




PULS SZPITALA

ISSN 1644-8162

NR 35/2 kwiecień – czerwiec 2012



**Leczenie
wewnątrznaczyniowe
tętniaków
i rozwarstwień aorty**

Drodzy czytelnicy

Wakacje to czas relaksu, wszechobecnego lenistwa i odprężenia. I nasz wakacyjny Puls nie zakłóca tego stanu. Artykuł Emilii Paszkowskiej o Laosie idealnie wpisuje się w wakacyjną tematykę. Jeżeli ktoś jeszcze nie wybrał miejsca na spędzenie urlopu to zapraszamy do Laosu, gdzie „długie dni toczą się powoli, a z ludzi promieniuje spokojna słodycz”.

Naszym przewodnim tematem jest leczenie wewnątrznaczyniowe tętniaków i rozwarstwień aorty. Dr Anna Szalcunas opisuje tę najczęstszą chorobę aorty oraz sposoby jej leczenia. Tętniaki i rozwarstwienia aorty występują u ludzi w każdym wieku, głównie u osób starszych, a ich liczba i wielkość wzrasta z wiekiem.

Dzięki artykułom „Zarządzanie procesowe” oraz „Marketing w szpitalu – nowe wyzwania” ujrzymy ekonomiczną stronę Szpitala. W pierwszym z-ca dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych Michał Danowski mówi o obecnej kondycji finansowej szpitala, priorytetowych zadaniach i zarządzaniu rentownością, a dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, w drugim artykule, przybliży działania marketingowe w szpitalu oraz przedstawia rolę i znaczenie działów marketingu w placówkach ochrony zdrowia.

Już po raz piąty psycholog Piotr Markiewicz zabiera nas w głąb naszej pamięci. Tym razem jest to pamięć autobiograficzna i amnezja dziecięca. Jeżeli zastanawiali się, Państwo dlaczego nie pamiętacie pierwszych lat swojego dzieciństwa, odpowiedź znajdziecie w artykule „Pamięć i jej zagadki”.

Zapraszam do lektury.

Kornelia Kotwicka - Łucewicz

redaktor naczelna



Spis treści

- 3 Centrum ratowania życia
- 4 Leczenie wewnątrznaczyniowe tętniaków i rozwarstwień aorty piersiowej oraz brzusznej
- 5 Goście z Kaliningradu
- 6 Zarządzanie procesowe w Szpitalu
- 7 Dziękujemy
- 8 Pamięć i jej zagadki cz.5
- 10 Ostatni skok
- 11 Dbaj o serce – Program profilaktyki wtórnej u pacjentów po przebytych zawale serca leczonym angioplastyką wieńcową w latach 2010-2011
- 12 Tarczyca i jej rola w organizmie człowieka
- 13 Informacja o Radzie Społecznej
- 14 Schemat struktury organizacyjnej WSS w Olsztynie
- 16 Akredytacja jako system oceny jakości opieki w szpitalu
- 17 Marketing w szpitalu – nowe wyzwania
- 20 XX Jubileuszowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego
- 21 Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek i Położnych
- 22 Inwestycje współfinansowane przez UE
- 24 LAOS – spokój nad Mekongiem cz. 2
- 26 Szpital we fraszce
- 26 I Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Pielęgniarstwo- nauka i praktyka”
- 27 Krzyżówka



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Infrastruktura i Środowisko

Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi

Centrum ratowania życia

Urazy wielonarządowe, które występują najczęściej podczas wypadków komunikacyjnych, należą do tych najbardziej zagrażających życiu człowieka. Dzięki utworzeniu centrum urazowego, zwiększają się szanse na uratowanie życia, a zmniejsza ryzyko powstania powikłań.

Rozbudowa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie obejmuje swoim zakresem nie tylko budowę kompleksu sal operacyjnych, ale również utworzenie na bazie istniejących oddziałów centrum urazowego, które stanie się już niebawem szansą na szybkie i skuteczne leczenie pacjentów z urazami wielonarządowymi. Drogi Warmii i Mazur nie należą do bezpiecznych, a zwiększony ruch turystyczny wręcz podwaja liczbę użytkowników szos. Czas wypoczynku jest więc okresem, kiedy liczba pacjentów z tego typu urazami znacznie się zwiększa. Często szybka pomoc udzielona w specjalistycznym centrum urazowym jest jedyną szansą na uratowanie zdrowia, a wielokrotnie i życia pacjenta z wielonarządowym urazem.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie w oparciu o Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, uzyskał dofinansowanie z zadania dotyczącego rozwoju systemu ratownictwa medycznego na utworzenie centrum urazowego. Starania uwieńczone zostały sukcesem i do końca lipca 2012 r. zostaną zakończone wszystkie przewidziane w projekcie prace, których celem jest stworzenie warunków do powstania nowoczesnego centrum urazowego stwarzającego



możliwość szybkiego, wieloprofilowego i wysokospecjalistycznego leczenia pacjentów z wielonarządowymi urazami ciała. Oprócz zakupu dodatkowego sprzętu medycznego część oddziałów przeszła gruntowy remont i została przystosowana tak, by wkomponować się w struktury centrum. Oddziały chirurgii ogólnej, naczyniowej i otolaryngologii zostały przebudowane i wyposażone tak, aby w ich strukturach możliwe były do wykonania zabiegów z zakresu

urologii, chirurgii twarzowo-szczękowej i torakochirurgii. W zakresie remontu dokonano wymiany okładzin ścian i podłóg, wymianę stolarki drzwiowej, instalacji elektrycznych i wodno-kanalizacyjnych. Zmodernizowano również Szpitalny Oddział Ratunkowy.

Niezbędnym elementem centrum urazowego jest lądowisko dla śmigłowców lotniczego pogotowia ratunkowego. Niedawno zakończono jego budowę i spełnia ono najwyższe standardy bezpieczeństwa, a śmigłowce z osobami potrzebującymi natychmiastowej pomocy medycznej mogą na nim lądować nawet w nocy. – W ramach zrealizowanego projektu powstało w naszej placówce centrum urazowe. Dzięki niemu zapewnimy komplementarne, specjalistyczne leczenie pacjentów z urazami wielonarządowymi. Dzięki modernizacji oddziałów i zakupowi nowej aparatury medycznej możemy zapewnić jednoczesną opiekę większej liczbie pacjentów. Został również stworzony zespół urazowy, który w krótkim czasie jest w stanie udzielić pomocy pacjentom z urazami wielonarządowymi – mówi Irena Kierzkowska, dyrektor WSS. Całkowity koszt projektu wyniósł ponad 13 mln zł, z czego kwota dofinansowania wyniosła ponad 9,5 mln zł.

Krzysztof Kozłowski

Źródło finansowania

Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013
Priorytet XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia
Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego

Leczenie wewnątrznacyniowe tętniaków i rozwarstwień aorty piersiowej oraz brzusznej

Najczęstszymi chorobami aorty jest jej tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie. Tętniak aorty lub jej rozwarstwienie zagraża pęknięciem skutkującym krwotokiem prowadzącym do zgonu.

O tętniaku aorty mówimy, gdy ulega ona poszerzeniu przekraczającemu 50% średnicy niezmiennego odcinka aorty lub powyżej, gdy średnica aorty przekroczy 40-50 mm. Rozwarstwieniem aorty nazywamy odwarstwienie jej błony wewnętrznej.



Tętniaki, rozwarstwienia występują u ludzi w każdym wieku, głównie u osób starszych, ich liczba i wielkość wzrasta z wiekiem. Dotyczą często osób z nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością krążenia, u których zabieg operacyjny obarczony jest bardzo wysokim ryzykiem zgonu okołoperacyjnego, w przypadku tętniaków aorty zstępującej sięga 80-90%.

Poza miażdżycą i nadciśnieniem jedną z przyczyn powstawania rozwarstwień, czy też tętniaków jest uraz np. komunikacyjny. Te przypadki dotyczą często ludzi młodych, z towarzyszącymi innymi obrażeniami, a leczenie wewnątrznacyniowe jest jedynym zabiegiem mogącym uratować im życie.

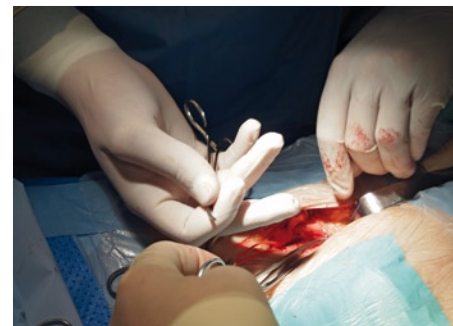
W przypadku rozwarstwień aorty zstępującej lub jej tętniakowatego poszerzenia obecnie metodą z wyboru jest leczenie wewnątrznacyniowe.

Istotą zabiegu jest wyłączenie tętniaka z krwioobiegu, co zapobiega jego pęknięciu. Proteza jest rodzajem rurki o metalowym szkieletcie pokrytym materiałem nie przepuszczającym krwi

– wprowadzona do światła tętniaka odtworza prawidłową szerokość aorty, powoduje wykrzepienie krwi w otaczającym protezę tętniaku. Proteza przed zabiegiem jest złożona, co umożliwia jej wprowadzenie przez odsłonięte tętnice udowe, bez konieczności otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej, bez istotnej utraty krwi, co bardzo obniża ryzyko zgonu okołoperacyjnego, zmniejsza ryzyko powikłań pooperalnych. Rekonwalescencja pacjentów po zabiegu wewnątrznacyniowym jest dużo krótsza (w porównaniu z zabiegiem klasycznym), pobyt w szpitalu trwa tylko kilka dni.

Zabieg odbywa się w obecności anestezjologa – w znieczuleniu podpajęczynówkowym lub ogólnym. Wszystkie czynności wykonywane wewnątrznacyniowo widoczne są na ekranach monitorów rentgenowskich. Po chirurgicznym odsłonięciu fragmentu tętnicy udowej w jednej lub obu pachwinach zakłada się do ich światła tzw. koszulki naczyniowe, czyli plastikowe rurki, przez które wprowadza się cewniki do aorty, umożliwiające podanie kontrastu i wykonanie arteriografii w celu dokładnego określenia warunków anatomicznych naczyń i precyzyjnego określenia miejsc wszczęcia protezy aortalnej. Następnie przez koszulki naczyniowe, do światła aorty wprowadzana jest proteza.

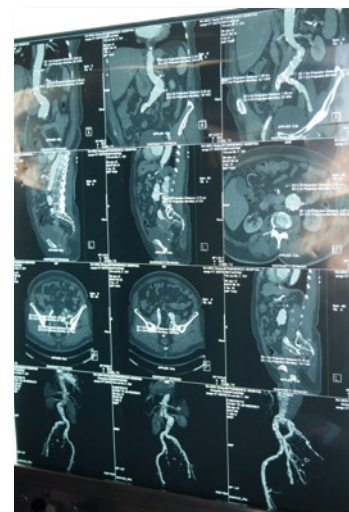
W przypadku tętniaka aorty brzusznej stent-graft mocowany jest w aorcie



poniżej miejsca odejścia tętnic nerkowych, a u dołu w tętnicach biodrowych. W tętniakach aorty brzusznej stosowane są najczęściej protezy składające się z głównej części mocowanej w aorcie oraz dołączanych tzw. nówek mocowanych w tętnicach biodrowych.

W tętniakach aorty piersiowej zstępującej i rozwarstwieniach aorty zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym, po odsłonięciu jednej z tętnic udowych, przed implantacją stent-graftu także wykonywane jest badanie naczyniowe, określające precyzyjnie miejsce wszczęcia protezy powyżej i poniżej tętniaka lub miejsca rozwarstwienia, zwykle za odejściem lewej t. podobojczykowej. Proteza także wprowadzana jest do aorty przez koszulę naczyniową. Po wszczęciu protezy wykonywane jest chirurgiczne zaszcycie otworu w tętnicy udowej powstałego przy wprowadzaniu protezy oraz zaszcycie naciętych tkanek miękkich w pachwinie.

Wszystkie zabiegi odbywają się w Pracowni Rentgenodiagnostyki Zabiegowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie, w warunkach sali



operacyjnej. Kwalifikacja przed zabiegiem dokonywana jest na podstawie badania Angio-TK. Proteza jest indywidualnie doborana dla każdego pacjenta, stosownie do rozmiaru tętniaka, aorty. Zabiegi leczenia tętniaków aorty i jej rozwarstwień wymagają podejścia interdyscyplinarnego, podjęcie decyzji o wyborze metody leczenia wymaga współdziałania zarówno lekarzy z Oddziału Kardiochirurgii (ordynator dr Piotr Żelazny), z Oddziału Chirurgii Naczyniowej (ordynator dr Piotr Malinowski), z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (ordynator dr Dariusz

Onichimowski) oraz z Działu Diagnostyki Obrazowej (kierownik Działu dr Elżbieta Stefanowicz).

Zabiegi wykonywane są przez zespół doświadczonych przeszkolonych specjalistów z zakresu radiologii interwencyjnej. Trzon zespołu stanowią dr Elżbieta Stefanowicz oraz lekarze Grzegorz Wasilewski, Patryk Jancewicz, Magdalena Rzczkowska. Zespół specjalistów, sprzęt (Pracownia Badań i Zabiegów Wewnętrznych wyposażona jest w najnowocześniejszy aparat naczyniowy, pełne zaplecze sprzętowe), wykwalifikowany personel średni (pielę-

gniarki i technicy RTG) gwarantują bezpieczeństwo wykonywanych zabiegów. Wydłużający się czas przeżycia ludzi, większa wykrywalność tętniaków (lepszy dostęp do badań obrazowych) oraz rosnąca liczba ciężkich wypadków komunikacyjnych powodują stały wzrost zapotrzebowania na leczenie wewnątrznaczyniowe tętniaków aorty i jej rozwarstwień.

Do chwili obecnej wykonano 105 zabiegów leczenia wewnątrznaczyniowego tętniaków i rozwarstwień aorty brzusznej i piersiowej.

lek. med. Anna Szalcunas

Goście z Kaliningradu

Kolejny raz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie 22 maja miał przyjemność gościć przedstawicieli Kliniki Med Ekspert z Kaliningradu.

Celem wizyty było zapoznanie się z pracą wybranych oddziałów szpitala: Neurologicznego i Udarowego, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Kardiologicznego, Ortopedycznego oraz Otolaryngologicznego, w celu rozwoju dalszej, ściślejszej współpracy.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie od 2007 roku, w ramach podpisanej umowy, współpracuje z Centrum Medycznym „Med Ekspert” w Kaliningradzie. Przedmiotem niniejszej współpracy jest świadczenie usług medycznych dla mieszkańców Fede-

racji Rosyjskiej, szczególnie Obwodu Kaliningradzkiego. Na podstawie prowadzonej statystyki obserwujemy stały wzrost liczby przyjmowanych przez Szpital pacjentów, którzy korzystają zarówno z konsultacji medycznych naszych specjalistów, jak również z hospitalizacji w oddziałach szpitalnych, zwłaszcza w oddziałach wykonujących zabiegi wysokospecjalistyczne, takie jak: kardiochirurgia, hemodynamika, ortopedia, medycyna nuklearna.

Szpital niejednokrotnie gościł lekarzy różnych specjalności zarówno z Federacji Rosyjskiej, jak również Ukrainy oraz Białorusi. Tym razem przyjechały

do nas: Tatiana Kudinova – kardiolog, Ekaterina Ivanova – pielęgniarka, Irada Kanysheva – neurolog, Nataliya Kochemasova – otolaryngolog oraz Olga Akimowa – tłumacz. Gości powitała Irena Kierzkowska, dyrektor szpitala oraz z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa Hanna Taraszkiewicz, a także ordynatorzy niektórych oddziałów szpitalnych.

Lekarze z Kaliningradu zadawali bardzo wiele pytań dotyczących metod leczenia w naszym szpitalu. Na wszystkie z nich nasi lekarze specjaliści, udzielali wyczerpujących odpowiedzi. „To było bardzo ciekawe doświadczenie...” – powiedziała laryngolog z Kaliningradu – „Tyle ciekawych rzeczy się dowiedziałam, ale o tyle jeszcze chciałam zapytać, a tak trudno o wszystkim pamiętać.” Także pielęgniarka przełożona Kliniki Med Ekspert z dużym zainteresowaniem obserwowała pracę naszych pielęgniarek. Wszyscy byli pod dużym wrażeniem standardów medycznych i infrastrukturalnych, jakie funkcjonują w naszym szpitalu.

