



WOJEWÓDZKI
SZPITAL
SPECJALISTYCZNY
W OLSZTYNIE

PULS SZPITALA

NR 74

styczeń–marzec 2022

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W OLSZTYNIE

ISSN 1644 – 8162



Otwarcie nowej pracowni rezonansu magnetycznego

– s. 4

PULS SZPITALA

Wydawca

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
w Olsztynie

Redaktor naczelny

Przemysław Prais

Stała współpraca

Jerzy Badowski
Piotr Markiewicz
Hanna Taraszkiewicz
Beata Jastrzębowska
Radosław Kowalski
Beata Kiernozek

Adres redakcji

10-561 Olsztyn
ul. Żołnierska 18
Rzecznik Prasowy
tel. 89 538 64 79
pprais@wss.olsztyn.pl
www.wss.olsztyn.pl

Druk i przygotowanie

Pracownia C&C Sp. z o.o.
ul. Porannej Bryzy 33
03-284 Warszawa
tel. 22 404 72 60
www.ccpq.com.pl

Nakład

600 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo
do skrótów i zmiany tytułów.

Redakcja nie ponosi
odpowiedzialności
za treść nadsyłanych publikacji.

- 3 Nasz szpital to dobre miejsce pracy, bądźmy z niego dumni!
- 3 Ponad pół wieku pracy!
- 4 Otwarcie nowej pracowni rezonansu magnetycznego
- 8 Dyrektorka Irena Kierzkowska wybrana Kobietą Sukcesu Warmii i Mazur
- 9 Szkolenie kadry kierowniczej Szpitala
- 11 Znakomity lekarz, świetny szef, wspaniały człowiek
- 15 Cezary Majchrzak wicedyrektorem ds. administracyjno-finansowych
- 15 Esencją wszystkiego są ludzie
- 16 Dbają o prawidłowe wyżywienie pacjentów
- 17 Praca zawodowa pielęgniarki i fizjoterapeuty a przenikanie się funkcji zawodowych
- 24 Czym zajmował się Urząd Ochrony Danych Osobowych w roku 2020
- 25 Pamięć i jej zagadki – cz. 41
- 27 Jolka Szpitalna



Nasz szpital to dobre miejsce pracy, bądźmy z niego dumni!



Moi kochani, martwię się o Was i o nasz szpital i zupełnie nie wiem, co mam napisać, żeby trafić do waszych serc, a przede wszystkim zrozumieć, dlaczego dochodzi do tylu niepokojących sytuacji /zachowań w naszym szpitalu. Dlaczego jednego dnia mam ciekawe spotkania na temat rozwoju naszego szpitala, wdrażania innowacji, nowych technologii czy poprawy organizacji pracy, a drugiego zastaję wypowiedzenia z pracy, roszczenia finansowe, konflikty personalne a nawet międzyoddziałowe.

Pracujemy w niewydolnym, nieskoordynowanym i niedofinansowanym systemie ochrony zdrowia. Szpitale publiczne płacą wysoką cenę za wszystkie zaniechania tego systemu nie tylko w opiece szpitalnej, ale również przedszpitalnej i pozaszpitalnej. W kontekście zapowiadanych reform musimy myśleć kategoriami jutra, tworzyć różne koncepcje, rozważać różne alternatywy i kierunki działania, ażeby zapewnić stabilność ekonomiczną szpitalowi, ale też dobrze służyć pacjentom. Pamiętajmy, że stabilność ekonomiczna szpitala to bezpieczeństwo leczenia pacjentów i bezpieczeństwo pracy pracowników. Musimy zapanować nad burzliwym otoczeniem i radzić sobie z coraz trudniejszą przyszłością. Powinniśmy też osiągnąć wyższą sprawność organizacyjną, żeby utrzymać przewagę na rynku konkurencji. Skuteczne działanie w obliczu nieprzewidywalnej przyszłości staje się podstawowym i najważniejszym wyzwaniem na dzisiaj. O tym mówiliśmy na spotkaniu kadry kierowniczej naszego szpitala, na przeglądzie zarządzania, na którym podsumowywaliśmy rok 2021.

Jednak wydarzenia ostatnich dni na tyle mnie zaniepokoiły, że postanowiłam jeszcze raz przeanalizować priorytety zarządcze dotyczące pracowników, zdałam sobie jednocześnie sprawę, że bezpieczeństwo

i warunki pracy to nie wszystko. Ostatnie dwa lata spędziliśmy w warunkach pandemii, które wystawiły nas na ciężką próbę, rozpierzchniliśmy się, a może nawet nieco pogubiliśmy. Jesteśmy różni, ale łączą nas wspólne cele i wspólne miejsce pracy. Razem jesteśmy silni, jesteśmy wszyscy sobie potrzebni. Żywię nadzieję, że dzięki współpracy i wzajemnemu wsparciu w trudnych chwilach razem doświadczymy czegoś, czego nam będą mogli pozazdrościć inni.

W kilku najlepszych oddziałach i najlepszych zespołach doszło do niepokojących zawirowań, dlatego nie mogę przejść wobec tych sygnałów obojętnie. Kochani, jeśli nie nauczymy się cieszyć z tego, co robimy, to nie będziemy zadowoleni z tego, kim jesteśmy, a to rodzi kolejne frustracje i pretensje. Z moich obserwacji wynika, że głównym winowajcą jest pośpiech i tempo pracy, że włączył się alarm przeciążenia. Potrzebujemy spokoju, bo jeśli tracimy spokój to tracimy siły, a brak siły odbiera nam radość z tego, co robimy, a mamy tyle powodów do zadowolenia. Musimy wejść w tempo pracy, które da nam spokój wewnętrzny i satysfakcję z pracy. Przyjrzyjmy się grafikom i zaczynamy każdy dzień spokojnie i bez pośpiechu. Proszę nie traćmy wiary w siebie, nie uciekajmy, nie rezygnujmy pochopnie i nie podejmujmy decyzji w emocjach.

Nasz szpital to dobre miejsce pracy, bądźmy z niego dumni! Bądźmy dumni z naszych wspólnych osiągnięć!

Dyrektor
Irena Kierzkowska

Ponad pół wieku pracy!

Henryka Kowalczyk z Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej po 51 latach pracy pożegnała się dziś ze swoimi współpracownikami. 28 lutego był też ostatnim dniem pracy dla Bożeny Żylińskiej, która przepracowała w Szpitalu Wojewódzkim 28 lat. Od jutra obie panie techniczki będą już odpoczywać na zasłużonej emeryturze.

Podczas spotkania 28 lutego 2022 r. koleżanki i koledzy złożyli im serdeczne podziękowania za wspólne lata i życzyli wszystkiego dobrego, wręczając kwiaty i inne upominki podczas spotkania przy kawie i ciastkach. Nie zabrakło też wzruszenia.

Obu Paniom życzymy spełnienia marzeń i planów, na które dotąd brakowało czasu.

Przemysław Prais



Otwarcie nowej pracowni rezonansu magnetycznego

Halina Ciunel, wiceprzewodnicząca Rady Społecznej Szpitala Wojewódzkiego, marszałek województwa Gustaw Marek Brzezina, wicemarszałek Marcin Kuchciński, Andrzej Zakrzewski, dyrektor olsztyńskiego oddziału NFZ i dyrektor Irena Kierzkowska przecięli wstęgę symbolicznie otwierając pracownię.



Uroczystość odbyła się 7 kwietnia 2022 r. Nowo zainstalowany aparat w WSS jest nową generacją urządzeń MR, które poza polem magnetycznym 3T są wyposażone w nowe cewki do wykonywania badań, jak i nowe oprogramowanie wykorzystujące modele sztucznej inteligencji do planowania, wykonywania jak i opracowywania badań.

- Rezonans magnetyczny najnowszej generacji jest obsługiwany przez znakomitych specjalistów z doktorem Grzegorzem Wasilewskim, kierownikiem Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej na czele – powiedziała Irena Kierzkowska, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie. – Zakup drugiego aparatu to kolejny zrealizowany etap planu rozwoju Szpitala Wojewódzkiego, którego efektem jest wsparcie Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej. Drugi aparat nie tylko zwiększa dostępność dla pacjentów spoza szpitala, ale też pozwala zindywidualizować wskazania do konkretnego badania. Takie są kierunki rozwoju medycyny i trendy w rozwoju diagnostyki obrazowej. To ważny moment dla naszego szpitala, który skupia tzw. pacjentów naczyniowych, leczonych w wielu oddziałach. Z nowego aparatu skorzysta więc praktycznie cały szpital.

