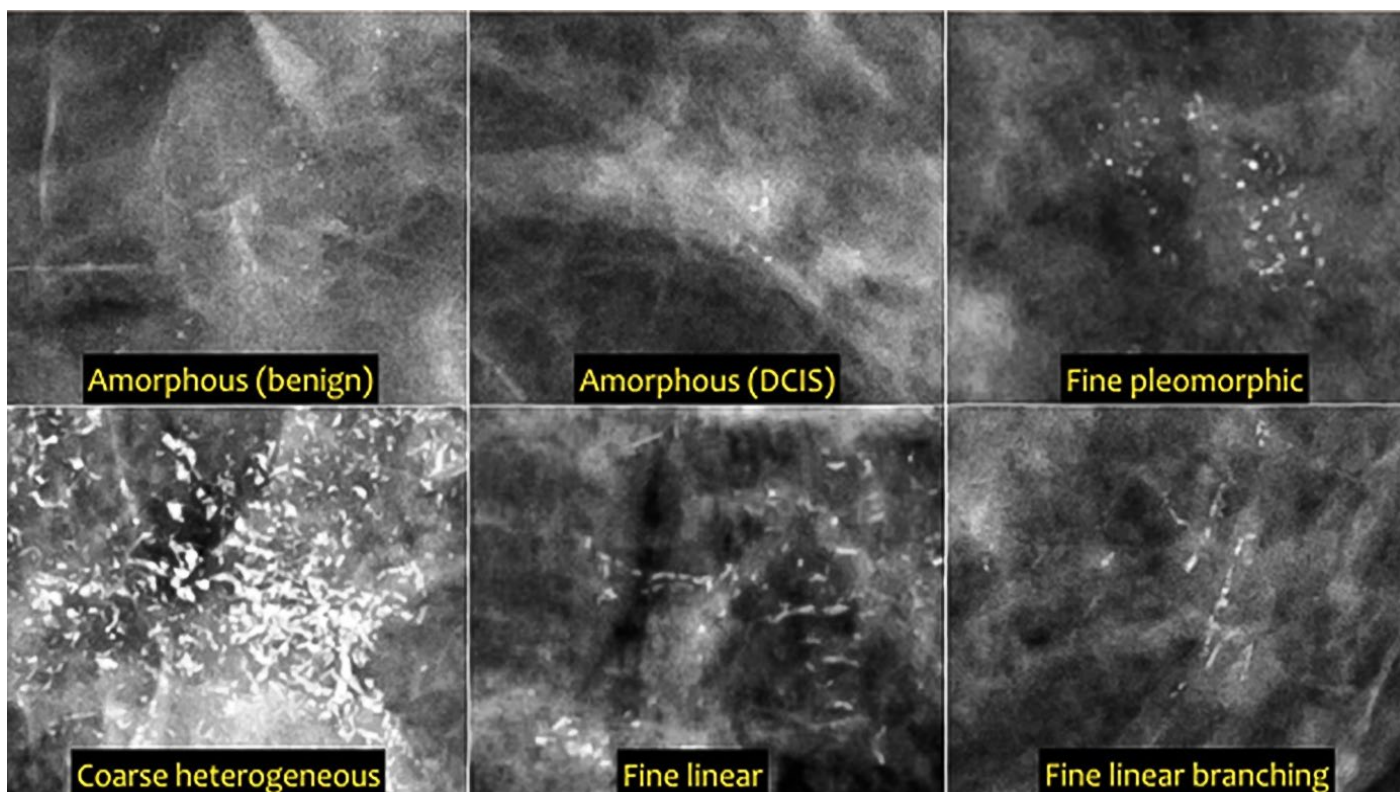
Podjęzana zmiana ogniskowa w badaniu usg

Opisywane biopsje, po konsultacjach z ze specjalistami chirurgii onkologicznej, wykonuje się w Dziale Diagnostyki Obrazowej WSS, przez zespół w składzie: lek. Anna Szalcunas-Olsztyn, pielęgniarki: Anna Spychała, Iwona Krawiec, Małgorzata Rzeszowska.

Uzyskany materiał tkankowy trafia do Działu Patomorfologii, gdzie jest oceniany przez specjalistów.