Barbara Szymczuk

Wykaz pacjentów z Obwodu Kaliningradzkiego w poszczególnych latach

Rok	Liczba pacjentów
2007	13 osób
2008	6 osób
2009	12 osób
2010	14 osób
2011	14 osób
do VII 2012	30 osób



dr Rakesh Jalali ordynator Szpitalnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego z gośćmi z Kaliningradu



dr Antoni Kołakowski ordynator Oddziału Klinicznego Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej



dr Andrzej Tutaj ordynator Oddziału Klinicznego Neurologicznego



dr Jerzy Górny ordynator Oddziału Kardiologicznego

Zarządzanie procesowe w Szpitalu

Rozmawiamy z **Michałem Danowskim** zastępcą dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych

– **Proszę powiedzieć, jak rozwijała się Pana kariera zanim trafił Pan do Szpitala.**

– Jestem absolwentem Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Po studiach przez kilka lat pracowałem w firmach consultingowych, tam wyszkoliłem się w zakresie finansów. Potem dość szybko zostałem przyjęty do zarządu spółek akcyjnych na stanowisko dyrektora finansowego. Mam doświadczenie w różnych branżach, m.in. produkcyjnych, budowlanych i handlowych.

– **Jednak od grudnia 2011 r. Pana domeną stała się branża ochrony zdrowia, właśnie od tego czasu piastuje Pan stanowisko zastępcy dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych.**

– To jest pierwszy szpital, w którym pracuję. Jednak trzeba jasno powiedzieć, że w każdej organizacji istnieją standardy w zakresie funkcjonowania i zarządzania finansami. Także branża ochrony zdrowia nie różni się wiele od innych branż. Reakcje i zachowania ludzi, zasady rachunkowości i analizy finansowej są podobne we wszystkich branżach. Oczywiście, musimy pamiętać o specyfice szpitala, którą trzeba poznać poprzez procesy i pracujących ludzi. Szpital różni się przede wszystkim tym od tych podmiotów, z którymi miałem kontakt, że jest to placówka, gdzie aspekt ludzki i społeczny ma dużo większe znaczenie oczywiście z głównego powodu – ratowania życia i zdrowia ludzi. To powoduje, że procesy i procedury muszą być bardzo dobrze zaplanowane i wykonane, a występujące ryzyka muszą być bezwzględnie identyfikowane i zarządzane. Poza tym szpital jest dla mnie pierwszym podmiotem o strukturze własności nie-prywatnej, co jednak ma znaczenie i wpływ na zarządzanie w wielu wymiarach.

– **Czy praca w szpitalu jest dla Pana wyzwaniem?**

– Praca w szpitalu jest dla mnie na pewno nowym doświadczeniem pod kątem specyfiki działania. Produkcja w innych podmiotach to w szpitalu leczenie pacjenta, które jest zawsze sprawą indywi-

dualną, wymagającą wysokiej specjalizacji danego lekarza. Dlatego w pewnym sensie jest to wyzwanie. Nie da się dokładnie przewidzieć efektów kosztowych, ekonomicznych leczenia. Ale dążymy do tego, żeby pewne procedury standaryzować. Ponadto szpital jest wyzwaniem, dlatego, że jest duży, pracuje w nim wiele osób i wykonuje się wiele procedur. Tak duża organizacja wymaga zarządzania procesowego, tzn. ustalania pewnych ścieżek, które pomagają ludziom pracować. Wierzę w to, że procedury, które ustalamy w zakresie zarządzania, nie mówię tu o procedurach leczniczych, pozwolą nam właściwie zarządzać szpitalem. Tak jak wspominałem wcześniej techniki zarządzania finansami są mniej więcej podobne w branżach produkcyjnych, usługowych czy handlowych. Doświadczony dyrektor finansowy potrafi szybko rozpoznać sytuację finansową nowego podmiotu, który otrzyma do analizy. Jednak każdy pomiot gospodarczy ma swoistą kulturę wyrażoną poprzez strukturę, typ własności, zwyczaje, styl zarządzania i charakterystyki osób kierujących. Tego zawsze trzeba się uczyć. Czym większy podmiot, tym więcej czasu zajmuje dobre jego poznanie.

– **Pan widzi nasz Szpital z trochę innej perspektywy.**

– Czasami korzystne jest wprowadzenie do organizacji osób z zewnątrz. Bo te osoby właśnie widzą sprawy inaczej, poprzez doświadczenie zdobyte w innych firmach, czy nawet branżach. Rola konsultantów i doradców w zakresie rozwiązywania trudnych problemów jest zawsze wskazana. Ludzie pracujący wewnątrz organizacji często wpadają w rutynę i nie widzą pewnych rzeczy, które widzi ktoś inny. Dlatego warto dopuszczać osoby z zewnątrz, szczególnie w trudnych momentach, podczas przeprowadzania nowego projektu, czy wdrożenia nowej procedury. Takie osoby często widzą to, czego osoby pracujące w firmie nie dostrzegają, bo trudno im się oderwać od bieżących spraw.

– **Jakie są Pana priorytetowe działania?**

– Główne zadania dyrektora finansowego to utrzymanie płynności i ren-



towności. Na szczęście bieżąca sytuacja płynnościowa Szpitala jest dobra. Ale bezpieczeństwo finansowe w długim okresie zależy od rozwiązań systemowych. Dlatego przede wszystkim pracuję nad koncepcją controllingu. Bardzo ważna jest właściwa rejestracja danych. Żeby podejmować odpowiednie decyzje musimy posiadać dobre dane. W chwili obecnej te dane są częściowe i niekompletne, a w ich uzupełnieniu trzeba włożyć dużo pracy. Stąd wystąpiła potrzeba zmiany struktury organizacyjnej i przeniesienia sekretarek medycznych z pionu medycznego do ekonomiczno-finansowego, których celem jest m.in. właściwa czyli szczegółowa, kompletna i permanentna rejestracja danych pacjenta w systemie informatycznym. Gdy już dane zostaną wprowadzone do systemu, ważne jest właściwe raportowanie na podstawie wskaźników i odchyleń od przyjętych budżetów, które pozwolą nam ocenić dany oddział, czy poradnię. Tu zaznaczę, że najistotniejszym wskaźnikiem wpływającym na wynik oddziału jest rentowność procedur i ich struktura. Bez właściwych danych nie będziemy mieli rzetelnej informacji o rentowności pacjenta, czy rentowności procedury. Następny ważny obszar to zarządzanie kosztami, a w szczególności zakupami, czyli właściwe specyfikowanie zamówień, dokumentowanie zakupów w systemie i nadzorowanie materiałów. Ważne są rzetelne i regularne inwentaryzacje, zachowanie porządku w indeksach, czyli porządkowanie informacji

o tym, co kupujemy, w jaki sposób kupujemy, czy mamy właściwą ochronę kupowanych materiałów i jak są one rozchodowywane. Poza controllingiem, systemem raportowania oraz procesami zarządzania zakupami dużą wagę przypisuję równoległe rozwojowi zintegrowanych systemów informatycznych, bez których nie osiągnie się przewagi konkurencyjnej.

– Wskazał Pan priorytetowe zadania w obszarze controllingu i zakupów, a jakie priorytety widzi Pan w innych obszarach?

– Priorytetem jest wdrożenie systemu motywacyjnego. Bez niego trudno zarządzać rentownością. Posiadając odpowiedni system motywacyjny, który połączy kwestie rentowności oraz jakości leczenia, powinniśmy osiągnąć dobre efekty. Samo leczenie w szpitalu nie może być oderwane od realiów i ram ekonomicznych. System motywacyjny nie jest łatwy do wdrożenia, gdyż właściwie nigdy nie jest idealny. Jednak należy i warto pracować nad stworzeniem takiego systemu. Przy wdrażaniu systemu pojawia się dodatkowo aspekt społeczny, gdyż to zadanie musi być skonsultowane ze związkami zawodowymi. Współpraca ze związkami zawodowymi to kolejny ważny obszar, który, wracając do poprzedniego pytania, jest właśnie wyzwaniem. Rozmowy z grupą, czyli konsultacje społeczne trzeba przeprowadzać umiejętnie, gdyż właściwe porozumienie daje pewność, że obrany kierunek jest dobry.

– Jaka jest obecna kondycja finansowa szpitala?

– Obecnie sytuacja jest stabilna. Szpital nie ma oprocentowanego zadłużenia zewnętrznego, takiego jak kredyty czy obligacje. Jednak trzeba pamiętać, że sytuacja jest zawsze dynamiczna. Jeżeli nie kontrolujemy i nie rejestrujemy zdarzeń w sposób właściwy to istnieje niebezpieczeństwo wystąpienia problemów finansowych nawet w krótkim okresie. Ale dzisiaj pod względem rentowności i płynności sytuacja jest stabilna. Wyzwaniem natomiast jest nowy blok operacyjny, który na pewno zwiększy koszty działalności szpitala. Z punktu widzenia najbliższej przyszłości musimy poświęcić uwagę funkcjonowaniu nowego bloku operacyjnego, szczególnie pod kątem wysokości kosztów oraz zaplanowania odpowiedniej liczby zabiegów. Jeżeli właściwie zwiększymy liczbę zabiegów, przyniosą nam

one odpowiedni dochód, który pokryje zwiększone koszty. Zaplanowanie, organizacja i kontrola kosztów nowego bloku jest wyzwaniem.

– Jak widzi Pan Szpital za 10 lat?

– Ponieważ sytuacja jest dynamiczna, to że dzisiaj jesteśmy dobrzy w jakimś obszarze nie gwarantuje nam, że za 10 lat też będziemy dobrzy. Wszyscy muszą mieć na względzie cykle występujące w każdej branży. Ważną sprawą jest ustalenie strategii działania, obserwowanie rynku i konsekwentne realizowanie tej strategii. Nasz szpital musi realizować wysokospecjalistyczne procedury, które będą ewidentnie wyróżniały go z pozostałej grupy szpitali. Myślę, że znaczenie będzie miała też współpraca z Uniwersytetem Warmińsko-Mazurskim, czyli rozwój szpitala poprzez współpracę z Uniwersytetem. Dużo też zależy od sytuacji zewnętrznej i uregulowań prawnych, czy współpracy z NFZ. Być może zmieni się system płatnika, co może diametralnie zmienić sytuację w branży szpitalnej. Np. jeżeli weszłyby ubezpieczenia indywidualne dla pacjentów, to na pewno zmieniłoby wiele rzeczy. Z pewnością nastąpią zmiany w kierunku prywatyzacji branży. Ja stawiam na wysokospecjalistyczne proce-

dury i jakość zarządzania, które dadzą przewagę i siłę konkurencyjną wobec innych szpitali niezależnie od otoczenia prawnego i politycznego. Ewidentnie nowy blok operacyjny daje taką szansę rozwoju dla Szpitala.

– Co jest dla Pana w życiu ważne?

– Na pewno praca, która wypełnia większość naszego czasu. Z poziomu zawodowego jest to rzetelna i dobrze wykonywana praca oraz ciągłe szkolenie i kształcenie się. Nie możemy zapominać, że powinniśmy się cały czas rozwijać. I dotyczy to każdej grupy zawodowej. Ja kładę duży nacisk na szkolenie. Mam dyplom AMP IESE Business School University of Navarra w Barcelonie, w tej chwili ubiegam się o dyplom ACCA, to jest bardzo prestiżowy dyplom biegłego rewidenta, który jest nadawany w Anglii. Ważna w życiu jest także rodzina. Mam żonę i dwójkę wspaniałych dzieci i spędzam z nimi tyle czasu ile mogę. Trzeba znaleźć równowagę między pracą, a życiem rodzinnym. Nie wolno zgubić tej delikatnej granicy.

– Dziękuję za rozmowę.

core

Dziękujemy

Cały zespół redakcyjny „Pulsu Szpitala” składa Pani Alicji Markiewicz serdeczne podziękowania za wieloletnią współpracę przy tworzeniu naszego kwartalnika.

Dzięki Pani Czytelniczki poznawali normy ISO oraz standardy akredytacyjne, poznali system akredytacji szpitali i historię akredytacji. Przybliżała Pani tematy trudne, ale dla Szpitala bardzo ważne. Zawsze dbała Pani, aby w „Pulsie” znalazły się artykuły dotyczące pracy pielęgniarek i położnych, była Pani doskonałym reprezentantem i promotorem tej grupy zawodowej. Dziękujemy Pani za zaangażowanie z jakim podchodziła pani do pracy, za różnorodność tematów oraz za to, że można było zawsze na Panią liczyć. Proszę przyjąć od nas życzenia szczęścia w życiu osobistym oraz wszelkiej pomyślności.



Redakcja

Pamięć i jej zagadki cz. 5



Każdy z nas posiada indywidualną historię życia, w której znajdują się zdarzenia o różnym umiejscowieniu i różnym czasie, np. pierwsza randka, matura, narodziny dziecka. Te zdarzenia są przechowywane w umyśle i mózgu dzięki specjalnej pamięci – pamięci autobiograficznej. Pamięć osobistej historii jest bardzo złożonym i nadal zagadkowym wynalazkiem ewolucji. Wśród zagadek pamięci autobiograficznej jedna z najważniejszych dotyczy pierwszych lat naszego życia.

Z poprzednich odcinków wiemy, że dysponujemy różnymi typami pamięci. W ramach pamięci długotrwałej, obok pamięci utajonej (niedeklaratywnej) przechowującej m.in. różne umiejętności i nawyki, istnieje też pamięć jawna (świadoma, deklaratywna), która gromadzi naszą wiedzę o świecie i zapis wielu zdarzeń. Część z tych zdarzeń dotyczy nas samych i buduje naszą indywidualną historię. Takie osobiste zdarzenia przechowuje pamięć autobiograficzna.

Sieć autobiografii

Pamięć autobiograficzna nie jest prostym urządzeniem. Gdybyśmy mieli napisać własną autobiografię, szybko okazałoby się, że same zdarzenia to za mało. Poza nimi potrzebujemy głównego bohatera, czyli nas samych oraz zestawu odniesień takiego bohatera do zdarzeń. Podobnie jest z pamięcią autobiograficzną – obok zapisu zdarzeń przechowuje ona w różnych wariantach konstrukt zwany „ja” (np. „ja” w okresie dorastania i „ja” aktualnie) oraz liczne odniesienia do zdarzeń i do siebie samego (np. moje wyobrażenia związane z danym zdarzeniem, samoświadomość znajdowania się w określonym stanie, emocje związane z przeżywaniem sytuacji, formy oceniania siebie w różnych wydarzeniach). Wszystko to razem wzięte stanowi potężny zbiór danych i operacji umysłowych, angażujący liczne obszary mózgowia (zob. ramka – *Na tropie pamięci autobiograficznej*).

Pomimo komplikacji związanych z opisem czegoś takiego jak pamięć autobiograficzna wiemy już o jej specyfice całkiem sporo. W tym odcinku zajmiemy

się chyba najważniejszą zagadką naszej osobistej historii.

Amnezja dziecięca

Zacznijmy od zadania. Spróbuj przypomnieć sobie swoje najwcześniejsze wspomnienia i odpowiedz na następujące pytania: (1) ile wtedy miałeś(-aś) lat, (2) czy takie wspomnienie zawiera szczegóły i jest bardzo rozbudowane, (3) czy takie wspomnienie zawiera zapis dźwiękowy, smakowy, dotykowy lub węchowy, (4) w jakiej formie występujesz w tym wspomnieniu (np. widzisz siebie tak, jak obserwuje się innych ludzi czy raczej masz poczucie, że obserwujesz innych), (5) z jakimi zdarzeniami wiążą się te najwcześniejsze wspomnienia.

Typowo ludzie nie pamiętają pierwszych lat swojego życia, gdy opanowywali tak ważne umiejętności jak chodzenie, mówienie i rozwijanie kompetencji społecznych. Takie zjawisko niepamięci zwane jest *amnezją dziecięcą* lub *wczesnodziecięcą utratą pamięci*. Jak pisze M. Jagodzińska, badaczka pamięci dziecięcej: *Amnezja dziecięca jest słabością dotykającą wszystkich ludzi. Jest to jedyny rodzaj amnezji, na którą cierpimy wszyscy bez wyjątku [...]*.