Marszałek Gustaw Marek Brzezina pogratulował pani dyrektor nowej pracowni. – W ten sposób podnosimy standard leczenia mieszkańców regionu i odwiedzających go gości – powiedział.

Drugi rezonans to nie fanaberia

Druga część uroczystości odbyła się w sali konferencyjnej nr 3. Irena Kierzkowska i dr Grzegorz Wasilewski rozpoczęli ją od powitania gości. Następnie pani dyrektor złożyła życzenia z okazji przypadającego 7 kwietnia 2022 r. Dnia Pracownika Służby Zdrowia. – Życzę wszystkiego najlepszego nie tylko pracownikom Szpitala Wojewódzkiego, ale wszystkim naszym gościom. Życzę państwu dobrego zdrowia, spokoju i pokoju w naszych sercach. Życzę pokoju na Ukrainie i na świecie. Żebyśmy mogli rozwijać szpital w przyjaznych pokojowych warunkach bez dodatkowych stresów i niepokoїв – powiedziała.

Następnie przeszła do zasadniczego tematu spotkania. – Chcę państwa przekonać, że zakup drugiego rezonansu magnetycznego nie jest żadną

fanaberią. To nie jest nieprzemyślany zakup, tylko etap powiększania możliwości naszego wspaniałego Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej. Takie są kierunki rozwoju medycyny, takie są naturalne trendy w rozwoju diagnostyki obrazowej. Drugi aparat nie tylko zwiększa dostępność badań dla pacjentów poza szpitalnych, ale też pozwoli indywidualizować wskazania do tych badań – mówiła Irena Kierzkowska. – To również ważny moment dla naszego szpitala, w którym zajmujemy się dużą liczbą pacjentów tzw. naczyniowych. Mamy wiele oddziałów zajmujących się leczeniem takich schorzeń. Z nowego aparatu skorzysta więc cały szpital. Chciałbym też podkreślić, że nasz zakład radiologii jest dużą jednostką. Ma siedem pracowni. Wszystkie rozwijają się fantastycznie. Kiedy podsumowaliśmy lata 2020 i 2021, okazało się, że nawet pandemia COVID-19 nie zahamowała liczby pacjentów, którzy skorzystali z ich usług – liczba badań była wyższa, niż przed pandemią. I to usprawiedliwia kupno drugiego rezonansu magnetycznego, pokazując tę naturalną tendencję wzrostu zapotrzebowania na badania diagnostyczne. Chcę tu podkreślić rolę wspaniałego szefa, kierującego wspaniałym zespołem – mamy 16 specjalistów radiologów, dziewięciu rezydentów (ta liczba wskazuje, że zainteresowanie tą dziedziną medycyny jest spore), mamy wspaniałe pielęgniarki i techników radiologii oraz rejestratorki, które z dużą kulturą obsługują pacjentów. W efekcie zakład radiologii działa fantastycznie.

I kontynuowała: – Udało się nam pozyskać z Regionalnego Programu Operacyjnego dofinansowanie na ten projekt, który nie skupiał się tylko na zakupie rezonansu. Zmodernizowaliśmy także oddział neurologii i oddział udarowy nabywając również sprzęt, wśród którego znalazł się rezonans. Jest on dość drogi, bo jakość kosztuje. Zaptaciliśmy za niego 4,6 mln zł. Otrzymaliśmy 3 mln zł dofinansowania z RPO, 1,6 doptaciliśmy z budżetu szpitala, a kolejny milion otrzymaliśmy od naszego organu założycielskiego, za co bardzo dziękuję panu marszałkowi, bo dzięki tej sumie mogliśmy skompleksować wszystkie pracownie w jednym miejscu. Dzięki temu pacjenci nie muszą ich szukać w różnych punktach szpitala.

Chcę podkreślić rolę pracowni biopsji i badań naczyniowych. Są one bowiem soczewką, w której skupiają się wszystkie inne zakresy, zajmujące się leczeniem naczyń. I to nie tylko zmian miażdżycowych, ale również nowotworowych. Ponieważ wykonujemy tu embolizacje również guzów nowotworowych przerzutowych, bądź pierwotnych we wspaniałej współpracy z centrum onkologii szpitala MSWiA. Bardzo dziękuję pani dyrektor Krystynie Futymie za wsparcie, dzięki któremu pacjenci mają bardzo dobrze wypracowane na wspólnych konsyliach decyzje dotyczące strategii terapii. To wzmacnia nasze możliwości leczenia.

Radiologia to już nie tylko diagnozowanie

Dyrektor Irena Kierzkowska poprosiła z kolei dr Grzegorza Wasilewskiego o opowiedzenie jak funkcjonuje kierowany przez niego Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej. – O konieczności posiadania drugiego rezonansu



Nowy aparat MR

Zainstalowany w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie aparat to najnowszy 3-teslowy rezonans magnetyczny. Aparat wyposażony jest w nowoczesną technologię, dzięki której automatycznie dopasowuje się do różnic anatomicznych, fizjologicznych i patologicznych poszczególnych pacjentów. Dzięki wbudowanym czujnikom system umożliwia szybkie i precyzyjne wykonanie badań wymagających bramkowania oddechowego.

Ponadto aparat wyposażony jest w unikatowe sekwencje umożliwiające obrazowanie na swobodnym oddechu, co pozwala na szybką i dokładną diagnozę pacjentów w różnym stanie zdrowia. Co więcej, zastosowany zestaw cewek umożliwia wykonywanie badania całego ciała w sposób ciągły, tj. bez ich przekładania.

Badania z wykorzystaniem nowego aparatu są także wyjątkowo przyjazne pacjentom. Aparat posiada przestronny magnes o średnicy 70 cm oraz pakiety, które znacznie przyspieszają dane badanie.

System wyposażono także w pakiet cichych sekwencji, dzięki czemu badanie staje się bardziej przyjazne dla pacjentów.

poinformowałem panią dyrektor właściwie już w 2017 r., kiedy szpital włączył w swoje struktury pracownie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. Wynika to z wymogów współczesnej medycyny, która wymaga coraz większej liczby, coraz dokładniejszych badań. Polska jest w środku stawki w Unii Europejskiej pod względem liczby badań przypadających na pacjenta – rozpoczął swoją prezentację dr Wasilewski.

– Chciałbym opowiedzieć o zmianach w radiologii, które zaszły w ostatnich 30 latach. W Szpitalu Wojewódzkim pracuję 21 lat. Kiedy zaczęliśmy uruchamiać tu pierwsze w Olsztynie i całym województwie tomografy i rezonanse. Teraz sytuacja jest zupełnie inna, a tomograf jest właściwie w każdym szpitalu, szczególnie teraz w okresie „pocovidowym”, kiedy każdy aparat ma co badać.

I dodał: – Początki radiologii to koniec XIX wieku – oczywiście Wilhelm Roentgen i aparat jego pomysłu. Ilość informacji na pierwszych zdjęciach jest oczywiście zdecydowanie mniejsza, niż przy użyciu współczesnych aparatów. Także powstałe później tomografy ciągle się rozwijały. Przy badaniu klatki piersiowej promieniowanie było równe temu, które powstałoby przy wykonaniu 400 zdjęć techniką klasyczną, teraz dawka jest właściwie taka sama. Taki postęp nastąpił w ciągu ostatnich kilkunastu lat.



- Nie ma leczenia bez radiologii – wymagają jej pacjenci z urazami wielonarządowymi, czy onkologiczni – wszyscy potrzebują diagnostyki. Można diagnozować różne narządy. Przykładem jest wirtualna kolonoskopia jelita grubego, a przy chorobie wieńcowej ocena blaszek miażdżycowych, nieinwazyjna diagnostyka bez konieczności wykonywania koronarografii. Możemy też zbadać zatorowość płucną z rozwarstwieniem aorty, czy też inne choroby naczyń leczone wspólnie z chirurgami naczyniowymi. Może to być ocena przed zabiegowa, czy też ocena efektów zabiegu.