Obraz mammograficzny podejrzanych mikrozwapnień. (Fot. firma BARD)



Obraz mammograficzny podejrzanych mikrozwapnień. (Fot. firma BARD)

Zalety VAB

- precyzja
- minimalna inwazyjność (miejscowe znieczulenie)
- uzyskanie istotnego histologicznie materiału tylko z jednego (2-5mm) wktucia
- możliwość weryfikacji mikrozwapnień
- dobry efekt kosmetyczny
- łatwość monitorowania zmian w kolejnych badaniach
- możliwość aplikacji znacznika (markera)
- aspekt terapeutyczny w przypadku zmian łagodnych (możliwe usunięcie zmian do 20-25 mm średnicy)
- system oprogramowania umożliwiający zapamiętywanie przebiegu biopsji przy planowanym leczeniu

Wady VAB

- ograniczenia wynikające z lokalizacji zmiany w piersi
- koszty
- możliwość powikłań

Powikłania VAB

Jak w każdej inwazyjnej metodzie diagnostycznej istnieje możliwość powikłań, występują one bardzo rzadko, niemniej każda pacjentka poddawana zabiegowi powinna o nich wiedzieć.

- krwawienie lub krwiak w łoży po biopsji
- dolegliwości bólowe
- uszkodzenie ciągłości skóry poza miejscem wktucia igły
- infekcja
- odma opłucnowa
- choroba Mondora (zakrzepowe zapalenie powierzchownych żył ściany kłp)

Przeciwwskazania do VAB

- stany infekcyjne skóry
- stosowane leki przeciwzakrzepowe
- zaburzenia krzepnięcia
- brak współpracy ze strony pacjentki
- ciąża (w przypadku biopsji gruboigłowej wspomaganą próżnią po lokalizacji mammograficznej)

Dział Gospodarczy istotny element funkcjonowania Szpitala

inż. Karina Rzymowska
kierownik Działu Gospodarczego

Dział Gospodarczy to obecnie 24 osoby pracujące na różnych stanowiskach. Jesteśmy największym Działem w pionie zastępcy dyrektora ds. eksploatacyjno - technicznych.

Dział obsługuje 53 umowy z czego 36 to umowy związane z dzierżawą powierzchni na gabinety lekarskie oraz dla firm mieszczących się na terenie szpitala; 17 dotyczy umów związanych ze świadczeniem usług przez firmy zewnętrzne tj. pranie, sprzątanie, żywienie pacjentów, transport sanitarny, telefonia komórkowa i stacjonarna, ochrona mienia, dezynsekcja i deratyzacja, parkingi, odpady.

Gospodarka odpadami czyli co włożyć w jaki worek

Wbrew pozorom to trudny temat i my zdajemy sobie z tego sprawę, dlatego zawsze służymy pomocą wszystkim komórkom, by spełnić wymagania sanepidu i by nie było żadnych zastrzeżeń. Gospodarka odpadami to również pełna dokumentacja: karty przekazania odpadów, karty ewidencji odpadów, dokumenty potwierdzające unieszkodliwienie, które codziennie uzupełniamy zgodnie z ilością wytworzonych odpadów w całym Szpitalu.

Gospodarowanie nieruchomościami

To dbanie o budynki i budowle, sprawozdania do urzędów, podatki od nieruchomości, to zajmowanie się rezerwacją sali wykładowej i sal konferencyjnych. Ponadto prowadzimy rejestr użytkowników szatni dla personelu oraz rejestr miejsc parkingowych. Współpracujemy z Działem Eksploatacyjno-Technicznym oraz Sekcją Inwestycji w sprawie napraw bieżących usterek oraz wspólnie szukamy nowych rozwiązań, takich jak np. gdzie można zaadoptować powierzchnię na stworzenie dodatkowej szatni dla pracowników. Organizujemy również prace przeprowadzkowe.

W naszym Dziale nadzorujemy także prace skazanych odpracowujących kary ograniczenia wolności z obowiązkiem wykonania nieodpłatnej, kontrolowanej pracy na cele społeczne. W tej kwestii ściśle współpracujemy z Sądem Rejonowym w Olsztynie.

Każdy nowy miesiąc to dla nas całe stopy faktur do sprawdzenia pod względem rozliczenia kosztów oraz weryfikacji merytorycznej. I tak w każdym miesiącu w pełnym skupieniu, kartka po kartce sprawdzamy faktury, by nie przeoczyć żadnego grosza.

Szwalnia i magazyn fartuchów

Mamy pełne ręce roboty. Wyszywamy oznakowania na koce, poduszki, pokrowce na inkubatory, szyjemy wiązadła, serwetki z gazy, obszywamy ekolastikiem niestandardowe watki, poduszki, materace, wszystko na zlecenia oddziałów. W magazynie bielizny brudnej liczymy asortyment niechipowany, sprawdzamy codzienną liczbę zdawanej bielizny szpitalnej. Prowadzimy magazyn fartuchów.