Z różnych badań wynika, że większość ludzi umiejscawia swoje pierwsze wspomnienia między 2. a 5. rokiem życia. Te pierwsze ślady autobiografii są często fragmentaryczne, mało rozbudowane i przeważnie zakodowane w formie obrazów (bez dźwięków, zapachów i smaków). Pomiędzy pierwszymi wspomnieniami mogą być znaczne luki czasowe (np. po pierwszym wspomnieniu z wieku 3. lat następne wspomnienie jest po

roku lub dłużej). Część ludzi przywołuje swoje pierwsze wspomnienia w sposób, jakby oglądali siebie w jakimś filmie, np. *widzę siebie wyciągającego rączki z łóżeczka w stronę mamy*. Takie wspomnienie jest rzecz jasna niemożliwe, gdyż nie możemy normalnie obserwować siebie z zewnętrznej perspektywy. To od razu stawia pod znakiem zapytania wiarygodność pierwszych wspomnień. W skrajnym przypadku możemy mówić o fałszywej pamięci autobiograficznej. Prawdopodobnie tak będzie w przypadku pewnego mojego znajomego, który z całkowitym przekonaniem stwierdził, że jego pierwsze wspomnienie dotyczy jeszcze czasów prenatalnych, gdy przed urodzeniem widział swoje dłonie dotykające jakiejś błony. Pomimo takich wątpliwych sytuacji badacze skłaniają się do wniosku, że choć pierwsze wspomnienia są niekompletne, to jednak są dość wiernym przywołaniem autentycznej sytuacji z przeszłości.

Cechy amnezji dziecięcej

Amnezja dziecięca nie jest statycznym i jednowymiarowym zjawiskiem. Objawia się ona w różnych postaciach i posiada specyficzne cechy. Dobrze to widać na przykładzie zróżnicowania w zakresie zdolności poznawczych, płci i kultury.

Okazuje się, że im wyższa inteligencja i umiejętności werbalne dziecka, tym możemy spodziewać się lepszego zapamiętania zdarzeń z jego dzieciństwa. W porównaniu do mężczyzn kobiety dysponują znacznie większą liczbą wspomnień i w dodatku te wspomnienia są z wcześniejszego okresu dzieciństwa (średnio: 3 lata i 6 miesięcy). Także kultura pośredniczy w naszych najwcześniejszych wspomnieniach. Badania zespołu Shelley MacDonald z University of Otago, Dunedin w Nowej Zelandii wykazały, że studenci z różnych grup etnicznych (Maorysi, Europejczycy i Azjaci) różnią się co do

W SKRÓCIE

- osobiste zdarzenia i ich organizacja to dziedzina pamięci autobiograficznej
- pierwsze lata życia są objęte praktycznie całkowitą niepamięcią
- trzy hipotezy próbują wyjaśnić zjawisko amnezji dziecięcej

początku swoich wspomnień. Najwcześniejsze wspomnienia przywoływali Maorysi (średnio 2 lata i 9 miesięcy), którzy są silnie nastawieni do swojej przeszłości i tradycji przekazywanej w formie ustnej. Najpóźniejsze wspomnienia ujawniali Azjaci i co ciekawe, tylko ta grupa była bardzo zróżnicowana pomiędzy kobietami i mężczyznami (kobiety – czas pierwszego wspomnienia: średnio 6 lat i 1 miesiąc, mężczyźni – średnio 3 lata i 6 miesięcy). Z innych badań wynika, że kulturowa wrażliwość na systematyczne rozmawianie z dzieckiem o wydarzeniach z codziennego dnia wpływa na efektywność wczesnodziecięcej pamięci autobiograficznej.

Odmienne wpływy czynników kulturowych na wczesną pamięć autobiograficzną widać także na przykładzie treści najwcześniejszych wspomnień. Psycholożka Qi Wang z Cornell University w USA stwierdziła, że amerykańscy oraz tajwańscy i chińscy studenci inaczej opisują swoje pierwsze wspomnienia. Amerykańscy studenci przywołują zdarzenia, w których sami uczestniczą jako główni i najważniejsi bohaterowie. Natomiast azjatyccy studenci przypominają bardziej ogólne i zespołowe zdarzenia (np. zabawa w parku z innymi dziećmi, wspólny posiłek z rodziną). Z innych badań wynika, że opisany styl przypominania najwcześniejszych wspomnień może zależeć od typu konwersacji w rodzinach amerykańskich i azjatyckich. W rodzinach amerykańskich dominuje specjalizacja na indywidualnym doświadczeniu z akcentem na przeżywane

emocje. Tymczasem w rodzinach azjatyckich rozmowy z dziećmi koncentrują się na grupowych doświadczeniach z jednoczesnym osłabianiem negatywnych emocji, które mogłyby odseparować dziecko od grupy rówieśników lub rodziny.

Poza opisywanymi wyżej czynnikami także inne wpływają na pamięć najwcześniejszych wspomnień. Okazuje się, że amnezja dziecięca zależy od rodzaju zdarzenia. Już wczesne badania potwierdziły związek pamięci wczesnodziecięcej z emocjami. Wysoki procent pierwszych wspomnień dotyczy sytuacji lękowych i bólowych, a najlepiej pamiętane są urodziny rodzeństwa i pobyt w szpitalu. Na tej podstawie można domniemywać, że wczesna pamięć autobiograficzna ma charakter adaptacyjny, gdyż dotyczy ważnych życiowo zdarzeń.

Hipotezy amnezji dziecięcej

Dlaczego nie pamiętamy pierwszych lat naszego życia? Na to pytanie nie ma jak dotąd jednoznacznej odpowiedzi. Zjawisko amnezji dziecięcej nadal stanowi zagadkę w badaniach ludzkiej pamięci. Jednak udało się wypracować trzy hipotezy wyjaśniające występowanie wczesnodziecięcej utraty pamięci.

Przede wszystkim warto zauważyć, że amnezja dziecięca nie jest zwykłym zapominaniem osobistych zdarzeń. W zwykłym zapominaniu mielibyśmy regularny i ciągły spadek wspomnień wraz z upływem czasu. Inaczej mówiąc

– im bliżej do zdarzenia, tym lepiej to pamiętamy, im dalej – tym gorzej. W amnezji dziecięcej spadek wspomnień jest bardzo radykalny, a liczba wspomnień z pierwszych 5. lat życia jest znacznie obniżona w stosunku do typowego tempa zapominania. Oznacza to, że amnezja dziecięca jest raczej bardzo przyspieszonym zapominaniem osobistych zdarzeń. Jaki czynnik przyspiesza takie zapominanie?

Pierwsza hipoteza wyjaśniająca zjawisko amnezji dziecięcej zakłada, że w pierwszych latach naszego życia nasze mózgi nie są dostatecznie dojrzałe do długotrwałego kodowania złożonych epizodów. W szczególności dotyczy to kluczowych dla pamięci autobiograficznej struktur przyszłokowych w płacie skroniowym i obszarów przedczołowych (zob. ramka – *Na tropie pamięci autobiograficznej*). Pomimo, że dziecko dysponuje wyrafinowanymi zdolnościami pamięciowymi, to nie jest w stanie utrwalić zdarzenia z osobistej historii. W efekcie nigdy nie zapomni zdolności mówienia, ale nie zapamięta szczegółów jak się uczyło tej mowy w domu.

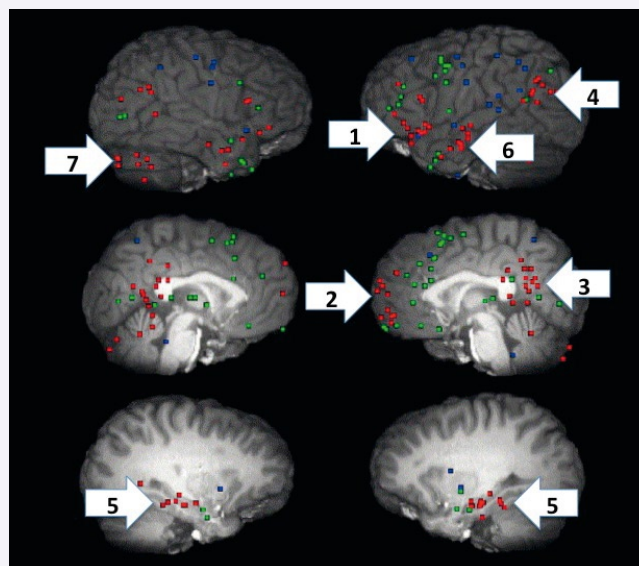
Kolejna hipoteza zjawiska amnezji dziecięcej odwołuje się do rozwoju językowego. W pierwszych latach życia kształtujemy naszą kompetencję werbalną. Po narodzinach upłyne znaczny czas, gdy dziecko będzie w stanie swobodnie posługiwać się zaimkami (typu „ja”, „my”), czasami i narracją (opowiadania z tematem, bohaterem i sekwencją zdarzeń). Pierwszym doświadczeniom nie

NA TROPIE PAMIĘCI AUTOBIOGRAFICZNEJ

Nie istnieje jeden ośrodek w mózgowiu odpowiadający za pamięć naszej indywidualnej historii życia. Wykonana przez zespół Ewy Svobody z Uniwersytetu Toronto w Kanadzie metaanaliza 24. badań z wykorzystaniem neuroobrazowania wykazała, że zadania angażujące różne aspekty pamięci autobiograficznej są reprezentowane w wielu obszarach mózgowia. Jednak wśród nich udało się ustalić struktury kluczowe (na rys. kropki czerwone). Te kluczowe elementy sieci autobiograficznej obejmują brzuszo-boczną korę przedczołową (strzałka 1), przyszłokową korę przedczołową (strzałka 2), obszary tylnego zakrętu obręczy kory (strzałka 3), styku skroniowo-ciemieniowego (strzałka 4), przyszłokowe obszary płata skroniowego (strzałka 5), środkowo-boczne obszary płata skroniowego (strzałka 6) i mózdzku (strzałka 7). Dodatkowo okazało się, że lewa półkula i prawy mózdzek są bardziej aktywne w zakresie pamięci autobiograficznej.

Wymienione struktury pełnią odmienne funkcje w zarządzaniu pamięcią autobiograficzną. Przykładowo, obszary (5) zajmują się m.in. wydobywaniem zdarzeń, obszary (1, 2 ale także 7) zarządzają procesem rekonstrukcji i organizacji sekwencji osobistych zdarzeń oraz odniesieniami do nich samych.

Źródło: Svoboda E. i in. (2006). *The functional neuroanatomy of autobiographical memory: A meta-analysis*. *Neuropsychologia* 44, 2189–2208. Adaptacja własna.



towarzyszy taka wykształcona zdolność językowa i dlatego nie możemy sobie ich przypomnieć. Inaczej mówiąc - pierwsze wspomnienia nie mogą być werbalnie przywołane, bo nie zostały tak zakodowane ze względu na brak umiejętności językowych. Dlatego nigdy nie przywołamy doświadczeń z pierwszych lat życia, a jedynymi śladami tych doświadczeń są nasze umiejętności i zachowania (np. chodzenie, mówienie, niektóre reakcje emocjonalne np. strach wobec psów).

Ostatnia – trzecia – hipoteza wyjaśniająca zjawisko amnezji dziecięcej zakłada, że w pierwszych latach życia nie ma dobrze uformowanego „ja” i nie ma w pełni rozwiniętej samoświadomości. To tak jakby w autobiografii nie było głównego bohatera – czyli nie mamy wtedy żadnej autobiografii. Badania wskazują, że dzieci 13. miesięczne potrafią przywołać sekwencję zdarzeń z zabawkami, ale to nie jest wspomnienie autobiograficzne. Inaczej mówiąc – coś się zdarzyło i potrafię to przypomnieć, jednak brak w tym wspomnieniu informacji o mnie jako kimś kto widział tę sekwencję.

O tym, że pierwsze lata życia przebiegają bez świadomego „ja” przekonują róż-

ne badania. W jednym z nich na dziecięcej twarzy zostaje niepostrzeżenie naklejona kolorowa kropka i następnie stawia się takie dziecko przed lustrem. Dostrzeżenie i usunięcie kropki jest wskaźnikiem, że dziecko wie, kto jest w odbiciu lustrzanym i że to właśnie ono (czyli ma świadomość siebie). Okazuje się, że poniżej 2 r.ż. dziecko patrzy w lustro i nie manipuluje z kropką. Podobnie jest w przypadku niektórych zwierząt. Tylko pewne naczelnice, np. szympansy mogą orientować się w lustrze, a inne widząc odbicie w lustrze traktują te odbicie jako kogoś innego, co skutkuje m.in. atakiem na własne odbicie. Brak wykształconego świadomego „ja” i samoświadomości w pierwszych latach życia wiąże się z późnym rozwojem przednich struktur płatów czołowych (zob. ramka – *Na tropie pamięci autobiograficznej*).

W poszukiwaniu straconego czasu

Przedstawione hipotezy wyjaśniające zjawisko amnezji dziecięcej sugerują, że bezpowrotnie utraciliśmy pierwsze lata życia z naszej świadomej pamięci deklaratywnej. Niedostatecznie wykształcone struktury mózgowia, brak

zdolności werbalnych i brak rozwiniętej samoświadomości prawdopodobnie na zawsze wykreśliły z rejestrów naszej pamięci czas, gdy stawialiśmy pierwsze kroki, zaczynaliśmy mówić i trenowaliśmy wczesne relacje społeczne. To, co nam zostało z tych czasów, to zdjęcia, nagrania i opowieści świadków. Poza tym, trwałym śladem z tamtych wydarzeń są nasze umiejętności, których nie zapomnimy (np. chodzenie i mówienie). Pamięć tych umiejętności polega na ich praktycznym stosowaniu bez przypomnienia okoliczności uczenia się ich.

W następnych odcinkach przyjrzymy się innym zagadkom pamięci autobiograficznej.

dr Piotr Markiewicz

CHCESZ WIEDZIEĆ WIĘCEJ?

- Jagodzińska, M. (2003). *Rozwój pamięci w dzieciństwie*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Draaisma, D. (2006). *Dlaczego życie płynie szybciej, gdy się starzejemy. O pamięci autobiograficznej*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

Ostatni skok

Wakacje to czas, który wiele osób, jak co roku, spędzi nad wodą opalając się, pływając i skacząc do wody. I jak co roku dla kilkuset z nich będzie to „ostatni skok”, w konsekwencji prowadzący do złamania kręgosłupa i przerwania ciągłości rdzenia kręgowego. Według statystyk największa liczba poszkodowanych to młodzi mężczyźni (do 24 lat), którzy chcieli wykazać się swoją zwinnością i brawurą. Bezmyślność, chęć zaimponowania swoim znajomym, jak również alkohol, to najczęstszy sprawcy „ostatniego skoku”.

Skok na „główkę” w nieodpowiednim miejscu niesie za sobą największe ryzyko uszkodzenia szyjnego odcinka kręgosłupa. Głowa w kontakcie z wodą (podczas nieumiejętnego skoku) lub z dnem (przy zbyt płytkim stanie wody) zostaje gwałtownie odgięta, co wywołuje jednocześnie olbrzymią siłę działającą na odcinek szyjny kręgosłupa. Jeśli nastąpi mechaniczne uszkodzenie struktur w tym odcinku (mięśni, więzadeł i kręgów chroniących rdzeń



kręgowy) może dojść do przerwania lub ucisku na rdzeń wywołany przez odłam kostny albo wypadnięty dysk. Konsekwencją takiego stanu rzeczy może być porażenie dwu- (paraplegia) lub cztero- kończynowe (tetraplegia) a nawet śmierć. Pamiętaj, skok do wody to chwila... jednak konsekwencje tego nieudanego skoku mogą trwać całe życie. Leczenie po feralnym skoku zaczyna się już od udzielenia pierwszej pomocy, która powinna być przeprowa-

Jeżeli decydujesz się na skok do wody, zachowaj podstawowe zasady bezpieczeństwa:

- sprawdź głębokość wody przed skokiem; skok do wody poniżej 1,5 m może spowodować uraz kręgosłupa, kalectwo, a nawet śmierć,
- nie skacz w miejscach, w których nie jesteś w stanie ocenić dna – jeśli nie jesteś pewien swoich możliwości, lepiej wstrzymaj się od popisów,
- nie próbuj wykonywać salt i obrotów w powietrzu, jeśli tego nie potrafisz,
- jeśli skaczesz z rozbiegu, upewnij się, że nikt nie pływa w miejscu, gdzie chcesz skoczyć,
- po spożyciu alkoholu nie wchodź do wody!!!
- nie skacz po obfitym posiłku,
- nie skacz rozgrzany do zimnej wody.

dzana z wielką ostrożnością, by poszkodowanemu nie zrobić jeszcze większej krzywdy. Jeżeli jest on nieprzytomny, to musimy podejrzewać uszkodzenie rdzenia i powinniśmy położyć go unieruchomionego na ziemi, po czym wezwać pogotowie ratunkowe, które w fachowy, bezpieczny sposób przewiezie go do szpitala.