Dr Wasilewski przeszedł następnie do omawiania rezonansu magnetycznego, informując zebranych, że pierwszy taki aparat na świecie zaczął działać w 1977 r. Z kolei pierwsze urządzenie w Szpitalu Wojewódzkim był 0,5-teslowe, a następnie 1,5-teslowe. – W 2017 r. nastąpiła instalacja takiego aparatu w naszym szpitalu, a w październiku 2021 r. przywieziono i zainstalowano drugi aparat 3-teslowego, który mogliśmy dziś oglądać. Po co taki aparat? Aby uzupełniał się z pierwszym. Dzięki temu zwiększyła się dostępność badań dla pacjentów poza szpitalnych, czy ambulatoryjnych. Kolejny

korzyść to zachowanie ciągłości pracy, co jest szczególnie ważne np. dla pacjentów oddziału udarowego, gdzie czas wykonania badania odgrywa wielką rolę. Tymczasem w przypadku przeglądu czy awarii nie moglibyśmy natychmiast wykonać badania. Teraz mamy ten komfort, że zawsze możemy je zrobić – powiedział. – Rodzaj badania dobieramy do aparatu. Niektórzy pacjenci mają różnego rodzaju implanty, czy rozruszniki, a rezonans ma przecież pole magnetyczne. Dlatego części nie można zbadać aparatem o większym polu 3-teslowym. Wtedy korzystamy z aparatu mniejszej mocy. To daje nam dużą elastyczność.

Kierownik Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej podkreślił następnie, że radiologia się zmienia i nie jest już tylko szukaniem ogniska, czy patologii. – Staramy się być coraz bardziej dokładni, zaproponować leczenie albo pomoc w wyborze leczenia, szczególnie w onkologii, wykrywając, czy pacjent odpowie na chemioterapię, czy nie. Możemy też zaproponować radiologię zabiegową – podkreślił. – Badając rezonansem pacjenta z guzem mózgu jesteśmy w stanie ocenić skład chemiczny zmiany, która jest uwidoczniwna.



Na tej podstawie możemy określić, jaka jest złośliwość guza i jaka może być odpowiedź na leczenie. Przy rezonansie prostaty, obecnie właściwie standardowym badaniu, bardzo dokładnie obrazujemy gruczoł krokowy, co m.in. umożliwia wykonanie precyzyjnej biopsji. Z kolei przy rezonansie całego ciała możemy zlokalizować ogniska przerzutów nowotworowych, czy stanów zapalnych. Zaś w radiologii zabiegowa mamy bardzo dużo rodzajów możliwych zabiegów, m.in. w onkologii, chirurgii naczyniowej, neurochirurgii, czy gastrologii. Nie ma właściwie specjalności, która nie korzystałaby z tej możliwości.

Grzegorz Wasilewski na koniec wystąpienie podziękował całemu zespołowi swojego zakładu. – Bez niego nie bytoby tych badań, nie bytoby sukcesów – podkreślił.

Nowoczesna pracownia pierwszą taką instalacją w Polsce

A następnie poprosił mgr. inż. Marka Witulskiego, przedstawiciela producenta nowego rezonansu magnetycznego zaprezentowanie możliwości nowego aparatu. – To dla mnie zaszczyt, 30 lat temu, jako młody inżynier stawałem pierwsze kroki przy obudzie tomografu komputerowego w Szpitalu Wojewódzkim. Dzisiaj mam okazję kierować całą diagnostyką obrazową w mojej firmie – rozpoczął swoje wystąpienie. – Naturalne pole magnetyczne Ziemi to 50 mikrotesli. Tak więc aparat 3-teslowy jest 60 tys. razy mocniejszy. Dlatego tak ważne są ostrzeżenia, by nie wchodzić w pole działania aparatu z przedmiotami metalowymi, bo siła oddziaływania jest ogromna. Aparat 1,5 teslowy to tzw. złoty standard, a 3-teslowy, jak powiedziała pani dyrektor to naturalna ścieżka rozwoju zakładu radiologii przy zapewnieniu szerszego zakresu badań dla pacjenta.

Marek Witulski dodał, że otwarta 7 kwietnia pracownia jest pierwszą taką instalacją w Polsce i jak na razie jedyną. – To świadczy o jej nowoczesności. Posiada technologię potrafiącą dostosować się do wielkości ciała pacjenta – od dzieci do dorosłych, dla osób szczupłych, wysokich itd. Na dodatek w momencie, kiedy kładziemy pacjenta na stół aparat automatycznie jest w stanie zauważyć jak taka osoba leży dzięki wbudowanym czujnikom ruchu oddechowego. To bardzo ważne biorąc pod uwagę, że badania mogą trwać nawet 40 minut. Pacjent cały czas oddycha. Aparat cały czas „widzi” w jakim położeniu jest klatka piersiowa. Odczytuje automatycznie krzywą oddechową i odpowiednio rekonstruuje badania tak, żeby diagnoza była łatwiejsza. Dodatkowym atutem tej instalacji jest możliwość wyprowadzenia stołu z pracowni. To bardzo ważne nie tylko ze względu komfortu, ale i bezpieczeństwa. Gdyby coś złego działo się z pacjentem można szybko odpiąć stół i wyprowadzić poza pole magnetyczne i pomóc mu poza tym polem – mówił. – Każdy z nas jest elementem magnetycznym i w momencie kiedy jesteśmy wprowadzeni do pola magnetycznego zaburza my to pole, co jest powodem występowania artefaktów. Ten aparat dzięki układom wspomagającym potrafi to pole wyprostować. A to przekłada się na dokładność i jakość badania. Rezonans ma też szereg technik wspomagających sam proces badania, jak również później przygotowania pacjenta i obrazów pacjenta od opisu oraz samego opisu.

Podziękowania i życzenia

- Dziękuję pani dyrektor za wyrażenie zgody na zakup nowego rezonansu, panu marszałkowi za inwestycję – powiedział dr Grzegorz Wasilewski. – Wymagało to wiele wysiłku. Mam nadzieję, że zwróci się on w leczeniu pacjentów.

Dyrektor Irena Kierzkowska: – Proszę państwa, chciałabym jeszcze podziękować pionowi technicznemu, panu dyrektorowi Henrykowi Krzyżakowi i jego inżynierom. Montaż tego aparatu było olbrzymim wyzwaniem, również logistyczno-technicznym. Dziękuję również Działowi Organizacyjnemu i Funduszy Zewnętrznych, kierowanemu przez panią Elżbietę Majchrzak-Kłokocką i jej zespołowi. Pięknie napisały panie wniosek, który został pozytywnie rozpatrzony. Dzięki temu otrzymaliśmy dofinansowanie naszego projektu. Dziękuję też Działowi Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia,



pani Stanisławie Masłowskiej i jej zespołowi, ponieważ przetarg na wybór dostawcy był kolejnym wyzwaniem. Spór dostawców musiał rozstrzygnąć Krajowa Izba Odwoławcza, trwała więc walka o Szpital Wojewódzki. KIO podtrzymała naszą decyzję, co świadczy, że była ona prawidłowa.

Następnie pani dyrektor poprosiła gości o zabranie głosu. Gustaw Marek Brzezina, marszałek województwa wraz z wicemarszałkiem Marcinem Kuchcińskim pogratulowali zwieńczenia projektu. – To buduje nie tylko społeczność szpitala, ale także społeczność całego regionu. Najnowszej generacji jedyny w Polsce aparat był warty dużych środków i dużych starań – powiedział marszałek. – Jako samorząd województwa od początku naszej pracy widzimy, że to zadanie, jakim jest służba zdrowia jest dla nas głównym celem. Dzisiaj nie ma naszej jednostki, która nie otrzymałaby dofinansowania inwestycji. Z tej ścieżki nie schodzimy i nie zejdziemy. Obecne trudne czasy wymagają stałego inwestowania w obszar zdrowia. Będziemy się starali tak działać, aby je wspierać. To jest obowiązek i konieczność. Na zakończenie chciałbym złożyć życzenia z okazji Dnia Pracownika Służby Zdrowia – dla wszystkich serdeczne podziękowania za ich codzienny wysiłek.

– Bardzo dziękujemy za życzenia i wsparcie. Staramy się inwestować w te dziedziny, które wspierają cały szpital – stwierdziła pani dyrektor.

Andrzej Zakrzewski, dyrektor Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Olsztynie potwierdził, że drugi rezonans magnetyczny jest potrzebny do prawidłowego funkcjonowania Szpitala Wojewódzkiego. – Nie da się jednym urządzeniem zdiagnozować wszystkich pacjentów. Dzięki nowemu aparatowi możemy państwo wejść w nową erę badań, która jest zwyczajnie niezbędna pacjentom. Gratulacje dla pani dyrektor za zakupienie tego aparatu – powiedział. – Opatymy wszystkie badania rezonans i tomograficzne. Życzę też wszystkiego dobrego z okazji święta pracowników służby zdrowia.