Portiernia - Punkt informacyjny, „centrum dowodzenia światem”

To tu w pierwszej kolejności pacjent jest instruowany jak dojść do poszukiwanej poradni, oddziału, komórki organizacyjnej, pod jakim numerem znajduje się dana poradnia oraz w jakich godzinach przyjmuje dany lekarz. Prowadzimy tu także rejestr pobranych kluczy do pomieszczeń nie znajdujących się w oddziale. Nie wszyscy wiedza, że portiernia to również punkt alarmowy. W pomieszczeniu portierni znajdują się 4 centrale poż. obsługiwane przez panią portierki. To właśnie one w pierwszej kolejności dokonują sprawdzenia zasadności włączenia się sygnału poż. oraz informują monitoring i straż pożarną o konieczności podjęcia dalszych działań. Wymaga to od personelu portierni bardzo dobrej znajomości infrastruktury szpitala i Instrukcji Bezpieczeństwa Pożarowego oraz częstych ćwiczeń i szkoleń w których zawsze uczestniczymy.

Posiadamy małą flotę

Szybką karetkę do transportu materiałów biologicznych i krwiopochodnych, która codziennie zabezpiecza pacjentów w krew. Toyotę Avenis, która jest dla nas małą limuzyną oraz Opla, niezastąpionego do zaopatrzenia Szpitala, dwa ciągniki oraz Renault Trafik. Zawsze jesteśmy do dyspozycji dyrekcji, pracowni żywienia do i pozajelitowego oraz pracowników szpitala, którzy potrzebują transportu w celach służbowych. W 2016 roku wprowadziliśmy zarządzenie Dyrektora regulamin korzystania z samochodów służbowych. Ponadto prowadzimy gospodarkę samochodową oraz na bieżąco rozliczamy codzienne zużycie paliwa.

Widzę i wiem, gdzie idę

Wraz z Działem Zarządzania Marketingu i Promocji dbamy o wizerunek posesji szpitala poprzez właściwe oznakowanie posesji i budynków. Systematycznie gospodarujemy szatą

roślinną (nasadzenia, koszenie, pielęgnacja drzewostanów, odśnieżanie). Oczywiście wszystko zgodnie z projektami nasadzeń oraz „dobrym smakiem” Pani ogrodnik.

Jak widać także i nasza komórka odgrywa istotną rolę w funkcjonowaniu Szpitala, chociaż dla pacjenta jest ona niedostrzegalna.

ppłk. rezerwy mgr
inż. Zbigniew Szpindor
inspektor ds. Obrony Cywilnej

Oprócz tych wszystkich zadań etatowych wykonywanych przez pracowników Działu Gospodarczego realizują Oni dodatkowo zadania z Obrony Cywilnej i Zarządzania Kryzysowego tj.:

- są członkami Stałego Dyżuru Dyrektora Szpitala i wykonują zadania z tego zakresu (przyjmują zadania, sprawdzają wiarygodność źródła ich pochodzenia, rozkodowują ich treści i przekazują je do realizacji poszczególnym komórkom organizacyjnym Szpitala lub osobom funkcyjnym, meldują o ich realizacji przełożonym Szpitala),
- pełnią rolę Punktu Alarmowego Szpitala (przekazują treści zarządzonych sygnałów alarmowych i komunikatów ostrzegawczych poszczególnym komórkom organizacyjnym Szpitala),
- udzielają potrzebnych informacji służbom zewnętrznym przybyłym do Szpitala podczas interwencji (Policja, Państwowa Straż Pożarna, Patrol Pirotechniczny itp.) o zaistniałej sytuacji, lokalizacji poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala oraz osób funkcyjnych.

Pracownicy Ci posiadają poświadczenia bezpieczeństwa wymagane podczas rozkodowywania zadań operacyjnych nათოzonych na Szpital przez przełożonych. W sytuacjach zagrożenia i kryzysu udzielają instruktażu obsadzie ochrony szpitala i obsłudze parkingów. Jedną z najmłodszych w szpitalu kierowniczków - Karina Rzymowska, wykonuje te zadania wraz ze swoim zespołem w sposób wzorowy, z pełnym zaangażowaniem i zrozumieniem potrzeby ich realizacji.





ODKRYWAMY AMERYKĘ

ZACHODNIE WYBRZEŻE USA

Zachodnie Wybrzeże Stanów Zjednoczonych udowadnia, że przyroda to właśnie to, co w tym kraju jest najlepszego.

Najwspanialsze parki narodowe i rezerwy USA. Czerwone wzgórza, oryginalne formacje skalne, kaniony oraz kraterzy w Arizonie i Utah. Pustynie w Arizonie i Nowadzie, gigantyczne sekwoje w Kalifornii. Rozrywkowe Las Vegas, artystyczne San Francisco i filmowe Los Angeles. A do tego plaża w Santa Monica i widoki na Pacyfik - brzmi niezmiernie i zapowiada podróż z przyciąganiem!