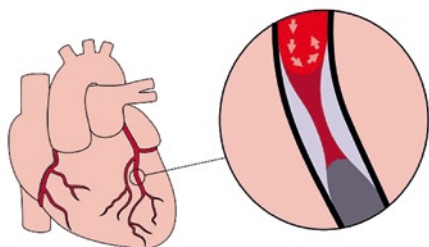
Źródło: Internet

Dbaj o serce



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie otrzymał od Samorządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego dofinansowanie na realizację zadania publicznego pn. „Dbaj o serce – Program profilaktyki wtórnej u pacjentów po przebyłym zawale serca leczonym angioplastyką wieńcową w latach 2010-2011”.

W programie weźmie udział 100 pacjentów mieszkańców regionu Warmii i Mazur. Warunkiem udziału w programie jest przebyty zawał serca w 2010 lub 2011r. leczony angioplastyką wieńcową. Beneficjenci programu zostaną zaproszeni na badania kontrolne mające na celu ustalenie ich aktualnego stanu zdrowia oraz sprawdzenia, w jakim stopniu stosują się do zaleceń lekarskich. Na podstawie zebranych danych powstanie raport na temat skuteczności postępowania ambulatoryjnego z chorymi po zawale serca. W ramach projektu lekarze z Oddziału Kardiologicznego dokonają korekty zaleceń u badanych pacjentów w ramach farmakoterapii i prozdrowotnych działań profilaktycznych.



Zwężenie tętnicy doprowadzającej krew do mięśnia sercowego

Zakładane cele realizacji zadania publicznego oraz sposób ich realizacji

- Poprawa rokowania przez zmniejszenie powikłań i umieralności pacjentów po przebyłym zawale serca leczonym angioplastyką wieńcową.
- Uświadczenie społeczeństwa, jak poważnym problemem są powikłania po przebyłym zawale serca.
- Promocja zdrowego stylu życia.
- Zmniejszenie liczby potencjalnych pacjentów z powikłaniami po przebyłym zawale.
- Pośrednio zmniejszenie kosztów ponoszonych przez społeczeństwo na leczenie schorzeń układu krążenia poprzez edukację i promocję zdrowia, propagowanie zdrowego stylu życia.

Harmonogram realizacji zadania

Pierwszym etapem zadania będzie przygotowanie ulotek informacyjno-edukacyjnych na temat prowadzenia zdrowego stylu życia u pacjentów po przebyłym

zawale serca, mająca uświadomić odbiorców jak ważne są badania kontrolne i przestrzeganie zaleceń lekarskich. Równoległe zostaną przygotowane zaproszenia dla pacjentów po przebyłym zawale serca leczonym angioplastyką wieńcową w latach 2010-2011. Osoby te zostaną zaproszone do Oddziału Kardiologicznego WSS w Olsztynie na badanie kontrolne. Na podstawie badań profilaktycznych lekarze dokonają korekty zaleceń u badanych pacjentów w ramach farmakoterapii i prozdrowotnych działań profilaktycznych.

Poniżej przedstawiono plan badań profilaktycznych:

- badania laboratoryjne (cholesterol, HDL-Cholesterol, Triglicerydy, Glukoza, hs-CRP),
- EKG,
- Echokardiografia,
- wywiad ankietowy.

Na podstawie przeprowadzonych badań i konsultacji powstanie raport na temat skuteczności postępowania ambulatoryjnego z chorymi po zawale serca, który zostanie opublikowany w postaci ulotki oraz na stronie internetowej szpitala i w kwartalniku szpitalnym Puls Szpitala.

red.



Badanie laboratoryjne

Najistotniejszymi powodami chorób układu krążenia są: nadciśnienie, stres, nadwaga i otyłość oraz mało aktywny tryb życia. Schorzenia układu krążenia są przeważnie chorobami przewlekłymi, wymagającymi wieloletniego, kosztownego leczenia, często ograniczają zdolność do pracy, co przekłada się na materialne straty ponoszone przez społeczeństwo. Niewątpliwie, aby zapobiegać chorobom serca należy stosować profilaktykę. W celu zaszczepienia w społeczeństwie odpowiednich postaw, a przede wszystkim prowadzenia higienicznego trybu życia, który zapobiega powstaniu powikłań wczesnych i późnych niezbędne jest podjęcie zadania, którego priorytetem jest właśnie promocja zdrowego trybu życia po przebyłym zawale serca. Przedmiotowe zadanie ma na celu uporządkowanie, usystematyzowanie i upowszechnianie w mieszkańcach województwa warmińsko-mazurskiego wiedzy o czynnikach stylu życia, które mają związek przyczynowy z powikłaniami wczesnymi i późnymi u pacjentów po przebyłym zawale serca leczonym angioplastyką wieńcową. Zadanie przyczyni się do wzrostu świadomości mieszkańców regionu Warmii i Mazur na temat czynników ryzyka powikłań po przebyłym zawale, a w konsekwencji doprowadzi do zmiany stylu życia pacjentów. Istotnym elementem zadania w dalszych etapach będzie też zwiększenie świadomości o potrzebie wykonywania regularnych badań.



„Dbaj o serce – Program profilaktyki wtórnej u pacjentów po przebyłym zawale serca leczonym angioplastyką wieńcową w latach 2010-2011” jest współfinansowany przez Samorząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego

Tarczyca i jej rola w organizmie człowieka

Tarczyca jest nieparzystym gruczołem endokrynnym, który typowo położony jest na szyi, w przednio-dolnej okolicy, do przodu i bocznie od przełyku i tchawicy, między tętnicami szyjnymi wspólnymi.

Prawidłowy gruczoł zbudowany jest z dwóch płatów bocznych połączonych wąską częścią środkową, która nosi nazwę cieśni lub wężyny.

Tarczyca jest narządem o masie 30-60g, którego miąższ zbudowany jest z pęcherzyków. Ich ściana zbudowana jest z jednowarstwowego nabłonka, najczęściej sześciennego, choć może być on także płaski. Zależy to od stanu czynnościowego gruczołu.

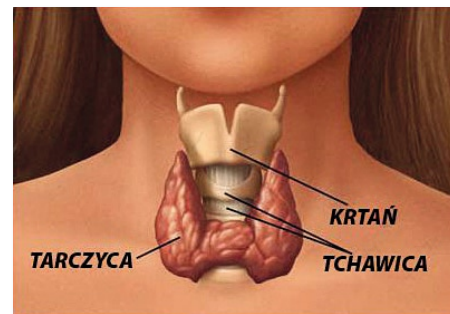
Nabłonek płaski jest formą spoczynkową – hormony tarczycy nie są wydzielane. Nabłonek sześcienny jest z kolei formą aktywną – hormony są syntetyzowane. Zmiana wielkości komórek wiąże się z tym, że tarczyca jako jedyny gruczoł człowieka obficie magazynuje produkowane przez siebie hormony w żelu wewnątrzpęcherzykowym. Komórki pęcherzykowe magazynują również sam jod, a jego zawartość w gruczole wynosi około 600 µg/g tkanki. Oprócz komórek nabłonkowych w miąższu tarczycy

znajdują się także komórki C (okołopęcherzykowe). Produkują one hormon – kalcytoninę biorący udział w regulacji gospodarki wapniowo-fosforanowej.

Regulacja czynności tarczycy

Czynność hormonalna gruczołu tarczowego podlega regulacji opartej na ujemnych sprzężeniach pomiędzy tarczycą, przysadką i podwzgórzem, co zobrazowano na poniższej rycinie.

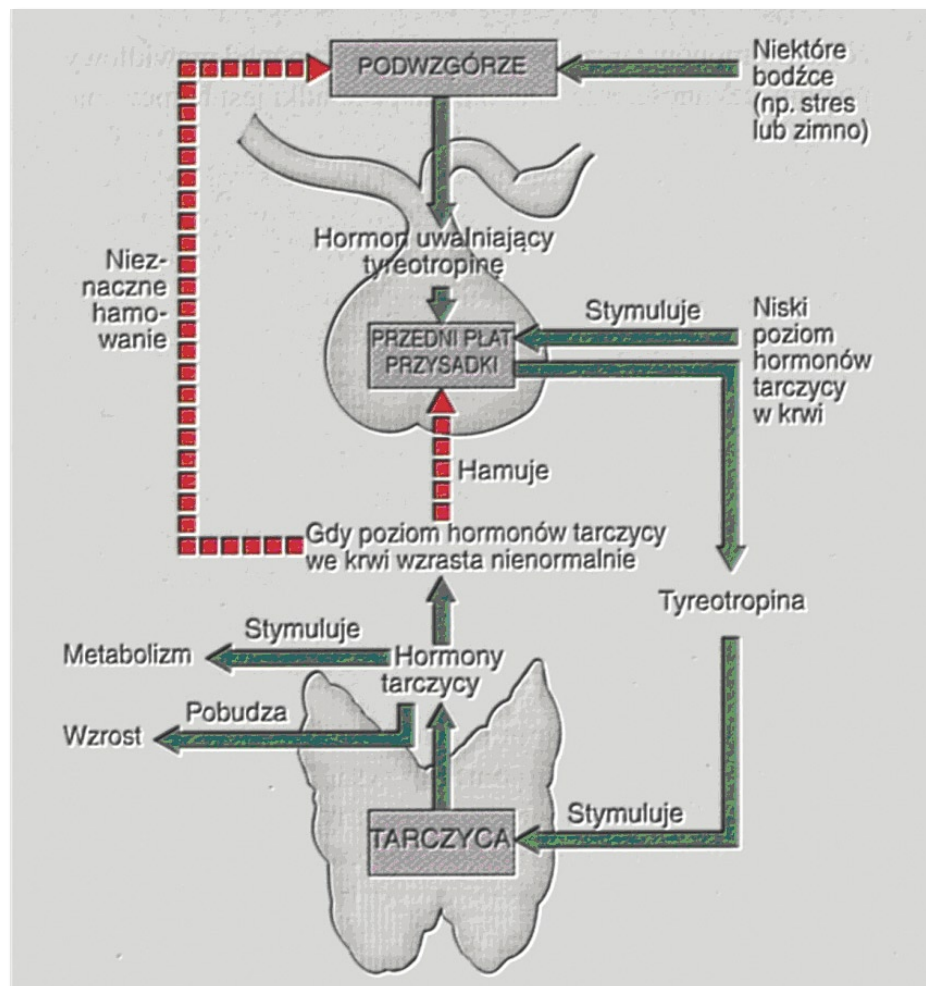
Tarczyca jest narządem, który do produkcji swoich hormonów wykorzystuje jod. Pierwiastek ten przyjmowany z pożywieniem dostaje się do krwi i następnie jest aktywnie transportowany do tarczycy. Aniony jodkowe ulegają utlenieniu do jodu elementarnego pod wpływem działania enzymu peroksydazy tarczycowej (TPO). Jod w postaci utlenionej dostaje się do światła pęcherzyków tarczycy podlega wbudowywaniu do reszt tyrozylowych tyreoglobuliny. Z tyreoglobuliny, po proteolizie



(czyli „pocięciu” tego białka na fragmenty), uwalniana jest tyroksyna (czterojodotyronina, T4) oraz w mniejszych ilościach, trójjodotyronina (T3).

Tyroksyna (T4) jest głównym hormonem tarczycy. Przekształcenie jej w bardziej aktywną biologicznie trójjodotyroninę (T3) odbywa się głównie w tkankach obwodowych. Odpowiedzialny jest za to enzym – dejodynaza tyrozyny.

Obecność hormonów tarczycy jest niezbędna do prawidłowego przebiegu procesów wzrostu, różnicowania i dojrzewania komórek i tkanek w organizmie. Szczególnie istotny wpływ hormony tarczycy mają w życiu płodowym, kiedy są niezbędne dla prawidłowego rozwoju centralnego i obwodowego układu nerwowego, a także układu kostnego.



PRAWIDŁOWA PODAŻ JODU

	wiek	jed (tyg)
niemowlęta	0-4 miesiące	50
	4-12 miesięcy	80
dzieci	1-4 lat	100
	4-7 lat	120
	7-10 lat	140
	10-13 lat	180
	13-15 lat	200
młodzież i dorośli	15-50 lat	200
	powyżej 50 lat	180
	kobiety w ciąży	230
	kobiety karmiące	260

Prof. dr I. Elmadfa, Prof. dr E. Muskat, *Wielkie tabele kalorii i wartości odżywczych.* Wyd. Muza S.A. Warszawa 2003

Prawidłowa podaż jodu w pożywieniu jest warunkiem niezbędnym do syntezy hormonów tarczycy.

Niedobór jodu został uznany przez Światową Organizację Zdrowia za jeden z czynników mających bezpośredni wpływ na stan zdrowotności populacji. Głównym objawem niedoboru jodu jest powiększenie tarczycy czyli tzw. wole endemiczne, pociągające za sobą zwiększoną chorobowość gruczołu tarczycowego.

W zależności od stopnia niedoboru jodu brak tego pierwiastka powoduje szereg innych zaburzeń, z których do najważniejszych należą:

- nieodwracalne uszkodzenie mózgu u płodu i noworodków,
- opóźniony rozwój psychomotoryczny u dzieci,
- obniżenie funkcji reprodukcyjnych oraz
- obniżenia wyższych funkcji mózgu jak zdolność uczenia się, zapamiętywania i kojarzenia, co obniża w istotnym stopniu iloraz inteligencji.

Główne grupy ryzyka niedoboru jodu to: kobiety w ciąży, noworodki oraz dzieci i młodzież w okresie dojrzewania.

Polska leży w obszarze niedoboru jodu, którego brak musi być uzupełniony profilaktyką jodową, wprowadzoną po raz pierwszy w 1935 roku, kiedy to rozpoczęto jodowanie soli kuchennej na terenach endemicznego występowania wola, głównie w rejonie Karpat. Jodowanie soli zostało jednakże wkrótce zaniechane ze względu na działania wojenne. W latach powojennych jodowania soli kuchennej nie wznowiono.

Dopiero w 1989 wprowadzono nieobligatoryjne zalecenia jodowania soli. Dwa lata później powołano z inicjatywy Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego Polską Komisję ds. Kontroli Zaburzeń z Niedoboru Jodu (PKKZNJ) z siedzibą w Klinice Endokrynologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Przewodniczącym Komisji jest prof. dr hab. Zbigniew Szybiński.

W latach 1992-1993 w trakcie badań populacyjnych prowadzonych pod nadzorem PKKZNJ, stwierdzono niedobór jodu na obszarze całej Polski. W 1996 rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Zdrowotnej wprowadzono zakaz produkcji i wprowadzaniu do obrotu soli kuchennej bez dodatku jodku potasu. Rozporządzenie weszło w życie 1 stycznia 1997r. i nadal jest obowiązujące.

Obowiązkowe jest jodowanie soli kuchennej w ilości 30 (+/- 10)mg jodku potasu na kilogram soli kuchennej oraz jodowanie mieszanek mlekozastępczych dla niemowląt. Zalecane jest także przyjmowanie 100-150 µg jodu przez kobiety w ciąży i okresie karmienia, a także zalecane jest spożywanie przez całą populację produktów bogatych w jod.

Głównym narzędziem kontroli efektywności profilaktyki jodowej w Polsce jest Program Eliminacji Niedoboru Jodu, który jest programem wielośrodkowym skupiającym czołowych ekspertów w tej dziedzinie z wszystkich Uniwersytetów Medycznych w kraju.

Badania prowadzone w zakresie Programu przy użyciu ambulansu epidemiologicznego „Thyromobil” wykazały,

że najlepsze wyniki eliminacji niedoboru jodu zostały osiągnięte w głównej grupie ryzyka – u dzieci szkolnych, gdzie częstość wola w najmłodszej grupie wieku (6-8 lat) po raz pierwszy w historii profilaktyki jodowej w Polsce spadła poniżej 5% - a więc poniżej poziomu endemicznego. Ponadto częstość wola u kobiet w ciąży zmniejszyła się z 80% do 12%.

Konferencja ekspertów ICCIDD, UNICEF i WHO wysoko oceniła wprowadzony w Polsce model profilaktyki jodowej oraz dokonała przesunięcia Polski do grupy krajów europejskich z prawidłową podażą jodu na poziomie populacyjnym.

Aktualne rekomendacje WHO dotyczą konieczności ograniczenia na poziomie populacyjnym (w tym również w ciąży) spożycia soli kuchennej jako czynnika ryzyka nadciśnienia i miażdżycy. W warunkach Europy i Polski redukcja aktualnego spożycia soli (głównego nośnika jodu) powinna wynieść około 30-50%, co może spowodować znaczną redukcję spożycia jodu. W związku z tym rozwija się program jodowania lizawek dla krów mlecznych dający możliwość podniesienia stężenia jodu w mleku powyżej 100ug/l występującego w Europie oraz promocja wód stołowych i mineralnych z kontrolowanym stężeniem jodu 150-200ug/l.