Na zakończenie spotkania głos zabrała dyrektor Irena Kierzkowska: – Raz jeszcze dziękuję za współpracę, pani dyrektor Krystynie Futymie. Współpracujemy też ze Szpitalem Miejskim. Możemy też jeszcze sporo poprawić w naszym olsztyńskim systemie ochrony zdrowia – powiedziała.

Dyrektor Irena Kierzkowska wybrana Kobietą Sukcesu Warmii i Mazur

Kapituła nagrodziła ją za sukcesy w zarządzaniu
Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Olsztynie,
którym kieruje od 2008 r.



Pani dyrektor zajęła pierwsze miejsce w Złotej Dziesiątce 24 edycji Wyborów Kobiet Sukcesu Warmii i Mazur m.in. realizację wielkich inwestycji jak budowa bloku operacyjnego, wdrożenie rozwiązań organizacyjnych poprawiających jakość leczenia (Centrum Urazowe leczące pacjentów z urazami wielonarządowymi), czy zastosowanie nowatorskich w skali regionu i kraju zabiegów.

– Mój sukces jest sukcesem moich wspaniałych specjalistów – powiedziała Irena Kierzkowska podczas XXIV Gali Kobiet Sukcesu Warmii i Mazur, która we wtorek 8 marca odbyła się w Domu Kultury w Biskupcu. – Jako szpital pomocy udzielamy wszystkim potrzebującym.

Dyrektor WSS w Olsztynie przyjęła gratulacje na scenie od Jolanty Piotrowskiej, wicemarszałek województwa warmińsko-mazurskiego, która wspólnie z wicemarszałek Sylwią Jaskulską zgłosiły jej kandydaturę zaakceptowaną przez pozostałych członków kapituły. Gratulację Irenie Kierzkowskiej złożyła także Ewa Domaradzka-Ziarek, prezes zarządu Fundacji „Moda na Warmię i Mazury”, organizatorka Gali.

Specjalne wyróżnienie, statuetkę Kobiety Przedsiębiorczej Warmii i Mazur 2022 otrzymała Anna Szymczak, prezes Itawskiego Przedsiębiorstwa Budowlanego, a statuetkę Duża Buźka, nagrodę od pań dla mężczyzny za pasję życia i tworzenia, otrzymał znany rajdowiec Radosław Typa.

W części artystycznej wystąpili młodzi wykonawcy z Mrągowa, Biskupca i Kętrzyna ze Studia Wokalnego Sukces pod kierownictwem Agaty Dowhań, odbył się pokaz kreacji i stylizacji studia Maya Naga przy współpracy grupy tanecznej Soltare oraz zespół Soltare Pom w tańcu sportowym cheerleaders.

Zaśpiewała też Amelia Kuszałta pochodząca z rodziny polsko-ukraińskiej, uczestniczka obecnej edycji Voice of Kids.

Oto tegoroczna Złota Dziesiątka:

1. Irena Kierzkowska – dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Olsztynie.
2. Anna Dudzińska-Filkiewicz – dr n. med. specjalista chirurgii szczękowo-twarzowej.
3. Jadwiga Duszkiewicz – przedsiębiorczyni, prezes zarządu Biskupieckiego Stowarzyszenia Prywatnych Przedsiębiorców.
4. Katarzyna Niewiadomska – właścicielka restauracji oraz przedsiębiorczyni w działalności gastronomicznej w Giżycku.
5. Barbara Margol – prezes Stowarzyszenia Nidzicki Fundusz Lokalny.
6. Maria Rumińska MARY RUMI – wokalistka, instrumentalistka, kompozytorka, autorka projektów muzycznych.
7. Katarzyna Łaski – pedagog, socjoterapeuta, współwłaścicielka z mężem gospodarstwa ekologicznego Kozia Farma Złotna k. Morąga.
8. Izabela Przytucka – ekolożka, animatorka społeczna, współwłaścicielka Folwarku Łękuk – Hotelu Wellness & SPA na Dzikich Mazurach.
9. Agnieszka Markowicz – artystka, malarka, ilustratorka, projektantka, autorka instalacji artystycznych.
10. Bogumiła Pstrągowska – Sołtys Sołectwa Borki Wielkie od 15 lat, działaczka sportowa i społeczna.

Skład kapituły, która dokonała wyboru:

- Jolanta Piotrowska – wicemarszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego; laureatka Wyborów Kobiet Sukcesu Warmii i Mazur 2005;
- Sylwia Jaskulska – wicemarszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego;
- Joanna Michalska – wicestarosta powiatu olsztyńskiego;
- Anna Ciesielska – prezydent Rotary Club w Olsztynie, Członek założyciel Rotary Club Olsztyn Varmia, współwłaścicielka Instytutu Przedsiębiorczości i Nowych Technologii;
- Ewa Domaradzka-Ziarek – prezes Fundacji Moda na Warmię i Mazury, inicjatorka Wyborów Kobiet Sukcesu Warmii i Mazur;
- Rafał Radzymiński – redaktor naczelny Magazynu Madei in Warmia & Mazury;
- Ałta Pichevska-Cirut – graficzka komputerowa, właścicielka agencji CirutDesign, Kobieta Sukcesu;
- Agnieszka Olkowska-Majewska – dyrektor 4. Oddziału PKO Banku Polskiego SA w Olsztynie;
- Krzysztof Karwowski – prezes Banku Spółdzielczego w Szczytnie;
- Piotr Waszećcik – Dyrektor Telewizji Mazury, Sekretarz Stowarzyszenia Polskie Telewizje Lokalne i Regionalne;
- Dorota Wciśta z Elbląga – prezydent Rotary Club Elbląg Centrum, członkini Rady Programowej olsztyńskiego oddziału Telewizji Polskiej, właścicielka Oficyny Wydawniczej OKO w Elblągu;
- Marek Borowski – prezes Banku Żywności w Olsztynie.

Certyfikacja Systemu Zarządzania Jakością

W Szpitalu, w dniach 21-23 marca 2022 r. odbył się audit certyfikacyjny systemu zarządzania jakością w oparciu o wymagania normy EN-PN ISO 9001: 2015.

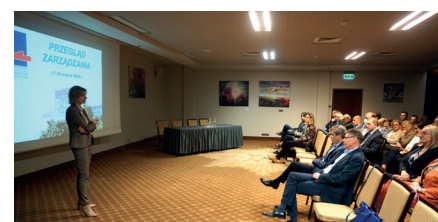
Międzynarodowy system norm zakłada ciągłe doskonalenie systemu i okresową ocenę jego funkcjonowania. Systematyczna ocena systemu prowadzona jest podczas audytów wewnętrznych i zewnętrznych. Audyty wewnętrzne prowadzone są w celu sprawdzenia zastosowania w praktyce, opracowanych i wdrożonych przez Szpital procedur i wymagań prawnych. Realizowane są w oparciu o roczny program audytów zatwierdzony przez dyrektora. W programie uwzględnia się wszystkie komórki organizacyjne objęte systemem. Pracownicy Sekcji ds. Jakości przygotowują plany audytów dla poszczególnych oddziałów i innych komórek organizacyjnych, a następnie w oparciu o nie przeprowadzają audyty. W 2021 r., pomimo stanu pandemii, powyższe działania były realizowane z niestabilną intensywnością. Przeprowadzono 43 audyty, w wyniku których zainicjowano ponad 70 działań korygujących i zapobiegawczych ukie-runkowanych na procesy poprawy jakości.

Drugim i niezbędnym elementem systemu poprzedzającym audyt zewnętrzny jest przegląd zarządzania dokonywany przez dyrektora szpitala z udziałem kadry kierowniczej. W przeglądzie zarządzania uczestniczy kadra kierownicza całego szpitala. Dyrektor prezentuje wyniki działalności szpitala jako całości oraz poszczególnych komórek, podsumowuje realizację celów strategicznych, jak również prezentuje cele poprawy jakości na kolejny rok. Zastępcy dyrektora, przewodniczący poszczególnych zespołów jakości oraz pełnomocnik ds. jakości



prezentują wyniki analizy zdarzeń związanych z hospitalizacją, w tym analizę przyczyn zgonów, resuscytacji, odmowy hospitalizacji, zdarzeń niepożądanych, wyniki badania satysfakcji pacjentów oraz skarg i wniosków. W bieżącym roku przegląd zarządzania zorganizowano podczas spotkania wyjazdowego, połączonego dodatkowo ze szczegółową analizą ilościową i finansową działalności poszczególnych oddziałów oraz odniesieniem do wyników działalności porównywalnych szpitali w innych częściach Polski.