W XIX wieku większość Amerykanów była zainteresowana ujarzmieniem dzikiej przyrody, a nie jej ochroną, ale idea zachowania rozległych, dzikich przestrzeni dla przyszłych pokoleń już się powoli rozwijała.

W dniu 25 sierpnia 1916 r., prezydent Woodrow Wilson podpisał ustawę o utworzeniu Amerykańskiej Służby Parków Narodowych (National Park Service – NPS), której celem jest ochrona niezwykłych miejsc przyrodniczych „w taki sposób, aby zachować je w stanie nienaruszonym dla przyszłych pokoleń”.

A zatem na rok 2016 przypada 100-lecie istnienia federalnego programu ochrony unikalnych miejsc stanowiących dziedzictwo przyrodnicze i kulturowe Stanów Zjednoczonych.

Obecnie w Stanach Zjednoczonych znajduje się ponad 400 parków i obszarów przyrody chronionej.

System amerykańskich Parków Narodowych słynie ze wspaniałych krajobrazów, jednak ponad połowa podlegających mu obszarów to również miejsca ważne dla historii kraju.

Różnorodność amerykańskich parków znajduje odzwierciedlenie w nadawanych im tytułach

i nazwach. Oprócz parków narodowych są narodowe rezerwy, pomniki przyrody i kultury, miejsca pamięci narodowej, miejsca historyczne narodowe wybrzeża, pola bitewne, itp. Prawie 300 milionów osób odwiedza je corocznie!

Jak powiedział prezydent Obama - „nasz dobrobyt zależy od dobrego gospodarowania powietrzem, którym oddychamy, wodą, którą pijemy, a także ziemią, którą uprawiamy”.

Yellowstone powstał jako pierwszy na świecie park narodowy w 1872 r. Od tego czasu setki innych miejsc zostały wpisane na listę dziedzictwa przyrodniczego i kulturowego w Stanach Zjednoczonych.

Amerykańscy strażnicy parków - rangersi, kojarzeni są przede wszystkim z charakterystycznym nakryciem głowy, specyficznym kapeluszem, nazwanym Smokey Bear, będącym reliktem XIX stulecia, z czasów, kiedy Yellowstone (pierwszy park narodowy Stanów) patrolowała amerykańska kawaleria i kiedy styl życia rangersów określiły wzorce wojskowe. Obecnie rangersi to ludzie z misją, dążący głębokim szacunkiem i przywiązaniem obszary, które powierzono ich opiece, często swoją pracę wykonujący społecznie. Są oni bardzo szanowani i doceniani w amerykańskim społeczeństwie, to jakby tacy nasi GOPR-owcy.

PUSTYNIE

W Kalifornii stykają się trzy odrębne pustynie: **Mojave, Sonora i Wielka Kotlina.**

To najgorętsza i najsuchsza część Ameryki Północnej - latem temperatura przekracza tu 46°C, a porażające słońce jest wielkim zabójcą - „tu z powierzchni wystają kości ziemi” - tak mówią rdzenni mieszkańcy tych terenów. W 1994 r. Kongres Stanów Zjednoczonych i prezydent

podpisali Ustawę o ochronie Kalifornijskich Pustyni, tworząc na ich obszarze trzy duże parki narodowe: Doliny Śmierci, Drzewa Jozuego i Pustyni Mojave.

Park Narodowy Doliny Śmierci

Już sama nazwa przywołuje wizję rozgrzanego do niemożliwości powietrza, oślepiającego słońca i zbieleńskich szkieletów.

Dolina Śmierci jest częścią pustyni Mojave i na całej swej długości 225 km wciśnięta jest między nagie skały stromych górskich zboczy, którą miliony lat temu wypełniało słone jezioro, po którym pozostały solniska, płaty spękanego błota i piaszczyste wydmy.

Na początek warto objąć wzrokiem Dolinę Śmierci z punktu widokowego Zabriskie Point - słynnego z powodu ciekawych erozyjnych formacji skalnych (badlands). Nazwa została nadana na cześć Christiana Brevoorta Zabriskiego - prezesa firmy wydobywającej złoża mineralne z Doliny Pacific Coast Borax na początku XX w, który był potomkiem szlachcica polskiego, Albrychta Zaborowskiego, luteranina urodzonego w Węgorzewie w 1638 r.

Miejsce to zostało również pokazane w słynnym filmie Michelangela Antonioniego „Zabriskie Point” z 1970 r. Film stanowi swoistą manifestację ducha młodzieżowej rewolty tamtych lat i próbę zrozumienia jej przyczyn na tle problemów młodzieży, wynikających z nich zachowań oraz konsekwencji, jakie za sobą niósł, a główny bohater na pustyni spotyka hippiskę i dalej podróżują już razem, by w miejscu Zabriskie Point przeżyć gorącą miłość.