Ewa Aksamit-Białoszevska

Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych
Wydział Nauk Medycznych
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski
w Olsztynie

Informacja o Radzie Społecznej

W Sali Konferencyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie 4 czerwca 2012 r. odbyło się posiedzenie Rady Społecznej Szpitala.

W posiedzeniu uczestniczyli członkowie Rady Społecznej, dyrekcja Szpitala oraz związki zawodowe. Na spotkaniu członkowie Rady pozytywnie opiniowali:

- sprawozdanie finansowe Szpitala za 2011 rok,
- korektę planu finansowego na 2011 rok,
- Regulamin Organizacyjny Szpitala,
- zakup sprzętu specjalistycznego,
- zaciągnięcie kredytu obrotowego na sfinansowanie zobowiązań związanych z prowadzoną działalnością.

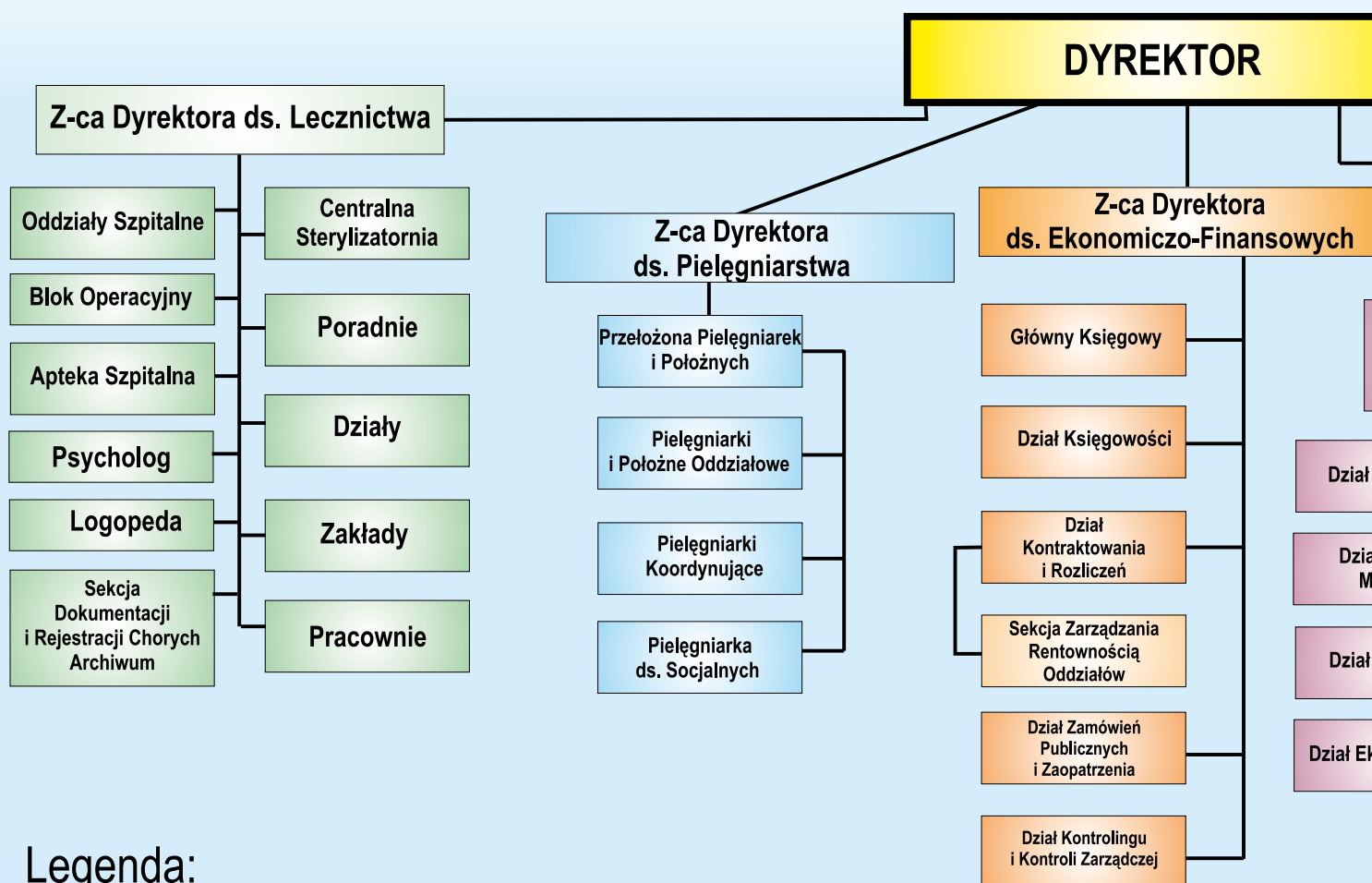
Alicja Biernacka



Wiesława Włodarczyk-Szczepańska przewodnicząca Rady Społecznej z **Michałem Danowskim** zastępcą dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych



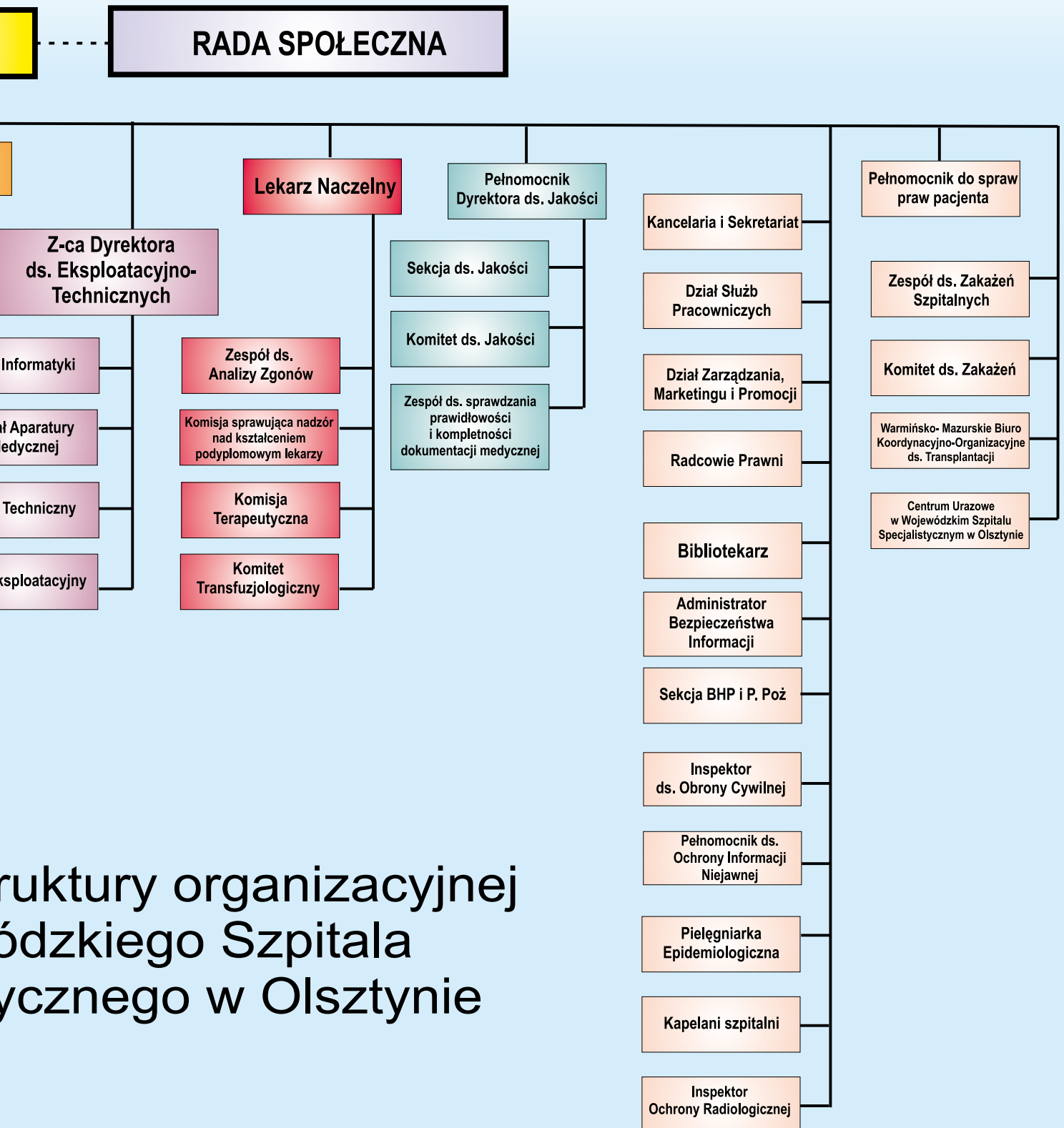
Od lewej: Zbigniew Ciecuch, Józef Dziki, Maria Sokoll – członkowie Rady oraz Irena Kierzkowska dyrektor WSS w Olsztynie



Legenda:

- Komórki podlegające bezpośrednio z-cy dyr. ds. Lecznictwa
- Komórki i stanowiska podlegające bezpośrednio z-cy dyr. ds. Pielęgniarstwa
- Komórki i stanowiska podlegające bezpośrednio z-cy dyr. ds. Eksploatacyjno- Finansowych
- Komórki i stanowiska podlegające bezpośrednio z-cy dyr. ds. Eksploatacyjno- Technicznych
- Komórki podlegające bezpośrednio Lekarzowi naczelnemu
- Komórki podlegające bezpośrednio Pełnomocnikowi dyr. ds. Jakości
- Komórki podlegające bezpośrednio dyrektorowi Szpitala

**Schemat struktury
Województwa
Specjalistycznego**



Struktury organizacyjnej
Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego w Olsztynie

Akredytacja jako system oceny jakości opieki w szpitalu

Na początek, dla przypomnienia, wyjaśnienie kilku podstawowych pojęć i zagadnień. Co to jest jakość opieki? Jakość to zdolność osiągania największych realnych korzyści w wyniku sprawowanej opieki, zgodnie z oczekiwaniami profesjonalistów oraz całej społeczności; to zysk jaki odnosi pacjent; można też zdefiniować ją inaczej, jak to określił nieznanym mędrcem – jakość to „robienie rzeczy właściwej, właściwie i za pierwszym razem”.



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

Od czego zależy jakość, co wpływa na jakość?

- wiedza i kompetencje personelu,
- bezpieczeństwo procedur,
- dostępność usług bez względu na czas i miejsce,
- ciągłość opieki,
- dostosowanie opieki do potrzeb,
- dostępność środków medycznych i aparatury.

Mówiąc o systemie jakości mamy na uwadze powiązany ciąg zdarzeń, przebiegający w określonym porządku tj.:

1. Opracowanie programów jakości:
 - weryfikacja wymagań prawnych,
 - wewnętrzna ocena stanu organizacji,
 - opracowanie wymagań wewnętrznych, np. procedury, instrukcje.
2. Wdrożenie wymagań, standardów akredytacyjnych.
3. Monitorowanie i ocena.
4. Ciągłe doskonalenie jakości.

Aby uzyskać informację zwrotną dotyczącą skuteczności podejmowanych działań pro jakościowych wdrażane są systemy oceny. W Polsce funkcjonują zewnętrzne systemy oceny jakości stworzone z myślą o ochronie zdrowia:

- akredytacja,
- badanie opinii pacjentów,
- rejestry pacjentów.

Jak również przystosowane do specyfiki ochrony zdrowia:

- certyfikacja ISO,



Uczestnicy szkolenia

– nagrody jakości np. Polska Nagroda Jakości.

Kilka słów o akredytacji

Akredytacja łac. CREDO – wierzę, AC-CREDITO – zawierzać, zaufać. Jest to usystematyzowany proces zewnętrznej oceny jednostek ochrony zdrowia prowadzony w oparciu o dostępne i opublikowane standardy, nakierowany na stymulowanie poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki. Ocena dotyczy szpitala jako funkcjonalnej całości, a przeglądowi podlega pełne spektrum działalności klinicznej, zarządzania i administracji.



Idea standaryzacji i akredytacji powstała w Stanach Zjednoczonych w 1898 roku, kiedy to Dr Ernest Codman z Massachusetts General Hospital w Bostonie opracował tzw. „system rezultatów końcowych” jako zestaw jednolitych wymogów dla oddziałów chirurgii. Obecnie około 90% amerykańskich szpitali poddaje się regularnej ocenie akredytacyjnej.

W Europie obowiązują programy dobrowolne, z uregulowaniem prawnym: Holandia, Polska, Bułgaria, Szwajcaria, Łotwa, Irlandia oraz programy obowiązkowe: Francja, Włochy, Wielka Brytania.

W Polsce system akredytacji funkcjonuje od 1998r. Został opracowany i wprowadzony przez Ośrodek Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. Funkcjonuje w oparciu o ustawę o działalności leczniczej z 2011r., ustawę z dnia 6 listopada 2008r. o akredytacji w ochronie zdrowia oraz zestaw standardów akredytacyj-

nych. Zestaw ten zawiera 221 standardów pogrupowanych w 15 działów.

Szpital nasz posiada status szpitala akredytowanego od 2003 r., natomiast kolejne oceny były przeprowadzane w 2006 r. i 2009 r. Obecny certyfikat traci swoją aktualność 30.12.2012 r. Szpital złożył wnioski do Ministra Zdrowia o przeprowadzenie przeglądu akredytacyjnego i obecnie oczekujemy na wskazanie daty. Przegląd akredytacyjny prowadzony jest przez wizytatorów profesjonalistów, praktyków pod kierownictwem pracowników CMJ. Każdy z wizytatorów dokonuje niezależnej oceny stopnia spełnienia 221 standardów. Dane pozyskują w wyniku:

- wywiadu:
 - z pracownikami,
 - z pacjentami,
 - z zespołami szpitalnymi.
- obserwacji bezpośredniej,
- przeglądu dokumentacji szpitala,
- przeglądu dokumentacji medycznej.

Budowanie i doskonalenie jakości jest wynikiem pracy zespołowej, natomiast podstawą pracy zespołowej jest wiedza i umiejętność komunikacji. Dlatego też Szpital podejmuje szereg inicjatyw sprzyjających doskonaleniu wiedzy i umiejętności pracy w zespole. Przykładem jest spotkanie szkoleniowe, które odbyło się 16.06.2012 r. Tematem szkolenia były zagadnienia dotyczące budowania, monitorowania i doskonalenia jakości. Uczestnikami szkolenia byli pracownicy ze wszystkich działów szpitala. Miejsce szkolenia sprzyjało swobodnej wymianie doświadczeń i zespołowej integracji. Czas wspólnie spędzony po zakończonym szkoleniu z pewnością zaowocuje dobrą pracą i współpracą na rzecz jakości.

Hanna Taraszkiewicz
z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa
Pełnomocnik ds. Jakości

Marketing w szpitalu – nowe wyzwania

Gospodarka wolnorynkowa oraz zmiany sposobu finansowania opieki zdrowotnej spowodowały, że szpitale nie mogą czekać na pacjenta, ale muszą o niego zabiegać, konkurując z innymi placówkami medycznymi. To spowodowało, że szpitale muszą dostosowywać się do potrzeb kształtującego się rynku usług medycznych. Szpitale podlegają prawom ekonomii tak, jak i inne obszary gospodarki. Faktem jest, że produkt, jak i jego odbiorcy są specyficzni.

Skuteczne działania szpitala zależą w dużym stopniu od tego, jak szybko reaguje na zmiany zachodzące w jego otoczeniu, na pojawiające się szanse jak i zagrożenia. Należy pamiętać, że powodzenie szpitala na rynku usług zdrowotnych uwarunkowane jest również posiadaną ofertą usług lub dostosowaniem szpitala, w tym zakresie, do wymagań pacjentów. Dlatego szpitale coraz częściej poszukują nowych metod i narzędzi zarządzania, a jednym z nich są działania marketingowe.

Każda placówka medyczna, która chce nie tylko utrzymać się na rynku, ale też rozwijać potrzebuje specjalistów, którzy określą kierunki rozwoju danej placówki i wskażą jak to zrobić, jakich narzędzi użyć. Największym problemem jest brak świadomości otoczenia dlatego to jest takie ważne. Badanie rynku, analiza bliższego i dalszego otoczenia, badanie konkurencji (a wręcz podglądanie), potrzeb pacjentów oraz wyciąganie wniosków, czyni pracowników zakładów opieki zdrowotnej bardziej elastycznymi, otwartymi na zmiany, a poza tym posiadana wiedza pozwala pracownikom na przygotowanie usługi zgodnie z wymaganiami i potrzebami klientów/pacjentów. Wiedza pozwala na planowanie przyszłości, budowanie wizerunku, ciągły kontakt z otoczeniem, zdobycie zaufania pacjentów do placówki medycznej. Działaniem wspomagającym jest promowanie i informowanie o usługach, jak placówka radzi sobie z problemami. Poza tym wyniki działań marketingowych powinny być punktem wyjścia do profesjonalnego przygotowywania się zarządzających placówkami medycznymi do negocjacji nie tylko z płatnikiem, ale też jej kontrahentami oraz pracownikami.