Audyty zewnętrzne przeprowadza uprawniona firma, wybierana w drodze przetargu, zgodnie z prawem zamówień publicznych. Audyty nadzoru odbywają się corocznie, zaś audit certyfikacyjny co 3 lata. Marcowy audit był kolejnym



audytem certyfikacyjnym. Dzięki zaangażowaniu wszystkich pracowników szpitala zakończył się wynikiem pozytywnym, uprawniającym do używania Certyfikatu ISO 9001:2015.

Z podziękowaniem i wyrazami szacunku dla wszystkich pracowników zaangażowanych na rzecz bezpieczeństwa i poprawy jakości opieki w Szpitalu.

Hanna Taraszkiewicz
Pełnomocnik ds. Jakości



Znakomity lekarz, świetny szef, wspaniały człowiek

Taki obraz dr Andrzeja Tutaja, wieloletniego ordynatora Oddziału Neurologicznego wyłania się ze wspomnień osób, które z nim współpracowały. – To absolutny mistrz zawodu pod każdym względem. Wyjątkowa osobowość – mówiła dyrektor Irena Kierzkowska podczas uroczystości, która odbyła się 18 marca 2022 r.



Podziękowanie dr Tutajowi za efektywne kierowanie oddziałem w latach 2000-2021 było jednym z punktów szkolenia kadry kierowniczej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego.

Rozpoczęła je dyrektor szpitala, witając Andrzeja Tutaję i jego żonę Ewę. – Bardzo dziękuję, że przyjęliście Państwo zaproszenie. Pan doktor nie muszę przedstawiać – wspaniały wieloletni ordynator z niesamowitą wiedzą na temat neurologii. Skąd to wiem? Podczas konferencji transplantologicznej specjalista od śmierci mózgowej wykładu zaczął cytować pana doktora Tutaję. „Proszę państwa ja opowiadam o śmierci mózgu od lat” – mówiła. – „Wyobraźcie sobie, że byłem w Olsztynie i słuchałem niejakiego doktora Andrzeja Tutaję” i zacytował to, co dr Tutaj mówił w podsumowaniu z okazji otwarcia oddziału transplantologicznego w naszym szpitalu w Villa Pallas. I na tym, co powiedział pan doktor oparł cały wywód. Ja w przerwie zadzwoniłam do pana doktora i powiedziałam mu, że jest cytowany w Warszawie. Stąd więc wiem o jego ogromnej wiedzy. Dr Tutaj odpowiedział: pani dyrektor, dla mnie to nic takiego. Mam dojść do publikacji amerykańskich i codziennie tam sobie zaglądam. Jeśli mnie coś zainteresuje, to chwila i mam wykład. Zdradziłam kuchnię pana doktora (śmiejch), ogromne brawa dla pana doktora.

Takim był Szefem

- Teraz pora na chwilę wspomnień, oddaję głos panu doktorowi Jackowi Zwiernikowi, wychowankowi dr Tutaję, który przejął pateczkę w kierowaniu oddziałem – powiedziała pani dyrektor. – Powspominajmy jak rozwijała się neurologia i jak wspaniałych specjalistów wychował pan doktor.

- Próbowaliśmy znaleźć całym zespołem zdjęcie Szefa, co nie było łatwe, bo jest człowiekiem skromnym – rozpoczął swoją multimedialną prezentację ordynator Oddziału Neurologicznego. – Ale coś udało się znaleźć. Nasza wspólna historia zaczęła się ponad 20 lat temu, kiedy dyrekcja szpitala powołała nowego ordynatora Oddziału Neurologicznego. Nazwisko dr Tutaję, pracującego w szpitalu wojskowym przy ul. Szaserów w Warszawie było bardzo ważne dla mojej żony, ponieważ uczyła się u niego na kursie specjalizacyjnym. Kiedy wszedł na świeżo odnowiony oddział powiedział: jest nieźle. Oczywiście coś trzeba było zmienić, coś poprawić i powstał naprawdę niezły oddział z salą intensywnego nadzoru, z oddzielnymi pomieszczeniami dla rehabilitantów. Zapytaliśmy dr Tutaję jak wypadamy na tle Warszawy. „Nie macie sobie nic do zarzucenia” – powiedział. „Nie miejcie żadnych kompleksów”.

- Szef, jak wspólnie zaczęliśmy go nazywać, zaczął rządzić i uczyć nas. Na pierwszy ogień poszły udary. W 2015 r. wspólnie z dr Wasilewskim rozpoczęliśmy wykonywanie trombektomii, co było skokowym postępem. Pamiętam pacjentkę, która chciała zejść ze stotu zaraz po takim zabiegu. To były spektakularne sukcesy, z którymi czuliśmy się bardzo dobrze. Znaleźliśmy się także w pilotażowym programie Ministerstwa Zdrowia leczenia udarów – mówił Jacek Zwiernik.

I dodał: – Konikiem Szefa było zawsze SM, czyli stwardnienie rozsiane. To choroba stwarzająca kłopoty diagnostyczne i przez to wymagająca oprócz wiedzy, także intuicji. A Szef ma jedno i drugie. Pacjenci zyskali oddanego lekarza, diagnostyka była prowadzona bardzo szybko, Szef wprowadził programy lekowe. Jego wiedza

i umiejętności zostały wykorzystane również obrad sejmowej Komisji Zdrowia na temat wprowadzenia skoordynowanej opieki specjalistycznej w stwardnieniu rozsianym. Metoda badawcza stosowana przez Szefa ułatwiła wykrywanie miasteni, czy stwardnienia zanikowego bocznego.

Szef przyniósł też wiedzę na temat badań klinicznych. Przez 20 lat stosowaliśmy terapie u osób cierpiących m.in. na chorobę Parkinsona, na neuralgię, padaczkę, ale przede wszystkim SM. Dzięki badaniom klinicznym pacjenci zyskali szansę na zastosowanie najlepszych leków o potwierdzonych już wcześniej dużym bezpieczeństwie. Przez nasz ośrodek przewinęto się kilkaset pacjentów z różnymi schorzeniami.

- Wiedza Szefa jest także wykorzystywana w innych sferach. Od 20 lat jest szefem olsztyńskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Neurologicznego i członkiem zarządu głównego PTN. Przez wiele lat był konsultantem wojewódzkim w dziedzinie neurologii. Uczestniczył również w spotkaniach stowarzyszeń pacjentów, jako ekspert w dziedzinie stwardnienia rozsianego – kontynuował Jacek Zwiernik. – Przez wiele był także opiekunem licznych prac licencjackich i magisterskich na wydziale nauk medycznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Lista zasług i zalet jest długa – należy do niej dodać udoskonalenie systemu orzekania o śmierci mózgu, o zastosowaniu toksyny botulinowej, której nauczył mnie od podstaw i wiele innych.

Pozostajmy więc na dotychczasowych faktach i skupmy się na osobie Szefa, jako fajnego człowieka. Jest bohaterem wielu różnych anegdot. Pierwsza, która mi się nasuwa pochodzi





z samego początku jego pobytu w Olsztynie, kiedy po przyjeździe zamieszkał obok ruchliwego skrzyżowania, przy którym panował ogromny hałas. Odradzaliśmy mu to miejsce, ale on odpowiedział: czuję się tu jak w Warszawie (śmiej zgrupowanych). Po przeprowadzce do Gutkowa było już troszeczkę za cicho.

Szef od zawsze był entuzjastą sportu. Wcześniej dużo biegał, uprawiał gimnastykę akrobatyczną. Natomiast do nas przyjechał już jako entuzjasta tenisa. Może nie wszyscy o tym wiedzą, ale stoczył setki meczów z dr Krzysztofem Węgrzynem, musząc wielokrotnie oglądać jak rywal niszczy swoje rakietę wściekły z powodu przegranej. Szef jest entuzjastą roweru, przyjeżdżając nim do pracy także zimą.