W oficjalnej nocie wydanej przez Służbę Parków Narodowych można przeczytać: „wycieczka

drogowa zapoznająca z najważniejszymi obiektami w rejonie Doliny Śmierci zajmuje cały dzień. Na dokładne poznanie wszystkich zakamarków tego wielkiego parku trzeba przeznaczyć całe życie" - nic dodać i nic ująć!

Park Narodowy Doliny Śmierci to obszerny teren o zdumiewających różnicach wysokości od 3368 m n.p.m. (Telescope Peak) do - 86 m p.p.m. w najniższym miejscu Doliny, zwanym **Badwater** (Zła Woda - zła, bo stona!), który jest jednocześnie najniższym punktem obu Ameryk - taka depresja to dopiero coś!, a pionierzy i kowboje, którzy tu dawniej błędzili mawiali, że nie ma tu nie tylko wody, ale i drzewa, na którym z rozpaczy można by się powiesić!

Naukowcy, po ponad wieku, wreszcie wyjaśnili tajemnicę tzw. **wędrujących kamieni z Doliny Śmierci**. Głazy, przesuwane się w tajemniczy sposób po dnie doliny, zostały sfilmowane, a ich ruch oznaczony za pomocą pomiarów GPS. Padł jeden z ostatnich bastionów zjawisk niewyjaśnionych. Od ponad wieku naukowcy starali się wyjaśnić, dlaczego w kalifornijskiej Dolinie Śmierci za głazami ciągną się długie ślady, ewidentnie zrobione przez te kamienie. Ale w jaki sposób? Tego nie wiedział nikt. Powstało więc wiele fantastycznych teorii, z wykorzystaniem „sił” boskich i niezemskich. Ta dolina to najsuchsze miejsce Ameryki i jedno z najgorętszych miejsc na Ziemi. Mimo to zimą i wiosną pojawia się tam wilgoć ze śniegu topniejącego w pobliskich górach Panamint, których wierzchołki sięgają około 3500 m n.p.m. Kiedy nocami temperatura w Dolinie Śmierci spada poniżej zera, na powierzchni gruntu tworzy się delikatna warstewka lodu. Pod wpływem ciepła słonecznego podmuchy wiatru kruszą i popychają lód, który przesuwa się, ślizgając na wodzie i pociągając wtopione w krę głazy. Wiatr nie musi nawet zbyt mocno wiać - wystarczająco zaledwie 4 m/s. Ot, i cała sprawa. Naukowcom udało się to zjawisko zobaczyć na własne oczy i w dodatku nagrać na wideo - i całe szczęście, bo chyba nie uwierzyłabym na słowo w to mało satysfakcjonujące wyjaśnienie.

Park Narodowy Drzew Jozuego

W 1936 r. ustanowiono tu pomnik narodowy, w 1984 r. rezerwat biosfery, aby w 1994 r. całą okolicę objęto parkiem narodowym, którego tereny zajmują część pustyni Mojave i Sonora.

Mormonom wyciągnięte konary pustynnej juki przypominały ramiona rozpostarte w powitalnym geście, zapraszające do ziemi obiecanej, a splątane kępki liści/igiet przywozili na myśl brodę starotestamentowego patriarchy Jozuego. No naprawdę trzeba coś pożuć i powąchać lub popić by sobie tak to wyobrazić :)

Największe okazy drzewa Jozuego osiągają wysokość ok. 9 - 15 metrów i żyją do 200 lat, a im starsze tym mają więcej odgałęzień.

Sonora, której charakterystyczną rośliną, znaną z wszystkich klasycznych westernów, jest kandelabrowy, ogromny kaktus „świecznik” - saguaro (*cereus olbrzymi*), występujący tylko na tej pustyni.

Nad pustyniami niebo prawie zawsze jest czyste dlatego jest to idealne miejsce do prowadzenia obserwacji astronomicznych i wiele towarzystw naukowych prowadzi tu wielodyscyplinarne badania. Pustynie ze swoją tajemniczością przyciągają też wielu marzycieli i romantyków, którzy szukają na tych bezkresnych terenach sensu życia. Ale jest to też wymarzony teren dla fotografów - zawodowych i amatorów, którzy przemierzają tu szlaki, obciążeni skomplikowanym sprzętem, szukając idealnych ujęć w magicznym, pustynnym świetle.