Marketing jest utożsamiany z jakością usług. Bo jak sprzedać usługę wątpliwej

jakości? Należy popracować nad jakością przygotowywanej oferty, a nie wydawać pieniądze na reklamę. Reklamę, która jest działaniem kontrowersyjnym i nie zawsze zgodnym z prawem. I co dalej? To nie o takie działania marketingowe nam chodzi.

Rzeczywistość pokazuje, że szpitale publiczne nie mają problemów z pozyskiwaniem pacjentów. Kolejki osób oczekujących na przyjęcie do poradni specjalistycznych czy szpitala są często niezwykle długie. Po co zatem marketing i dodatkowy koszt związany z utworzeniem nowego stanowiska pracy? Po co wydawać pieniądze na coś co i tak działa? Czy to nie marnotrawstwo i zbytnia rozrzutność?

A jednak, coraz częściej w placówkach medycznych tworzone są działy marketingu bądź zatrudniane są osoby odpowiedzialne za ten obszar. Zastanowić się zatem należy dlaczego tak się dzieje? Jaka jest ich rola i znaczenie? Co takiego dobrego dają swoim placówkom?

Utworzenie działu marketingu to strategiczna decyzja kadry zarządzającej i powinna wynikać z przyjętej strategii szpitala, jego celów i planów na przyszłość. Nie ma bowiem sensu tworzenia działu marketingu wyłącznie do prowadzenia strony internetowej, czy też projektowania ulotek informacyjnych o usługach świadczonych przez szpital. Takie zadania mogą z powodzeniem zostać zrealizowane przez firmy zewnętrzne. Wewnętrzna komórka organizacyjna jaką jest dział marketingu powinna być współodpowiedzialna za zarządzanie szpitalem. Do jej zadań powinno należeć przygotowywanie analiz, wyniki których powinny być podstawą do podejmowania strategicznych decyzji takich jak np. likwidacja, przeniesienie lub utworzenie nowego oddziału, opracowanie strategii marketingowej,



spójnej ze strategią szpitala i odzwierciedlającą przyjęte w niej cele strategiczne, udział w doskonaleniu jakości świadczonych usług czy zarządzanie realizacją planów marketingowych oraz ocena ich efektywności.

Praca zespołowa pozwala na efektywne działanie w tym zakresie. Ale należy sobie uświadomić, że wolny rynek to wiedza i sprawność działania, szybkie podejmowanie decyzji przez zarządzających. Nie należy zapominać o ludziach, którzy świadczą usługi bo to od nich wiele zależy czy potencjalny pacjent przyjdzie do naszej placówki, czy będzie się czuł bezpiecznie, to również realizacja samego procesu oraz otoczenie, w którym przebywa pacjent.

Cel pracy i metodyka badania

Celem pracy jest weryfikacja postawionej hipotezy „czy w szpitalu potrzebne są działania marketingowe”. Do weryfikacji hipotezy wykorzystano wyniki przeprowadzonego badania ankietowego. Badania przeprowadzono od stycznia do marca 2011 roku w trzech wojewódzkich szpitalach znajdujących się na terenie powiatu olsztyńskiego. Narzędziem tych badań był kwestionariusz ankiety zawierający 8 pytań (tabela 1), który skierowano do lekarzy, pielęgniarek i pracowników administracyjnych (księgowość i finanse, zamówienia publiczne, dział techniczny, informatyka, zarządzanie i marketing, dział kadr). Wyniki badań ankietowych opracowano statystycznie. Wykorzystano do tego celu nieparametryczny test oraz współczynnik V Cramera. Poziom statystycznej istotności równy był $\alpha=0,05$. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą pakietu STATISTICA 9.1.

Tabela 1. Pytania ankietowe wraz z odpowiedziami

L.P.	PYTANIA	A	B	C	D
Q1	Czy Pani/u wiadomo, że w szpitalu istnieje komórka zajmująca się działaniami marketingowymi w szpitalu	tak, od wielu lat	tak, od niedawna	nie wiem	inne, jakie...
Q2	Czy Pani/a zdaniem w szpitalu potrzebna jest komórka zajmująca się działaniami marketingowymi	tak, bo to wymóg czasów	tak, jeśli chcemy być konkurencyjni na rynku usług zdrowotnych	nie, to tylko dodatkowe koszty dla szpitala	inne, jakie...
Q3	Pani/a zdaniem, jacy specjaliści powinni pracować w komórce zajmującej się działaniami marketingowymi	Połączenie specjalności medycznej i marketingowej – zespół interdyscyplinarny	ekonomiści	Specjalista PR	inne, jakie...
Q4	Czy Pani/a zdaniem marketing usług zdrowotnych oznacza	Przystosowanie działalności szpitala do wymagań rynku	Pozyskiwanie wiedzy o potrzebach pacjenta	Budowanie pozytywnego wizerunku szpitala	inne, jakie...
Q5	Czy Pani/a zdaniem budowanie pozycji szpitala oznacza dążenie do	lepszego postrzegania szpitala w otoczeniu-poważny partner	Wzmocnienie zaufania personelu do szpitala	zwiększenie zaufania pacjentów do szpitala	inne, jakie...
Q6	Czy Pani/a zdaniem, szpital wymaga wdrożenia działań promocyjnych	nie ma takiej potrzeby, pacjenci i tak przyjdą do szpitala	Tak, szpital wymaga działań promocyjnych	są ważniejsze zadania, które wymagają nakładów finansowych	inne, jakie...
Q7	Pani/a zdaniem jakie korzyści wynikają dla szpitala z wprowadzonych działań marketingowych	łatwiejsze pozyskiwanie środków finansowych ze źródeł zewnętrznych	Bardziej wiarygodny partner dla NFZ (głównego płatnika)	Nie ma żadnych korzyści	inne, jakie...
Q8	Czy w Pani/a szpitalu funkcjonuje dokument – strategia marketingowa	tak	nie	Nie wiem	nie jest to moim obszarem zainteresowania

Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki badań

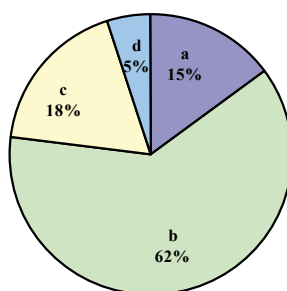
Niezależnie od płci, wieku, stażu, wykształcenia i zajmowanego stanowiska odpowiadano na pytania 3,4,5 i 7. Z odpowiedzi tych wynika, że:

- 1) W komórce zajmującej się działaniami marketingowymi powinien pracować zespół interdyscyplinarny (86,7%).
- 2) Marketing usług zdrowotnych to przystosowanie działalności szpitala do wymagań rynku (54,7%) oraz budowanie pozytywnego wizerunku szpitala (37,9%).
- 3) Budowanie pozycji szpitala oznacza dążenie do lepszego postrzegania szpitala w otoczeniu (46,6%) i zwiększenie zaufania pacjentów do szpitala (36,7%)
- 4) Korzyści wynikające dla szpitala z wprowadzonych działań marketingowych to łatwiejsze pozyskiwanie środków finansowych ze źródeł zewnętrznych (61,2) oraz szpital staje się wiarygodnym partnerem dla głównego płatnika (29,9%).

Najbardziej zależnym od predyktorów badania ankietowego była ocena sensu wdrożenia działań promocyjnych, które stanowią ważny element działań marketingowych. Najwięcej, bo aż 62% respondentów odpowiadało, że szpital wymaga działań promocyjnych, 18% twierdziło, że są ważniejsze zadania, które wymagają nakładów finansowych, 15% twierdziło, że nie ma takiej potrzeby bo pacjenci i tak przyjdą do szpitala (Rys.1).

Rys. 1. Struktura odpowiedzi respondentów

Pytanie nr 6



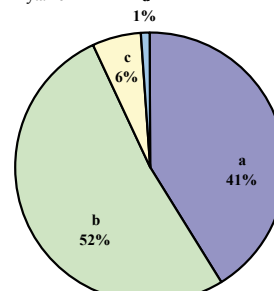
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników ankiet

Test χ^2 wskazał, że grupą, która pozytywnie ocenia działania marketingowe w szpitalu to pielęgniarki ($\chi^2=32,2$; $df=6$; $p<0,01$; $VCramera=0,24$) o wykształceniu średnim medycznym ($\chi^2=36,12$; $df=15$; $p<0,01$; $VCramera=0,20$) w przedziale wiekowym między 50-60 lat ($\chi^2=35,99$; $df=12$; $p<0,01$; $VCramera=0,20$). Grupa lekarzy była odmiennego zdania, co udowodniło badanie testem χ^2 wskazując istotnie większą liczbę odpowiedzi negatywnych niż oczekiwano.

Na pytanie czy w szpitalu potrzebna jest komórka zajmująca się działaniami marketingowymi, większość odpowiedziała (52%), że tak jeśli szpital chce być konkurencyjny na rynku usług zdrowotnych, 41% odpowiedziało, że tak bo to wymóg czasów, 6 respondentów twierdziło, że to tylko dodatkowy koszt, pozostali nie mieli zdania (Rys.2).

Rys.2. Struktura odpowiedzi respondentów

Pytanie nr 2

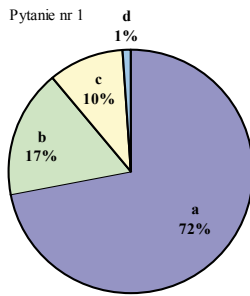


Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników ankiet

Potwierdzeniem wcześniejszych obserwacji może być fakt, iż osoby z wykształceniem wyższym medycznym istotnie częściej niż oczekiwano twierdziły, że komórka zajmująca się działaniami marketingowymi to tylko dodatkowe koszty dla szpitala ($\chi^2=27,0$; $df=15$; $p=0,03$; $VCramera=0,17$).

Na pytanie czy w szpitalu istnieje komórka zajmująca się działaniami marketingowymi, 72% badanych odpowiedziało, że tak, od wielu lat, 17% odpowiedziało tak, od niedawna, a tylko 10% badanych nie wiedziało o istnieniu takiej komórki (Rys.1).

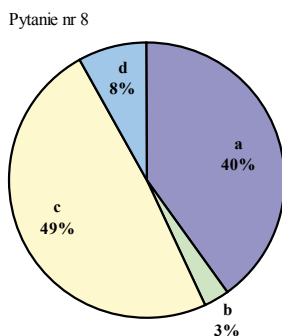
Wszystkie badane grupy zawodowe, oprócz lekarzy do 40 roku życia ($\chi^2=42,4$; $df=12$; $p<0,01$; $VCramera=0,22$) ze stażem pracy do 10 lat były świadome istnienia komórki zajmującej się działaniami marketingowymi w szpitalu.

Rys.3. Struktura odpowiedzi respondentów

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników ankiet

Test χ^2 wskazał, że istotnie więcej niż oczekiwano były to osoby w przedziale wiekowym 50-60 lat ze stażem pracy powyżej 20 lat ($\chi^2=37,1$; $df=9$; $p<0,01$; $VCramera=0,20$).

Na pytanie dotyczące funkcjonowania dokumentu strategia marketingowa można przyjąć, że połowa ankietowanych odpowiedziała twierdząco (40%), a druga połowa nie wiedziała o istnieniu takiego dokumentu (49%). Tylko 2% respondentów stwierdziło, że nie ma takiego dokumentu, a pozostałe 8% twierdziło, że nie jest to w ich obszarze zainteresowania, lub nie wiedzą o co chodzi. (Rys.4).

Rys.4. Struktura odpowiedzi respondentów

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników ankiet

Na rozdźwięk ten wpłynął wiek $\chi^2=22,1$; $df=12$; $p=0,04$; $VCramera=0,16$, staż pracy $\chi^2=17,9$; $df=9$; $p=0,04$; $VCramera=0,14$ oraz wykształcenie $\chi^2=44,4$; $df=15$ $p<0,01$; $VCramera=0,23$.

W grupie pracowników, którzy byli świadomi funkcjonowania dokumentu wyróżniły się osoby w przedziale wiekowym 50-60 lat, ze stażem pracy powyżej 20 lat. Natomiast w grupie pracowników którzy nie wiedzieli o funkcjonowaniu tego dokumentu, wyróżniły się osoby z przedziału wiekowego 30-40 lat, ze stażem pracy do 10 lat, z wykształceniem wyższym medycznym.

Dyskusja

Reakcją na zainteresowanie ze strony zarządzających jak i pracowników zakładów opieki zdrowotnej prorynkowymi zachowaniami staje się marketing, który nie tylko umożliwia zaspokojenie potrzeb pacjentów/klientów, ale również budowanie pozytywnego wizerunku placówki w ich oczach. Ksykiewicz-Dorota A. twierdzi, że „marketing usług zdrowotnych jest to taki sposób zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, w którym działania są ukierunkowane na celowe zaspokajanie potrzeb i wymagań pacjentów/klientów i ich rodzin za pomocą określonych świadczeń” (3). Według Dobskiego M. marketing w ochronie zdrowia można postrzegać trojako: jako funkcję wspomagającą zarządzanie, jako jedną ze sfer wpływającą na jakość usług medycznych, lub jako marketingowe zarządzanie całą placówką (2).

W toku weryfikacji postawionej hipotezy jawi nam się obraz działań marketingowych w badanych szpitalach jako przystosowanie szpitala do wymagań rynku (54,7%), a mocna pozycja szpitala sprawia, że pacjenci mają do niego większe zaufanie.

Według Nowatorskiej-Romaniuk marketing usług zdrowotnych to nie tylko przystosowanie własnej działalności do wymagań rynku, ale również jego aktywne kształtowanie (4) czego dowodem są głosy respondentów potwierdzające, że działania marketingowe nie tylko dają większą szansę na pozyskanie środków finansowych ze źródeł zewnętrznych (61,2%), ale również szpital staje się wiarygodnym partnerem dla głównego płatnika (NFZ). Również połowa ankietowanych była świadoma funkcjonowania dokumentu- strategia marketingowa. I co ciekawe, w odpowiedzi tej wyróżniły się osoby (szczególnie pielęgniarki) w przedziale wiekowym 50-60 lat, ze stażem pracy powyżej 20 lat. O funkcjonowaniu tego dokumentu nie wiedziały osoby z przedziału wiekowego 30-40 lat, ze stażem pracy do 10 lat, z wykształceniem wyższym medycznym (lekarze). To potwierdza tezę, że lekarze – niestety na razie tylko prywatnych placówek zdrowotnych- zaczynają wdrażać w zarządzaniu placówką zdrowotną prokonsumenckie zachowania (1).

Wnioski/Podsumowanie

1. Wszyscy pracownicy, we wszystkich badanych szpitalach niezależnie od płci, wieku, wykształcenia, stażu

pracy i stanowiska są zgodni co do tego, że działania marketingowe mogą być skutecznym narzędziem zarządzania w szpitalu.

- Pracownicy widzą sens działań marketingowych w szpitalu, choć w grupie tej najbardziej wyróżniły się doświadczone pielęgniarki i osoby z pionu administracyjnego z wykształceniem wyższym niemedycznym.
- Najsilniejszą grupą zawodową jaka ma największy wpływ na funkcjonowanie szpitala, tj. lekarze częściej niż by oczekiwano była sceptycznie nastawiona do działań marketingowych w szpitalu.
- Badania wskazały, że świadomość praktycznych działań marketingowych w szpitalu rośnie wraz z wiekiem i stażem pracy osób zatrudnionych w danej jednostce. Może należałoby wykorzystać tę szansę i okoliczności, jakie daje nam dobrodziejstwo wolnego rynku i unikalne umiejętności specjalistów marketingu medycznego, i zbudować taki wizerunek placówki na jakim nam zależy, promować jej działalność i informować o ważnych wydarzeniach medycznych, profilaktycznych i społecznych? A może warto zbudować odpowiedni system właściwej organizacji wewnętrznych procesów placówki, wspierających i budujących jej wizerunek i pozycję, podnosząc jakość świadczonych usług? Może jednak warto stworzyć program i system przyjaznej i troskliwej opieki nad pacjentem od momentu przekroczenia przez niego progę placówki, aż do jej opuszczenia w pełnym zdrowiu? Czy jesteśmy gotowi na zmieniające się uwarunkowania rynkowe i coraz silniejszą konkurencję?

dr n. ekon.