Co jeszcze mogą powiedzieć o Szefie? Jest wielbicielem kuchni i doskonałym krytykiem kulinarnym. Do stałego repertuaru rodziny

Zwierników przeszło powiedzenie „panie Jacku, tego pan nie rusza, wyjątkowe paskudztwo”. To działa – jeśli sobie powiemy, że to wyjątkowe paskudztwo, to lepiej takiej potrawy nie tykać. Ma swoje ulubione dania, np. naleśniki z twarogiem. Kiedyś nasza oddziałowa zafundowała mu wielką kopę naleśników i dzięki temu, jak wiemy przetrwał COVID-19 (śmiej zabranych).

Wracając jeszcze do sportu, to w jego wydaniu bywa to niebezpieczne. Były takie sytuacje, kiedy omal nie przypląciłem tego życiem. Raz, kiedy kazał mi wejść na samą iglicę katedry Sagrada Familia przeskakując po parę stopni naraz. Pobiliśmy rekord szybkości wejścia. Ja byłem akurat po nieprzespanej nocy na Rambli i miałem wrażenie, że panorama Barcelony jest ostatnią rzeczą, jaką widzę w swoim życiu. Ale jakoś daliśmy radę. Pamiętam też wyjazd do Londynu, gdzie jednego dnia przeszliśmy wzdłuż Hyde Parku, potem zwiedziliśmy National Gallery, gdzie Szef

oczywiście znał poszczególne obrazy, a potem jeszcze Muzeum Historii Naturalnej. O nagłej śmierci uchronił mnie tylko fakt, że kiedy doszliśmy Muzeum Wiktorii i Alberta, gdzie było kolejnych 13 kilometrów korytarzy, to te drzwi były zamknięte. Tak więc nigdy nie byłem w stanie dorównać Szefowi, jeśli chodzi o tężyznę fizyczną.

Jest jeszcze jedna umiejętność Szefa przynajmniej na poziomie krajowym. Bo nie wiem, czy wiecie, ale jest mistrzem brydżowym. Gra z najlepszymi, arcymistrzami, a także z żoną, czyli panią Ewą. Jest też sponsorem klubu brydżowego. Czyli jak widać nie trzeba być oligarchą, żeby sponsorować klub sportowy (śmiej).

Szef ma jeszcze jedną zaletę – strasznie lubi mówić i bardzo dobrze opowiada. Są to opowieści, przy których nikomu z nas zupełnie się nie nudzi. Co jeszcze mogą o nim powiedzieć? To, że wychował mnóstwo neurologów.



Poza tym nadal robi EMG, nadal interpretuje EEG, przyjmuje pacjentów w poradni oraz wygłasza swoje słynne „spicze”. Co śród przedstawia nam najnowsze osiągnięcia neurologii na świecie oraz dyskutujemy z nim trudne dla nas przypadki.

Dzisiejsze spotkanie jest więc i jednocześnie jest pożegnaniem, bo niby coś się skończyło, a z drugiej strony Szef nadal będzie przez nas „wykorzystywany”. Może pani Ewa będzie miała trochę więcej spokoju bez tych nocnych telefonów ratunkowych z pytaniem, „co robić?”, ale w ciągu dnia myślę, że tych telefonów nie zabraknie.

Szefie, dziękujemy bardzo!

Zebrani nagrodzili wystąpienie dr Jacka Zwiernika oklaskami.

Przyszedłem na pięć lat, a zostałem na dwadzieścia parę

Potem głos zabrał główny bohater uroczystości. – Przyszedłem na pięć lat, a zostałem na dwadzieścia parę. Wydaje mi się, że udało się nam wszystkim razem stworzyć jeden z najlepszych oddziałów neurologii w Polsce – powiedział na wstępie Andrzej Tutaj. – W chwili obecnej wszyscy pracujący tu lekarze zdali najlepiej w Polsce egzamin z neurologii, mieszcząc się w pierwszych trójkach czy piątkach. Ja tak dobrze nie zdawałem (śmiej). Wciąż widzę, ile tej wiedzy trzeba wchłonąć, dlatego przychodzę co śród na oddział. Przygotowuje się solidnie do tych spotkań, po parę godzin dziennie czytam. Stąd moje powiedzenie, że dochodzę do wniosku, że chyba nic nie umiem. Bardzo dziękuję pani dyrektor, bo przez całe te 20 lat,



które tu pracowałem, oprócz tego, że na mnie krzyczą, że przynoszę straty (śmiej), nigdy nie pamiętam, żeby pani dyrektor nie dawała mi zrealizować moich zamierzeń jako ordynatora.

Na te słowa odpowiedziała Irena Kierkowska: – Proszę państwa, absolutny mistrz zawodu pod każdym względem. Wyjątkowa osobowość. Dziękuję z całego serca za wszystko, co pan zrobił dla szpitala. Za wszystko, co pan zrobił dla fantastycznych kolejnych pokoleń specjalistów. Zawsze byłem pod wrażeniem pana skromności, pracowitości i uroku. Najlepiej przedstawi to sytuacja, kiedy pewnego razu zauważyłam, że pan doktor był ostatnim lekarzem, który wychodził z poradni. Spytałam go gdzie są asystenci? I wiecie, co mi odpowiedział? „Tamta ma dziecko, ten sprawę do załatwienia, więc sam musiałem

przyjmować pacjentów”. I tak mi się kojarzy pan doktor: skromny i wyjątkowo pracowity. Trudno więc się dziwić, że wszyscy tak go kochają. A ja dziękuję, że budował pan markę neurologii i całego szpitala. Jestem z tego dumna. Jest pewien etap, który się kończy i dzisiejsze pożegnanie dotyczy właśnie tego etapu.

Dyrektor Kierkowska wręczyła dr Tutajowi bukiet kwiatów, statuetkę i list gratulacyjny.

- Chciałem jeszcze na koniec podziękować swoim współpracownikom, bez których nie powstałby tak dobry oddział. Przepraszam, że przez emocje nie zrobiłem tego wcześniej. Dziękuję bardzo! – powiedział na koniec uroczystości dr Tutaj.

Przemysław Prais



Cezary Majchrzak

wicedyrektorem ds. administracyjno-finansowych

Pełni tę funkcję od 1 marca 2022 r. Poprosiliśmy go o przybliżenie swojej sylwetki.

Pracuję w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym od 1 marca 2022 r., a czas ten przeminał mi bardzo szybko.

Historia mojego życia zawodowego sięga już prawie trzydziestu lat i zawsze była związana z finansami.

Pierwszą pracę rozpocząłem na stanowisku kasjera w Powszechnej Kasie Oszczędności Bank Państwowy a następnie w Banku Ochrony Środowiska S.A w Olsztynie.

Od 2001 roku pracowałem na stanowisku głównego księgowego w Centrum Kształcenia Kadr Medycznych i Społecznych w Olsztynie.

W roku 2005 rozpocząłem pracę w Sądzie Rejonowym w Olsztynie, gdzie byłem dyrektorem i odpowiadałem za kierowanie działalnością administracyjną sądu, w zakresie wskazanym w Ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. Prawo o ustroju sądów powszechnych, realizację zadań przypisanych na podstawie odrębnych przepisów kierownikowi jednostki w zakresie finansowym, gospodarczym, kontroli finansowej i gospodarowania mieniem Skarbu Państwa oraz audyty wewnętrznego w tych obszarach. Reprezentowałem Skarb Państwa w zakresie powierzonego mienia i zadań sądu, dysponowałem rachunkami depozytowymi Ministra Finansów.

Jeśli chodzi o wykształcenie – skończyłem kierunek administracji na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim, a następnie studia podyplomowe:

- Informatyka – zaawansowane technologie informatyczne na Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim;
- Rachunkowość na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego;
- Zarządzanie zasobami ludzkimi na Wydziale Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego;
- Zarządzanie instytucjami publicznymi ze szczególnym uwzględnieniem sądów powszechnych na Wydziale Prawa Uniwersytetu w Białymstoku.

Aktualnie mogę powiedzieć, że szpital jest bardzo wymagającym podmiotem z uwagi na złożoność i rozległość struktury, wszechstronność usług i kosztochłonność.

Należy pamiętać, że celem gospodarki finansowej jednostki jest takie podejmowanie decyzji, aby pozyskiwane przychody oraz nagromadzone zasoby wydatkować tak, by możliwie najpełniej realizować cele podmiotu.