LAS VEGAS

To niezwykle miasto znajduje się w centrum pustyni Mojave. Niegdyś to miejsce było doliną porośniętą trawą - oazą wśród piasków pustyni. Hiszpanie nazwali je Vegas (łąka) i tak zostało, gdy Nevada od Meksyku przejęli Amerykanie. Miasto byłoby zwykłym przystankiem kolejowym w drodze na zachód, gdyby nie Wiel-

ki Kryzys i mająca być remedium na bezrobocie budowa zapory Hoovera - największej wówczas elektrowni na świecie. Robotnicy po ciężkiej pracy potrzebowali rozrywki, więc Nevada zdecydowała się na krok rewolucyjny i w 1931 r. jako pierwszy stan zalegalizowała hazard. Las Vegas rozkwitło. Automaty do gry zaczęły przyciągać turystów, którzy szybko zastąpili robotników. Pierwszy hotel na głównej ulicy miasta The Strip powstał w 1941 r., a już od końca II wojny światowej Vegas było mekką ludzi żądnych rozrywki. Elvis Presley, Frank Sinatra, Dean Martin, Nat King Cole byli stałymi gośćmi i wraz z gwiazdami pojawiła się mafia - mawiano, że to „słoneczne miejsce dla ludzi cienia”. Straty na przedmieściach nie zniechęcały - przeciwnie, turyści łaknęli „Dzikiego Zachodu”. Hotele i kasyna wyrastały jak grzyby po deszczu, a prostytutka, narkotyki i wysoka przestępczość były codziennością miasta. Dopiero w latach 80-tych XX wieku za kratki trafił ostatni mafijni bossowie, a miasto wraz z otwarciem hotelu „Mirage” rozpoczęło nowy etap rozwoju, przekształcając spelunki w luksusowe, atrakcyjne obiekty.

W Las Vegas wszystko jest dozwolone. Najbardziej wyuzdane marzenia i najbardziej dziwaczne żądanie tu mają szansę się spełnić, a celebrytów jest tak dużo, że nikogo nie dziwi fakt pojawienia się kolejnej znanej twarzy. Tak samo łatwo jak wziąć ślub, można się też tu rozwieść. Obowiązuje święta reguła - „co zdarzyło się w Vegas, zostaje w Vegas” - znana nam doskonale z filmów pod tytułem „Kac Vegas” ... dlatego też nie można robić zdjęć w kasynach, bo a nuż ktoś niepowołany (np. żona) zobaczy.

Las Vegas to kwintesencja show-biznesu i amerykańskiej przedsiębiorczości. Tu każdy czuje się jakby grał w filmie. I choć wszystko skąpane jest w kiczu, we mnie wzbudziło to autentyczny podziw - jest w tym ogromny rozmach i pomysłowość na jakie stać chyba tylko Amerykanów. Co rusz powstają nowe hotele a stare się wyburza lub modernizuje. Najstarszym, który nieprzerwanie działa od 1946 r. jest Flamingo, wybudowany przez gangstera Benjaminą „Bu-





gsy" Siegala, a jego nazwa upamiętnia narzeczoną gangstera, którą Bugsy nazywał flamingiem ze względu na jej długie nogi.

Spacerując po centrum Las Vegas, wielkim bulwarem o nazwie Strip, można odnieść wrażenie, że odbywa się podróż dookoła świata. Przed kompleksem zwanym New York -New York stoją 46 metrowa Statua Wolności i imitacje słynnych budynków, z Empire State Building włącznie, a samo kasyno nosi miano Central Park. Trochę dalej wznosi się hotel Paris, a przed nim wielki Łuk Triumfalny (2/3 wysokości oryginału) i wieżę Eiffla, która miała być taka sama jak w stolicy Francji, jednak bliskość lotniska sprawiła, że trzeba było poprzestać na o połowę mniejszej kopii.

A może wolicie Wenecję? W hotelu - kasynie Venetian, można się przepłynąć gondolą i popatrzeć na kopię placu św. Marka. Preferujecie Rzym? To odwiedźcie Caesars Palace, gdzie poczujecie się niczym Juliusz Cezar i zaliczycie Koloseum, fontannę di Trevi i odpowiednik Hiszpańskich Schodów (w odróżnieniu od oryginału są ruchome). W ogóle w Caesars Palace wyjątkowo dużo się dzieje - organizowane są tu wielkie hotelowe show z występami czołówki światowych gwiazd, w tym Celine Dion, Eltona Johna, Roda Stewarta. Organizowane są tu wielkie walki bokserskie - występował tu także legendarny Muhammad Ali, a nawet na należącym do hotelu terenie rozgrywano wyścigi Grand Prix Formuły 1 (przestano, bo kierowcy nie wytrzymywali pustynnego upału!). Jest jeszcze do wyboru Egipt - czyli hotel Luxor, kształtem przypominający potężną sięgającą 110 metrów (30 pięter) szklaną piramidę, gdzie wejścia strzegą wielki Sfinks i obelisk, taki sam jak w Luksorze. Do pomysłów jakim faraonom się nie śniło należy wystrzelony ze szczytu piramidy snop światła, tak silny, że można go dostrzec z odległego o 450 km Los Angeles. Zdaniem obsługi hotelu bywa widoczny również z kosmosu!