Elżbieta Majchrzak-Kłockocka

Literatura:

- Bukowska-Piastrzyńska A., Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów, wyd. CeDeWu sp. z o.o., wydanie II, Warszawa 2008.
- Dobski M., Marketing usług medycznych, Wyd. Prawno-Ekonomiczne Infor, Warszawa 1997.
- Ksykiewicz-Dorota A., red. Zarządzanie w pielęgniarstwie, Marketing usług zdrowotnych, Wyd. Czelej, Lublin 2005.
- Nowatorska-Romaniak B., Marketing usług zdrowotnych. Koncepcje i stosowanie, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa 2008.

XX Jubileuszowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

W dniach 14 – 16 czerwca 2012 roku w Rynie odbyła się XX Jubileuszowa Konferencja Naukowo – Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Organizację tego doniosłego wydarzenia Zarząd Główny PTN powierzył nam już we wrześniu 2009 roku, a więc zaledwie 3 miesiące po zmianie na stanowisku ordynatora i jeszcze przed formalnym powołaniem do życia Kliniki Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych; dlatego traktowaliśmy tę konferencję jako wielkie wotum zaufania, a jednocześnie – szansę na zaistnienie na forum ogólnokrajowym w roli organizatora i gospodarza.

Na Konferencję przybyli wybitni przedstawiciele europejskiej i polskiej nefrologii. Gościem szczególnym był Nauczyciel i Wychowawca wielu pokoleń lekarzy, doktor honoris causa licznych uniwersytetów, wieloletni prezes ZG PTN, znany wszystkim lekarzom głównie ze swoich „kultowych” podręczników chorób wewnętrznych – Profesor Franciszek Kokot z Katowic. Obecni byli także JM Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie Prof. Andrzej Książek, prorektorzy Gdańskiego i Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Prezes ZG PTN Prof. Jacek Manitius, Członkowie Zarządu Głównego, Członkowie Honorowi PTN, Prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologii Dziecięcej, konsultanci krajowi w dziedzinie nefrologii oraz chorób wewnętrznych, a także pełniący funkcję Secretary-Treasurer of the European Renal Association/European Dialysis and Transplant Association, Prof. Andrzej Więcek. Gośćmi Konferencji, a jednocześnie jej współgospodarzami, jako twórcy i przedstawiciele medycyny akademickiej Warmii i Mazur, byli także Dziekani Wydziału Nauk Medycznych UWM, Profesorowie Wojciech Maksymowicz i Jerzy Gielecki oraz Kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych WNM UWM,

Prof. Elżbieta Bandurska-Stankiewicz. Środowisko lekarskie województwa reprezentował Dr Marek Zabłocki, a Dr med. Jan Forfa był Honorowym Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego. W potrójnej roli: znanego w Polsce nefrologa, Dyrektora Szpitala, będącego siedzibą Kliniki Nefrologii UWM oraz współgospodarza Konferencji wystąpiła także Dr Irena Kierzkowska. Obowiązki Przewodniczącego Komitetu Naukowego pełnił Pan Profesor Bolesław Rutkowski z Gdańska, który – obok licznych funkcji sprawowanych obecnie i w przeszłości (m.in. konsultanta krajowego w dziedzinie nefrologii, prezesa PTN, prezydenta International Association for History of Nephrology, prezesa – elekta Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego) – był także przed laty konsultantem w dziedzinie nefrologii dla dawnego województwa olsztyńskiego.

Konferencja rozpoczęła się trzema sesjami firmowymi sponsorowanymi przez przemysł farmaceutyczny. W trakcie oficjalnego otwarcia miała miejsce uroczystość wręczenia Członkostwa Honorowego PTN dwóm wybitnym nefrologom: Profesorowi Jurgenowi Floege z Akwizgranu (Niemcy) oraz Profesorowi Pe-

terowi Stenvinkelowi ze Sztokholmu (Szwecja). Zaszczytny tytuł Zasłużonego dla Polskiej Nefrologii otrzymała natomiast nasza Koleżanka, Pani Dr med. Maria Napora. W trakcie otwarcia Konferencji przypominałem także zgromadzonym Gościom o III Konferencji Naukowo-Szkoleniowej PTN, która odbyła się dokładnie przed 25 laty, 12 czerwca 1987 roku w Mrągowie. Wykład inauguracyjny poświęcony diagnostyce i leczeniu hiponatremii wygłosił Pan Profesor Franciszek Kokot.

Tematami przewodnimi Konferencji były kłębuszkowe choroby nerek, nefropatie cewkowo-śródmiąższowe, choroby nerek uwarunkowane genetycznie oraz kamica układu moczowego. W kolejnych 5 sesjach dwóch dni Konferencji ponad 600 uczestników miało okazję wysłuchać 19 fascynujących wykładów wygłoszonych przez wybitnych specjalistów z dziedziny nefrologii oraz 6 prezentacji ustnych – wybranych spośród ponad 60 nadesłanych na zjazd streszczeń, które uzyskały najwyższą liczbę punktów od recenzentów. W dniu 15 czerwca 2012 roku odbyła się także sesja posterowa. Na zakończenie porannej sesji 16 czerwca wręczono także nagrody dla najlepszych prezentacji ustnych i posterowych.



Profesorowie Franciszek Kokot i Stanisław Czekański – Członkowie Honorowi Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego



Dziekan Wydziału Nauk Medycznych, Prof. Wojciech Maksymowicz wita zgromadzonych Gości



Dr med. Maria Napora otrzymuje tytuł Zasłużonego dla Polskiej Nefrologii z rąk Prezesa PTN, Prof. Jacka Manitiusa



Przyjęcie powitalne na Dziedzińcu Zamkowym



Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego w roli Wykładowcy...

Niemal przez cały czwartek i piątek w Rynie padał deszcz. Pan Dziekan Maksymowicz nawiązał zresztą w swoim wystąpieniu do tego faktu, mówiąc, że „tam, gdzie obradują nefrolodzy, nawet z nieba musi być diureza...”. Organizatorzy patrzyli jednak w niebo z narastającym niepokojem, w związku z planowaną na wieczór imprezą plenerową. Okazało się jednak, że Opatrzność czuwa nad warmińsko-mazurską nefrologią, ponieważ w ciągu kilku minut, około 17, niebo zro-



... oraz w trakcie spotkania towarzyskiego jako Gwiazda Wieczoru...

biło się bezchmurne i rozbłysło popołudniowe słońce. Dzięki temu drugi dzień Konferencji mógł zakończyć się wspaniałą biesiadą pod gołym niebem, w trakcie której zagrał zdobywający coraz większą popularność zespół „rockandrollowych górali ze Śląska Cieszyńskiego”, zespół Ustronsky (m.in. laureat Debiutów Festiwalu w Opolu w roku 2009). W trakcie ich występu Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego wcielił się na kilkadziesiąt minut w rolę blues-rockowego wokalisty i skrzypka, budząc aplauz kilkusetosobowej publiczności...

Gościnność środowiska lekarskiego i akademickiego Warmii i Mazur, piękno przyrody naszego Regionu, niepowtarzalny urok ryńskiego Zamku, kulinarne propozycje zamkowego Szefa Kuchni oraz wysoki poziom merytoryczny obrad wywarły na Uczestnikach duże wrażenie. Jesteśmy adresatami podziękowań i gratulacji w związku z organizacją XX Konferencji. Wydaje się, że okrągła nefrologiczna rocznica została godnie uczczona i zapadnie w pamięć naszym Koleżankom i Kolegom.

Zapraszamy także na stronę www.nefrologia.info.pl, gdzie można zapoznać się ze szczegółowym programem, przeczytać sprawozdanie z Konferencji i obejrzeć więcej zdjęć.

Tomasz Stompór
Foto: MEGAFON

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek i Położnych

W tym roku Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w imieniu Międzynarodowej Rady Pielęgniarek ogłosiło tegoroczne hasło „Niwelowanie różnic: od nauki do praktyki” dla obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek.

Pielęgniarki, pielęgniarze i położne stanowią najliczniejszą grupę zawodową zatrudnioną w naszym szpitalu. Wykonują szczególną pracę, wymagającą wyjątkowych predyspozycji: wrażliwości na cierpienie, umiejętności współczucia i pocieszenia.

Z okazji ich święta, 12.05.2012 r., odbyło się spotkanie dyrekcji szpitala z naszą kadrą pielęgniarską. Wzięły w nim udział nie tylko pielęgniarki oddziałowe, ale też pielęgniarki ze specjalistycznych poradni. Życzenia oraz gorące podziękowania dla zebranego personelu, złożyły dyrek-

tor szpitala Irena Kierzkowska, z-ca dyr. ds. pielęgniarstwa Hanna Taraszkievicz, a także Elżbieta Majchrzak-Kłokocka, która poprowadziła spotkanie.

Obecnie zawód pielęgniarki wymaga coraz większej wiedzy i profesjonalizmu. Dlatego zwrócono uwagę na ogromne zaangażowanie w pracę, fachowość i stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych naszych Pań i Panów z pionu pielęgniarskiego. Podkreślono, że winniśmy okazywać im szacunek nie tylko w dniu święta, ale również na co dzień. Miłym akcentem było wręczenie pielęgniarkom



Uczestnicy spotkania



Wręczenie kosza z owocami

i pielęgniarkom drobnych upominków w postaci koszy z owocami.

Barbara Szymczuk

Inwestycje współfinansowane przez UE



PROGRAM REGIONALNY
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



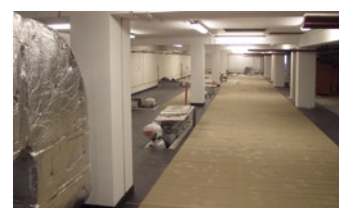
UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



„Warmia i Mazury regionem zjednoczonej Europy”

Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2007-2013

Modernizacja Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie poprzez rozbudowę istniejącego głównego budynku szpitalnego na potrzeby bloku operacyjnego i centralnej sterylizatorni



PROGRAM REGIONALNY
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



„Warmia i Mazury regionem zjednoczonej Europy”

Projekt dofinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2007-2013

e-Pacjent – rozbudowa systemu usług elektronicznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie





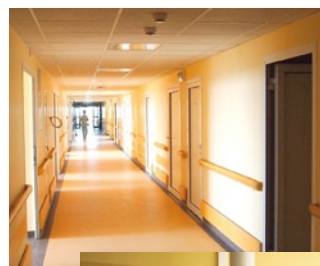
**INFRASTRUKTURA
I ŚRODOWISKO**
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ
ROZWOJU REGIONALNEGO



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Infrastruktura i Środowisko

Centrum urazowe w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie szansą kompleksowego leczenia pacjentów z urazami wielonarządowymi



Źródło finansowania

Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2007-2013
Priorytet XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia
Działanie 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego

Dla rozwoju infrastruktury i środowiska

LAOS – spokój nad Mekongiem cz. 2

„Wystarczy znaleźć się na terenie Laosu, by natychmiast w powietrzu poczuć jakąś osobliwą poetyckość. Długie dni toczą się powoli, a z ludzi promieniuje spokojna słodycz, jaką trudno znaleźć gdziekolwiek indziej w Indochinach” – pisał włoski reporter Tiziano Terzani.

Ząb czasu i wojny nie naruszyły jednej z najstarszych w mieście świątyń – Wat Xieng Thong, wybudowanej przez króla Setthathirata w 1560 r. Tuż koło Mekongu jej dachy opadają łagodnym łukiem prawie do samej ziemi. Złoczone, spiczaste fronty zachwycają bogactwem zdobień. Czarne ściany falują ruchami złotych tancerek. Na tylnej ścianie barwna mozaika przedstawia drzewo życia. Za złotymi, ciężkimi od rzeźb drzwiami, w półmroku, w przewiewie bryzy od rzeki napędzanej skrzydłami podsufitowych wiatraków, siedzi ogromny złoty Budda. Choć świątynię się zwiedza i przed wejściem sprzedawane są bilety, to nie jest ona skostniałym muzeum. Za czerwoną kaplicą, kryjącą najcenniejszy obecnie posąg Buddy w kraju, i zdobnym pawilonem z rydwanem pogrzebowym jednego z królów, w zabudowaniach graniczących z głównym podwórzem, urządzono szkołę z internatem dla nowicjuszy. Na sznurkach suszą się świeżo wyprane pomarańczowe szaty, można zajrzeć do skromnej celi czy zobaczyć, jak nowicjusze, bezgłośnie poruszając ustami w skupieniu, ze zmarszczonym czołem czytają nauki Buddy. Wielu z nich to bardzo młodzi chłopcy – dzieci jeszcze.



Większość laotańskich chłopaków zgodnie z tradycją, idzie chociaż na trzy miesiące zaznać klasztornych rygorów życia. A mnich w rodzinie to wciąż wielki zaszczyt. O Luang Prabang mówi się, że to miasto mnichów. W silnych korzeniach buddyzmu tkwi jego niepowtarzalny urok. Czas toczący się powoli w rytm koła życia, powtarzalność codziennych rytuałów i wskazywanych przez fazy księżyca świąt. Niezwykłą zależność i relację mnichów ze zwykłymi śmiertelnikami zobaczy ten, kto wstanie skoro świt. Przed 6 rano senną, główną ulicę Luang Prabang spowija jeszcze delikatna mgła. Kobiety z włosami gładko zaczesanymi w kok, z plastikowymi koszykami pod pachą czekają, owijając się szczelniej tkanymi szalami. Z szarówki wylaniają się krocący bezgłośnie, bosonodzy mnisi w szafranowych szatach. Za nimi dziesiątki odzianych w ciemniejsze, pomarańczowe zwoje materiału nowicjuszy. Wyciągają obłe miski na jałmużnę w stronę klęczących kobiet. Te wrzucają dary, spełniając buddyjski dobry uczynek – „zasługę”. Wstają o świcie, by ofiarować mnichom garść ryżu i zatroszczyć się tym samym o swoją lepszą reinkarnację i skrócić łańcuch wcieleń. Buddyści wierzą, że dzieląc się ryżem w tym życiu („zdobывая zasługi”), w następnym nie będą głodowali. Mimo swojego racjonalnego podejścia do życia uczestniczyłam w tym odwiecznym rytuale, pamiętając, że choć stał się on rodzajem atrakcji turystycznej, w dalszym ciągu pozostaje obrzędem religijnym. Pouchono nas jak należy się zachowywać – kobiety bardzo skromnie, ze spuszczonej oczami i głowami, uważając aby pokornie podając jałmużnę (sklejony ryż) nie dotknąć mnicha. Kleisty ryż to charakterystyczna potrawa o kulturowym i religijnym znaczeniu dla Laotańczyków. W Laosie preferuje się sklejony ryż ponad zwykły, sprawiając, że produkty Uncle Ben’s nie cieszyłyby się tu popularnością. Sklejony ryż jest popularny w wielu krajach Azji, ale uważa się powszechnie, że jego uprawa została zapoczątkowana właśnie w Laosie. Wiele tradycji i rytuałów związa-



Emilia Paszkowska

nych jest z produkcją sklejonego ryżu. Dla przykładu farmerzy Khammu w Luang Prabang uprawiają ryż Kam w małych ilościach obok domów, ku pamięci swoich rodziców lub na skraju pola ryżowego, by dać znać, że rodzice symbolicznie jeszcze żyją.

W Luang Prabang, gdy słońce ześlizgnie się już za zamykające dolinę wzgórza, handlarki na cowiecznym targu zapalają lampy nad straganami wokół królewskiego pałacu. A na nich stosy ręcznie tkanych jedwabnych szali, ciężka srebrna biżuteria noszona przez górskie plemiona, laotańska herbata pakowana w haftowane woreczki. Zapach francuskich naleśników pieczonych na obwoźnej kuchni miesza się z zapachem świeżo palonej, doskonałej laotańskiej kawy. Handlarki spokojnie czekają, aż kogoś ich towar zainteresuje. Nikt się nie narzuca, nie awanturuje, nie nagabuje.



W bocznej uliczce lampionami z czerpanego papieru handluje mała dziewczynka, która rozkłada drewniane stelaże, rozpina abażury na mocnych żarówkach wydobywających zatopione w papierze kolorowe płatki kwiatów. Za nią leży tornister pełen szkolnych książek i odłożona na bok lektura. Jeszcze grubo przed północą, a stragany już znikają jeden po drugim. W czasie gdy inne azjatyckie miasta dopiero się budzą, Luang Prabang układa się do snu.