Ze strony realizacji przychodów należy pamiętać o planowej realizacji świadczeń objętych ryczałtem, oraz o wykorzystaniu potencjału zwiększenia przychodów z zakresu świadczeń nielimitowanych jak porody, opieka neonatologiczna, leczenie ostrego zawału serca, diagnostyka obrazowa czy też możliwości rozwoju świadczeń



z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, której finansowanie aktualnie jest również nie-limitowane.

Istotnym elementem jest wzrost przychodów z innych źródeł – w tym sprzedaży usług innym jednostkom czy osobom prywatnym oraz realizacji świadczeń wysokospecjalistycznych.

Szpital posiada duże doświadczenie w pozyskiwaniu środków z projektów Unii Europejskiej i programów celowych, aktualnie jest to jeden z najważniejszych kierunków pozyskiwania środków na inwestycje determinujące rozwój.

Plany na najbliższą przyszłość to między innymi przygotowanie Szpitala do kategoryzacji zgodnie z (jeszcze projektem) ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa. Uzyskanie przez szpital kategorii A wymagałoby będzie między innymi wykazania odpowiednich wskaźników finansowych.

Jeśli chodzi o moje zainteresowania prywatne – chętnie uprawiałem sport do czasu uzyskania kategorii 50+. Od kilku lat morsuję. Interesuję się kinem a w wolnym czasie lubię czytać. W piwnicy mam swój kącik majsterkowicza.

Cezary Majchrzak

Esencją wszystkiego są ludzie

Lee Iacocca (Autobiografia)

Oczekuje się od nas bardzo wiele, ale jak nie oczekiwać, kiedy to my jesteśmy niesamowitymi szczęściami, że pracujemy w miejscu, w którym namacalnie zło zamienić można w dobro, chorobę w zdrowie, ból w ukojenie, a strach w nadzieję – mówi dr n. med. Marcin Mieszkowski.

Anestezjolog od marca 2022 r. jest kierownikiem Bloku Operacyjnego. Poprosiliśmy go o przedstawienie się czytelnikom Pulsu Szpitala.

Urodziłem się 17 stycznia 1986 roku w Etku. Pomimo, że Rodzice nie pochodzili z Mazur (Mama Anna z Podkarpacia, a Tata Bogdan z Mazowsza) to tam spędziłem pierwsze lata dzieciństwa. Pod

koniec lat 80. przeprowadziliśmy się do Rzeszowa i to w tym mieście ukończyłem szkołę Podstawową, Gimnazjum oraz Liceum Ogólnokształcące.

Wyniki pozytywnie zdanej matury, pozwoliły spełnić marzenie o studiowaniu medycyny. W 2005 roku rozpocząłem studia na Wydziale

Lekarskim, kierunku lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku (od 2009 Gdański Uniwersytet Medyczny – GUMed), które ukończyłem w 2011 roku. W trakcie III, IV i V roku studiów pełniłem funkcję starosty roku. Od III do VI roku studiów włącznie – należałem do Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Chirurgii Onkologicznej GUMed, gdzie pełniłem

funkcję vice- oraz przewodniczącego. Działalność ta zaowocowała kilkoma retrospektywnymi badaniami klinicznymi, których wyniki przedstawiłem na konferencjach studenckich w kraju i za granicą (m.in. Kraków, Gdańsk, Berlin, Leiden) oraz możliwością odbycia studenckich wakacyjnych praktyk w Klinice Chirurgii Ogólnej w Uniwersyteckim Szpitalu w Kolonii, Niemcy.

Wskutek pozytywnej kwalifikacji w marcu 2010 roku, odbyłem 5-miesięczne stypendium zagraniczne w ramach programu Erasmus/Socrates na Uniwersytecie w Palermo, Włochy.

W październiku 2011 roku rozpoczęłem 13 miesięczny staż podyplomowy w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie. Pomimo możliwości dalszej pracy w moim rodzinnym mieście, podjąłem decyzję o wyjeździe (patrząc z innej strony – powrocie po ponad 20 latach) na Warmię i Mazury, aby tutaj stawiać swoje lekarskie samodzielne kroki oraz rozwijać medyczne zainteresowania. W wyniku postępowania kwalifikacyjnego, otrzymałem rezydenturę Ministerstwa Zdrowia RP z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii. Szkolenie specjalistyczne odbyłem w olsztyńskim Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w latach 2012-2018 i już w tym okresie miałem możliwość poznania struktury Szpitala i funkcjonowania Bloku Operacyjnego.

Jednymi z moich zainteresowań naukowych stała się anestezja regionalna pod kontrolą ultrasonografii i terapia ostrego bólu pooperacyjnego. W oparciu o nie, przeprowadziłem prospektywne, randomizowane badanie kliniczne dotyczące oceny skuteczności analgetycznej blokady w obrębie mięśnia czworobocznego łądźwi u pacjentek po cięciu cesarskim pod kontrolą USG. Uwieńczeniem badania była pomyślnie zakończona obrona i nadanie mi 8 grudnia 2016 roku stopnia doktora nauk medycznych. Promotorem pracy doktorskiej była Pani prof. dr hab. n. med. Ewa Mayzner-Zawadzka a promotorem pomocniczym Pan dr hab. n. med. Dariusz Onichimowski.

Dodatkowo, w okresie specjalizacji jak i po jej ukończeniu uczestniczyłem w konferencjach i zjazdach naukowych, będąc kilkakrotnie wykładowcą głównie z tematyki anestezji regionalnej pod kontrolą USG. W czerwcu 2018 roku otrzymałem Nagrodę im. prof. Sycha za osiągnięcia naukowe do 35 r.ż. przyznawaną raz do roku przez Towarzystwo Lekarskie Krakowskie. Powyższa dodatkowa praca zaowocowała równocześnie pracą na stanowisku asystenta a od stycznia br. adiunkta Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii UWM w Olsztynie.

Pielęgowany i rozwijany już od czasów studenckich bakcyll naukowy wydał plon pod postacią autorstwa i współautorstwa kilkunastu artykułów naukowych m.in. w czasopiśmie z IF i na pewno nie planuję, pomimo objęcia nowej funkcji i dodatkowych obowiązków,



odwieszenia naukowych rękawic na kotku. Wskutek zdania egzaminu w części testowej we wrześniu 2018 roku, a następnie w części ustnej w marcu 2019 roku, w języku angielskim w Getyndze (Niemcy) uzyskałem tytuł „europejskiego specjalisty” EDAIC (European Diploma in Anaesthesiology and Intensive Care), co oznaczało automatyczne otrzymanie specjalizacji od CEM-u w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Po zakończeniu specjalizacji z powodu chęci zdobycia nowego doświadczenia z zakresu pacjenta pediatrycznego podjąłem pracę w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie, co pozwoliło zaobserwować funkcjonowanie innego bloku operacyjnego.

W 2020 roku Dyrekcja Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie złożyła mi propozycję objęcia funkcji Koordynatora Oddziału AiIT. Stanowisko objąłem 1 lipca 2020 roku. Półroczna praca na stanowisku kierowniczym w MSZ w okresie nabierającej tempa pandemii COVID-19 i natychmiastowej potrzeby zorganizowania dodatkowego oddziału wentylacyjnego COVID-19 przy jednoczesnej potrzebie utrzymania stabilności pracy OIT i Bloku Operacyjnego pozwoliła uzyskać nowe doświadczenie z zakresu zarządzania kadrą pielęgniarską i lekarską będąc pod presją czasu i emocji personelu związanych ze skrajnie niebezpiecznym wirusem.

Po okresie dwóch lat od zakończenia rezydentury od stycznia 2021 r. zdecydowałem się podjąć ponownie pracę w Oddziale Klinicznym AiIT WSS, ponieważ chcę pracować w mojej opinii bardzo profesjonalnym i multipotencjalnym zespole lekarzy oraz pielęgniarek, jak i w Szpitalu

dającym najszerzy dostęp do wysokospecjalistycznych procedur, najnowocześniejszych technik leczniczych, infrastruktury i szerokiej wizji rozwoju.

Chciałbym realizować się w szerszym zakresie poza anestezjologią i intensywną terapią tj. w pracy administracyjnej, jako Kierownik Bloku Operacyjnego mając możliwość kompletowania i analizy otrzymanych danych jak i oceny dotychczasowej działalności oraz ewentualnego wdrożenia pomysłów usprawniających jego funkcjonowanie.