Z hotelowego okna widać baśniowy zamek - kolejny hotel i kasyno Excalibur, nawiązujący do legendy o królu Arturze. Dalej Mandalay Bay Resort & Casino - motywy tropików nadają temu ośrodkowi elegancji, a słynny kompleks wodny Laguna, ma baseny ze sztuczną falą i plażą. Ogromną atrakcją jest też Shark Reef (Rafa Rekinów) - potężne akwarium, z około 100 rekinami, krokodylami, murenami i jadowitymi skrzydlicami.



The Mirage - to tropikalna „wyspa” ozdobiona lagunami, wodospadami i wulkanem, który pluje ogniem, dymem oraz płonącym olejem o zapachu kokosa; znajduje się tu basen z delfinami i ogrodzone zoo z białymi tygrysami i wieloma innymi, egzotycznymi zwierzętami.

Bellagio - jest to najbardziej wyszukany hotel i kasyno, zaprojektowane w taki sposób aby hotel przypominał wioskę na jeziorze Como. W hotelu znajduje się Galeria Sztuk Pięknych Bellagio, w której znajdują się takie eksponaty jak carskie jaja Faberge, płótna Rembranta, Van Gogha, Picassa. Miejsce znane jest z bardzo „dorostej” atmosfery - jest tu ścisły zakaz wstępu nieletnim, a także z fantastycznego pokazu „grających” fontann i z kilku najlepszych w mieście restauracji.

KUCHNIA

Kuchnia USA to nie tylko frytki i burgery. Na stole miejsce hot dogów mogą zająć ostrygi Rockefeller, sałatka Waldorff i królewski stek Oscar. Te amerykańskie dania są naprawdę wyrafinowane i przepyszne!

Przepis na ostrygi Rockefeller powstał pod koniec XIX wieku w Nowym Orleanie, w restauracji Antoine's. Bezpośrednią przyczyną użycia lokalnych ostryg była przerwa w dostawie francuskich ślimaków. Nazwisko najbogatszego Amerykanina znalazło się w przepisie, aby podkreślić intensywny i bogaty smak sosu, który wytwarza się podczas zapiekania ostryg.

Sałatkę Waldorff wymyślono oczywiście w hotelu Waldorff w Nowym Jorku, również ponad sto lat temu. Jest genialnym połączeniem świeżych, kwaśnych owoców i warzyw z tłustym pleśniowym serem oraz chrupiącymi orzechami - idealny, zdrowy i całkiem sycący lunch.

Stek Oscar to połączenie najlepszego amerykańskiego steku z polędwicy wołowej ze składnikami znanymi z innego przepisu - cielęciny Oscar, nazwanej podobno na cześć króla Norwegii. To prawdziwie międzynarodowy miks kulinarny, bo wykorzystuje jeszcze francuski sos bearnaise. Dodatek mięsa kraba dodaje dania lekkości i odrobinę stodyczy.

Wypróbujcie te przepisy - ja już to zrobiłam - a taki obiad zmieni się w królewską i niezapomnianą ucztę! c.d.n.