Wientian

Zaskakujący jest spokój i serdeczność Laotańczyków i ich umiejętność niechowania urazy. Szczególnie gdy zdać sobie sprawę, ile wycierpieli. Chińczycy, by wspierać Wietkong podczas wojny w Wietnamie, poprowadzili przez Laos szlak Ho Chi Minha. By go przerwać, Amerykanie przez dziewięć lat, od 1964 do 1973 r., zrzucili na północno-wschodnie prowincje Laosu więcej ton bomb niż spadło na całą Europę podczas II wojny światowej. Wyliczono, że huk nalotów rozbrzmiewał co 8 minut. I tak przez 9 lat! Po bombach przyszły czasy „obozów reedukacyjnych”, w których komuniści trzymali króla, jego świtę i większość intelektualistów. Jednak zapętłony w krąg wcieleń Laos nie rozpamiętuje przeszłości, a raczej skupia się na zapewnieniu sobie lepszej przyszłości. Co ciekawe, równie żarliwie modlą się komunistyczni przedstawiciele władz, dla których religia nigdy nie stała w sprzeczności z ideologią. Niezwykły jest lokalny kult zwany „cargo cult”. Niewykształceni Laotańczycy nie mogą zrozumieć jakim sposobem, samolotami lub samochodami, przywozi się do ich kraju różne towary. Wierzą, że kiedyś przybędzie do nich nowy Mesjasz, podobny do Jezusa Chrystusa w polowym mundurze Fidela Castro, w wielkim, wojskowym dziupie z ogromną przyczepą wypełnioną wszelkimi dobrami..., a my mamy nasze kumulacje w Lotto.

Wszystko to dzieje się w Wientian, stolicy kraju, która w porównaniu do rozpasanych, pełnych huków i smogu azjatyckich metropolii wygląda jak parterowe, spokojne, prowincjonalne miasto. Stolica Laosu to ok. 200 tysięczne miasto, gdzie miejska zabudowa harmonijnie współgra z okolicznym wiejskim krajobrazem, położona na wschodnim brzegu Mekongu – zachodni zajmuje Tajlandia. W centrum miasta stoi Patuxay, odsłonięty w 1968 r. pomnik Zwycięstwa, upamiętniający poległych



w czasie wojny o niepodległość przeciwko Francji. Jak na ironię, jest to łuk triumfalny wzorowany na paryskim Arc de Triomphe. Cała konstrukcja robi jednak ogromne wrażenie, szczególnie na tle tego prowincjonalnego miasta. Świątynia Wat Si Saket została ukończona w 1818 r., a sławę zawdzięcza 10 tys. posągów Buddy, we wszystkich możliwych kształtach i rozmiarach, po umieszczanych w specjalnych wnękach, jak i poupychanych w każdym kącie. Wiele z nich jest specyficznych dla Laosu, np. Budda „modlący się o deszcz”, czy „wołający o pokój” z podniesionymi rękami i dłońmi skierowanymi do przodu.



Pagoda Wat Phra Kaeo została wybudowana w 1565 r. przez króla Setthathirata jako sanktuarium dla szmaragdowego posągu Buddy, który przywiózł z Tajlandii, a którą Tajowie odebrali w 1779 r. i obecnie znajduje się w Wielkim Pałacu w Bangkoku. Dzisiaj nie mieszkają tu już mnisi, a świątynia pełni rolę muzeum sztuki sakralnej. W jej ogrodzie znajduje się przedziwny dzban przeniesiony z Równiny Dzbanów, kolejnego, tajemniczego i magicznego miejsca w Laosie. Równina Dzbanów położona jest w północno-środkowej części Laosu. Jest to płaskowyż rozciągający się na długości ok. 24 km, pokryty setkami kamiennych dzbanów – urn, różnych rozmiarów, w tym największy ma ok. 3 m wysokości, waży do 13 ton i są wykonane z piaskowca. Prawdopodobnie pochodzą sprzed 2000 lat, a archeolodzy łamią sobie głowy, badając, do czego służyły. Do przechowywania żywności? Gromadzenia deszczówki? Może do grzebania zmarłych? Laotańczycy wierzą, że to amfory na wino dla olbrzymów rządzących ucztą na szczycie niedostępnej dla śmiertelników góry. Równina dzbanów intryguje i zachwyca, ale jej okolice są śmiertelnie niebezpieczne. Dla turystów udostępniono co prawda stanowiska archeologiczne, ale jest to obszar najbardziej zbombardowanych miejsc na świecie i do tej pory nie udało się usunąć wszystkich niewybuchów bomb.



W czasie tych intensywnych, turystycznych eskapad apetyt dopisuje, a kuchnia laotańska, jak wszystkie azjatyckie, jest pełna niespodzianek i bardzo często po prostu nie ma się pojęcia, co się właściwie je. Prawdziwe ucztę są dostępne za umiarkowaną cenę – raj dla smakoszy! Do większości laotańskich dań podaje się kleisty ryż, który do ust wkłada się palcami. Przysmakami są wszelkie mieszanki ryżu, z warzywami, mięsem i chilli – bardzo pikantne, albo delikatne potrawy gotowane w mleczku kokosowym; bardzo dużo je się ryb wyłowionych z Mekongu, w tym najbardziej popularne o typie dużego okonia z koleczastymi skrzelami i płetwami. Często brak talerzy i je się na liściach bananowca. Mimo braku zastawy nie ma prawa zabraknąć beer lao – takiego lokalnego „żywca”, który szczególnie po upalnym i męczącym dniu smakuje wyśmienicie. Atrakcją są też wyroby alkoholowe lao – czyli ryżowy biber z dodatkiem węża, skorpiona, lub innego strasznego robala uwięzionego w butelce ...no cóż, życie turysty nie jest proste i trzeba wszystkiego popróbować, nie bacząc na zwijającą się w rulon wątrobę.



Słońce zachodzi nad Mekongiem. Przekroczenie rzeki to powrót do innego życia, gdzie rytm dnia jest znacznie szybszy niż bieg Mekongu. A tu, w Laosie, co noc Rzeka Matka kołysze do snu kraj spokojny i tajemniczy niczym uśmiech Buddy.

Koniec części II

Emilia Paszkowska



Szpital we fraszce

W naszym Szpitalu pracuje prawie 1000 osób. Wśród takiej liczby możemy znaleźć wiele talentów. Mam przyjemność przedstawić Państwu jeden z nich: lekarza patomorfologa Andrzeja Pukińskiego – fraszkopisarza.

– Kiedy zaczął Pan swoją przygodę z pisaniem fraszek?

– Nie pamiętam. Piszę od dawna, od czasu do czasu, gdy nachodzi mnie złość. Jest to moja pasja. Niekiedy w zadumie coś się wymyśli...

– Jak dużo napisał Pan fraszek?

– Najwięcej fraszek powstało, gdy byłem na kontrakcie za granicą. Wszystkie jednak zaginęły. Piszę do szuflady i nigdy nie myślałem o ich zbieraniu.

– Dziękuję za rozmowę i możliwość publikacji kilku fraszek.

core

Fraszka

„na szpitalny program komputerowy”
O Panie Najświętszy, O Najświętszy Panie,
czemuś pozwolił na programu takie napisanie?
Aby tonąc we łzach i przekleństwa miałąc
tak wyboistą drogą podjechać do celu.
A program się dłuży, myśli, kółka kręci,
nie umie zliczyć bloków.
Niech go wszyscy święci.
Nasze prośby, monity do władz są bez liku.
A efekt – tyle, co figa na patyku.

Fraszka filozoficzna I

Jakie to czasy nienawistne się stały,
które ludziom zatruly umysły,
choć tak wiele im dały.
Gdzie radość złego czynu staje się spełnieniem.
Miejmy nadzieję, że one będą mgnieniem.

Fraszka polityczna

Posel do posła miło
„Panie Pośle”,
a za plecami:
„Ty osle”.

Fraszka administracyjna

Cena w przetargu jest najważniejsza.
Nie jakość, przydatność i „błysk”.
Gdyż liczy się tak naprawdę
Zadowolenie władzy i zysk.

Fraszka filozoficzna II

Gdy pieniądz zjawi się na firmamencie
i chciałbyś przyjrzeć mu się z bliska,
to zaraz dłonie ci się pocą,
a w gardle coś zaciska.
Po trupach będziesz biegł do celu
i staniesz się jak inni;
niestety jak wielu.

Andrzej Pukiński

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH REGIONU WARMII I MAZUR Z SIEDZIBĄ W OLSZTYNIE

I OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWA „PIELĘGNIARSTWO – NAUKA I PRAKTYKA”

Olsztyn, 4-5 października 2012 r.

Nowe wyzwania, nowe możliwości

Honorowy patronat Małżonki Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Pani Anny Komorowskiej

Serdecznie zapraszamy do udziału w Konferencji, która odbędzie się w dniach 4-5 października 2012 r. w Olsztynie w Hotelu Warmińskim, ul. Kołobrzaska 1.

Celem I Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej jest zaprezentowanie dorobku naukowego w zakresie tworzenia podstaw nowoczesnego pielęgniarstwa, wspólne wypracowywanie kierunków rozwoju, a także identyfikacja nowych obszarów badań.

Proponowane obszary tematyczne: pielęgniarstwo: zabiegowe, zachowawcze, anestezyjologiczne i intensywnej opieki, pediatryczne, położniczo-ginekologiczne, organizacja i zarządzanie opieką zdrowotną. W konferencji weźmie udział ok. 300 pielęgniarzek i położnych z Polski i zagranicy, m.in. Słowacji, Czech, Obwodu Kaliningradzkiego, Serbii.

Partnerzy:

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych w Warszawie,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, Wydział Nauk Medycznych.

Patronat medialny:

Ogólnopolski Przegląd Medyczny, TVP Olsztyn, Magazyn Pielęgniarki i Położnej.

Więcej informacji dotyczących warunków uczestnictwa w konferencji na stronie internetowej:

www.oipip.olsztyn.pl/konferencja

e-mail: konferencja@oipip.olsztyn.pl

dr n. ekon. Elżbieta Majchrzak-Kłokocka

Kierownik Działu Zarządzania, Marketingu i Promocji WSS w Olsztynie

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego

Krzyżówka

Jolka 34

Objaśnienia 61 hasel podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery D i N. Na ponumerowanych polach ukryto 22 litery hasła, które stanowią rozwiązanie. Jest to mądrość koreańska.

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

PULS SZPITALA



Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie

Redaktor naczelna

Kornelia Kotwicka-Łuczewicz

Koncepcja graficzna

Barbara Szymczuk

Zespół redakcyjny

Alicja Biernacka
Magdalena Kantorczyk
Barbara Szymczuk

Stała współpraca

Emilia Paszkowska
Hanna Taraszkiewicz
Jerzy Badowski
Radek Kowalski
Piotr Markiewicz

Zdjęcie na okładce

Magdalena Kantorczyk

Zdjęcia udostępnił

Emilia Paszkowska
MEGAFON

Adres redakcji

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18
Dział Zarządzania, Marketingu i Promocji
tel. 89 538 63 06
kkotwicka@wss.olsztyn.pl
bszymczuk@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie

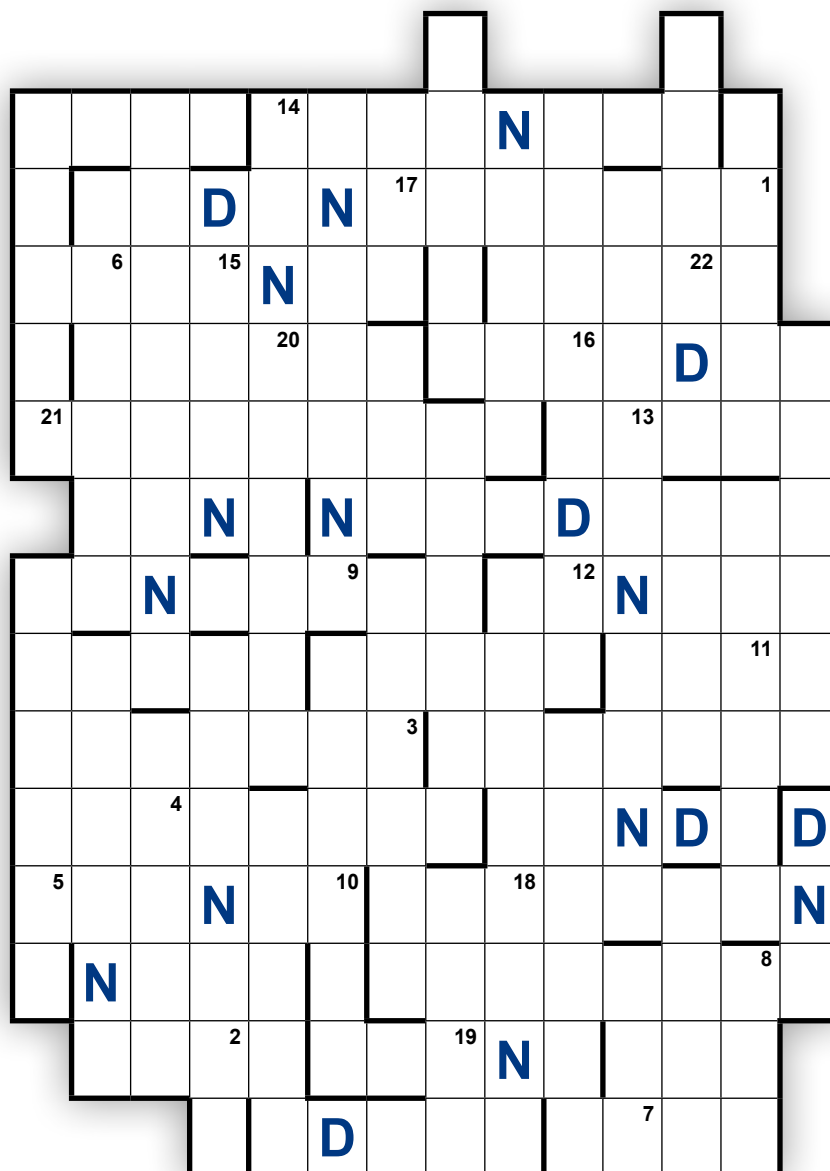
Studio Blenam
tel. 89 526 35 52, www.blenam.pl

Nakład

800 bezpłatnych egzemplarzy
Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmiany tytułów.



Rozwiązanie krzyżówki z poprzedniego Pulsu Szpitala: „Człowiek bez wiedzy jest zwierzęciem”.
Nagrodę książkową otrzymuje Beata Malecka. Gratulujemy!
Nagroda do odebrania w Dziale Zarządzania, Marketingu i Promocji.



• imię szefa Ginekologii • poczta elektroniczna • kraj z Bamako • chłodny wiatr nad M. Liguryjskim • pospolity na olej rycynowy • imię Picasso • słynny uwodziciel i pamiętnikarz • król z damą w kolorze i na rękę • płynie w Olsztynie • temat zakazany • między Grajewem a Knyszynem • ka-
leczy mowę • gibbon białoreki • pomieszczenie pilota • imię Zegadłowicza • obwoluta • tramadol
firmy Grunenthal • las z przewagą olszy • litewska Olita • monoteizm • pierwiastki, które prze-
widział Mendelejew • Kane lub G.C. • włoski pan • imię Dankowskiej, mistrzyni szybownictwa
• artretyzm • złamana przez kózkę • dzielnica, w której produkowano Syrenkę • Raclawicka we
Wrocławiu • z jej włókien papierus • dryl, dyscyplina • Ludwik i Mariusz, aktorzy - ojciec i syn • no-
sił wodę póki miał ucho • fosfolipid tkanki nerwowej • nazwisko księgarzy lubelsko-warszawskich
• półwysep w pd. Chile • cienka tkanina na szal • krzyżówkowa żyrafa • nacjonalści • francuska
czerń • przeszkoda, bariera • czarna lub wietrzna • nieprofesjonalistka • uchodzi w Koblencji • pod
Baranami w Krakowie • łososiowaty w rwącej rzece • stożek na przedpolu łądolodu • kosmyk na
ogolonej głowie Kozaka • pierwsza, droga lub społeczna • popielnik z astrowatych • polskie włók-
no poliakrylonitrylowe • kraj z Gaborone • syrop, moszcz • frygijska bogini płodności • mostek lub
mini molo • potwór morski pokonany przez Jahwe • surowiec garncarza • tętnica główna • spływa
wiosną • stoik, nauczyciel Seneki • schodki na pokład • zaćma

„BJER”





SZPITAL ZATRUDNI **Pielegniarki, Pielegniarzy** **w oddziałach szpitala** **oraz na bloku operacyjnym**



Osoby zainteresowane
proszone są o kontakt osobisty
lub telefoniczny:
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
ul. Żołnierska 18
10-561 Olsztyn

89 5386490, 606582978- z-ca dyrektora ds. pielęgniarstwa
e-mail: htaraszkiewicz@wss.olsztyn.pl
lub 89 5386571- przełożona pielęgniarek