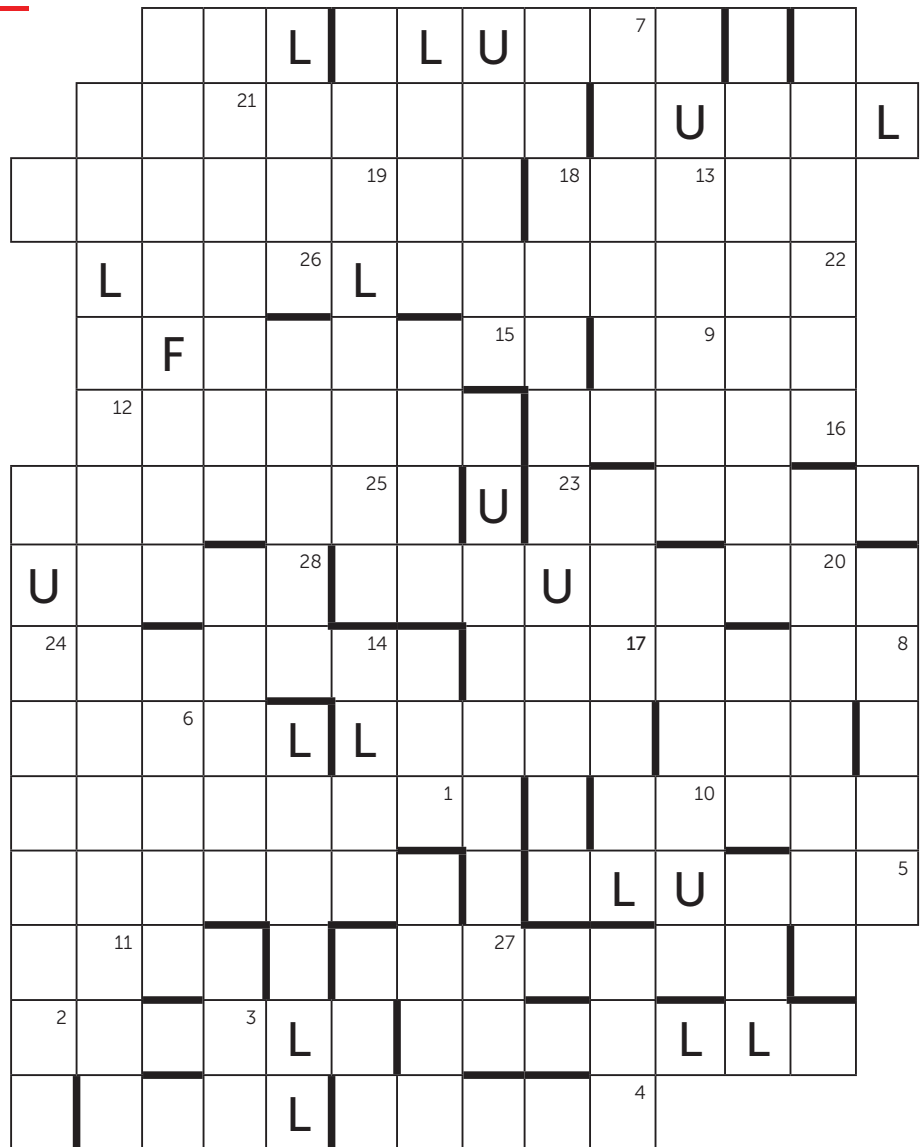
dr Emilia Paszkowska



51 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienia 62 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: F, L i U. Na ponumerowanych polach ukryto 28 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to przystowie chińskie. „BJER”


- tłuszcz wieloryba
- żona moja
- drugi port Kraju Nadmorskiego
- łazanka, kopytko
- aspiryna
- ojciec Chama
- dawny pomocnik biskupa
- zasiana jesienią
- jezioro pod Rezaije
- koszykarz Shaq
- żaglowiec 2-masztowy z ożaglowaniem skośnym
- ciśnienie, gwałt
- policzki
- nigeryjski złoty
- popularna niemiecka sieć sklepów
- źródło opium
- kąpielisko w Ligurii, miejsce traktatów lat 20-ch
- skrzynia do prac pod wodą
- twardy minerał, dwutlenek tytanu
- między cyrkonem a molibdenem
- indukcja własna
- klub prasy i książki
- transpiracja pod pachami
- kraj z Hajfą
- ekonomiczna polityka ZSRR po 1921 r.
- stolica Togo
- sokora lub osika
- uwodzicielstwo
- „... ne va plus”
- stan z Boise
- pęcherzyk z ptynem surowicznym lub ropnym
- podbici przez Pizarra
- buty majora
- saturnizm
- gramodrobina
- ptynie na granicy Syrii i Jordanii
- kolor niewinności
- krwiozercze w Amazonce
- Amy, poetka, autorka „John Keats”
- klerycy
- wodne stworzonko
- zapał, uniesienie
- największe jezioro Australii
- broń ułana
- beczczaskowie
- gra na trombonie
- stolica kantonu Valais
- skoczny taniec niemiecki
- czutki
- głoś ptasząt
- rynnowe jezioro z Nettą
- wywiad Izraela



- trójjodometan
- założycielka Kartaginy
- muł denný
- jedna setna siwerta
- kraj Straussów
- pląs
- zoofile
- grunwaldzki oboźny z Maszkowic
- dawny student
- uśmiercenie

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		

Rozwiązanie krzyżówki nr 50 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 51): „Wielbłąd nie widzi swego garbu”. Nagrodę otrzymuje Tadeusz Ostrowski- emeryt. Gratulujemy! Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.

The image features two autumn leaves on a dark green, wet surface. The top leaf is smaller, with a reddish-brown hue and a scalloped edge. The bottom leaf is larger, with a more vibrant red-orange color and a lobed shape. Both leaves are covered in small, glistening water droplets. The background is a dark, textured green, possibly a leaf or a piece of fabric, also wet with water.

*Jak nie kochać jesieni,
jej babiego lata,
liści niesionych wiatrem,
w rytm deszczu tańczących.
Ptaków, co przed podróżą
na drzewach usiadły,
czekając na swych braci,
za morze lecących. (...)*

*„Jak nie kochać jesieni...”
Tadeusz Wywrocki*