Uważam, że uzyskane dotąd doświadczenie zawodowe oraz organizacyjne, znajomość Szpitala, jego infrastruktury i personelu oraz chęć dalszego rozwoju zawodowego są atutami, które pozytywnie wpłyną na moją pracę, jako Kierownika Bloku Operacyjnego WSS, czego sobie i wszystkim życzę.

Prywatnie jestem przeszczęśliwym mężem i ojcem wspaniałej dwójki dzieci: żona Marta, córka Oliwia (3 lata) i syn Mikołaj (5 lat). To Oni wraz z Rodziną jak i szerokim gronem wspaniałych przyjaciół są dla mnie najważniejsi i pełnią funkcję niekończącego się paliwa niezbędnego do codziennej pracy w najlepszym możliwym wymiarze. Już dawno zrozumieli, że istotne kawałki mojego serca oraz umysłu oddane są pacjentom, medycynie, anestezjologii i intensywnej terapii, jak i szeroko pojętej nauce, które są moją pasją.

Każda osoba pracująca w Ochronie Zdrowia jest tak samo ważna, będąc niezbędnym trybem, aby funkcjonowała taka niesamowicie sprawna i rozbudowana machina, jak np. Szpital Wojewódzki w Olsztynie. Oczekuje się od nas bardzo wiele, ale jak nie oczekiwać, kiedy to my jesteśmy niesamowitymi szczęściarzami, że pracujemy w miejscu, w którym namacalnie zło zamienić można w dobro, chorobę w zdrowie, ból w ukojenie, a strach w nadzieję. Nigdy nie zapominajmy, że zdrowie nie jest dane na zawsze, szczęście bywa bardzo kruche a czas ulotny. Za każdą historią choroby kryje się człowiek ze swoim lękiem, bólem i strachem.

Hipokrates miał kiedyś powiedzieć: „Leczyć ból jest rzeczą boską”. Uważam, że chociaż próba pomocy innym w chorobie już zbliża pacjentów do spełnienia marzenia o wyleczeniu.

Wśród zainteresowań spoza medycyny wymienić mogę na pewno miłość do pływania, koszykówki, siatkówki i tańczenia, historię zwłaszcza starożytną, muzykę filmową i wszelkie programy popularno-naukowe takich stacji jak Planete Channel czy Animal Planet.

Mam nadzieję, że przedstawiony przeze mnie krótki życiorys pozwoli Państwu lepiej poznać moją sylwetkę.

Z poważaniem,
Marcin Mieszko Mieszkowski

Dbają o prawidłowe wyżywienie pacjentów

Magdalena Mazurek od 1 marca kieruje Działem Żywnienia w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym. Rozmawiamy m.in. o zadaniach komórki, którą zarządza, kto jest w niej zatrudniony oraz jak zorganizowana jest jej praca.



Rozmowa z Magdaleną Mazurek

Przemysław Prais: Proszę na początek opisać swoją drogę zawodową.

Magdalena Mazurek: Z gastronomią związałam się jeszcze podczas studiowania. Zaczynałam jako kelnerka ponad 17 lat temu w restauracji Przyszań. W 2010 r. zostałam kierownikiem Sali w Malta Cafe, równocześnie kończąc studia podyplomowe z zarządzania zasobami ludzkimi na wydziale Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

W 2013 r. nadzorowałam otwarcie Restauracji Casablanca, którą zarządzałam przez 8 kolejnych lat. Wspólnie z moim zespołem udało mi się wykreować jedną z najlepszych restauracji w Olsztynie, która otrzymywała m.in. prestiżowe wyróżnienia międzynarodowego magazynu Gault & Millau w latach 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.

Jak długo pracuje Pan w Szpitalu Wojewódzkim? Jaki są Pani obowiązki jako kierownika Działu Żywnienia?

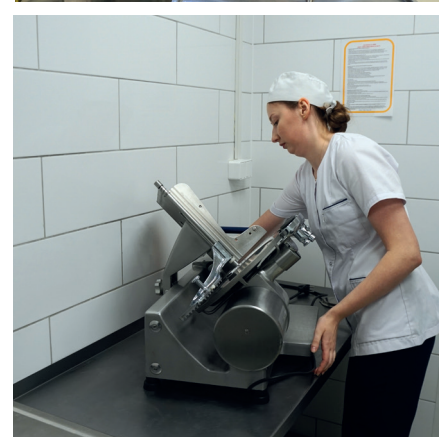
- Kierownikiem Działu Żywnienia w szpitalu jestem stosunkowo krótko, od marca tego roku.



Do moich obowiązków należy przede wszystkim koordynacja nad pracą zespołu kucharzy, którzy przygotowują posiłki oraz zespołu dystrybucji posiłków na oddziały.

Ile posiłków dziennie przygotowuje Dział Żywnienia?

- Codziennie przygotowujemy posiłki dla średnio ok. 340 pacjentów – śniadania, obiady i kolacje, plus dodatkowo średnio ok. 60 drugich śniadań, podwieczorków i posiłków nocnych.





Menu dla pacjentów jest przygotowywane przez dietetyka według aktualnych norm żywieniowych. Oprócz posiłków podstawowych przygotowujemy dania według bardzo zróżnicowanych diet. Dodatkowo przyrządzamy również jedzenie według diet specjalnych wskazanych przez lekarza. Posiłki są przygotowane na bieżąco ze świeżych produktów.

Z kim współpracuje Dział Żywności?

- Ścisłe współpracujemy przede wszystkim z Państwowym Inspektorem Sanitarnym. Wszystkie nasze działania muszą być zgodne



z ich wymogami. Współpracujemy również z lokalnymi dostawcami i hurtowniami.

Ile osób pracuje w kierowanej przez panią komórce szpitala?

- Odmową rolę, jeśli nie najważniejszą, odgrywa kierowniczka kuchni Sylwia Siwiec, która codziennie dba o jakość przygotowywanych posiłków, jak i jakość dostarczanych przez dostawców produktów. Natomiast za pracę pracowników wydających posiłki dla pacjentów odpowiada, dobrze zorganizowany i empatyczny Vitaliy Mazepa.



W samej kuchni razem z kierowniczką pracuje brygadystka oraz 10 kucharek, natomiast w dystrybucji posiłków jest kierownik oraz 11 pracowników dystrybuujących. Do naszego zespołu należy również dietetyczka. Dział żywienia jest znakomicie zorganizowany przede wszystkim dzięki Panu Januszowi Wilińskiemu, mojemu poprzednikowi, który stworzył zespół i przygotował kuchnię do wykonywania jej zadań.

Rozmawiał
Przemysław Prais

Praca zawodowa pielęgniarki i fizjoterapeuty a przenikanie się funkcji zawodowych

Ograniczona sprawność i funkcja motoryczna wielu pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych powoduje, że potrzebują oni pomocy medyków w szerokim tego słowa znaczeniu. Wśród nich są oprócz lekarzy między innymi pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, ratownicy medyczni, terapeuci zajęciowi, masażyści i inni (psycholog, logopeda).

Celem niniejszej pracy była próba przedstawienia zakresu niezbędnej współpracy między pielęgniarką a fizjoterapeutą w oddziałach szpitalnych.

Pielęgniarka zatrudniona w oddziale szpitalnym odpowiedzialna jest za wykonywanie zawodu, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o bezpieczeństwo pacjentów i współpracowników, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub łącznościowych. Swoje zadania zawodowe realizuje zgodnie z posiadanymi kompetencjami uzyskanymi w toku kształcenia przed i podyplomowego oraz umiejętnościami zawodowymi sprawując bezpośrednią opiekę nad chorymi w oddziałach szpitalnych i odpowiadając za ich bezpieczeństwo.

Oprócz czynności związanych z przyjęciem chorego do oddziału szpitalnego, prowadzeniem obowiązującej dokumentacji, pielęgowaniem chorych (utrzymanie czystości ciała, jamy ustnej, bielizny pościelowej i osobistej), wykonuje zlecenia lekarskie, prowadzi profilaktykę p/odleżynową i terapię odleżyn i przygotowuje chorych do badań diagnostycznych część z nich również wykonując. Pielęgniarka współpracuje z rodziną chorego, opiekunami i członkami zespołu terapeutycznego

informując o prawach pacjenta oraz o jego stanie zdrowia w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgniarskiej z zachowaniem tajemnicy zawodowej, jest także zobowiązana do systematycznego doskonalenia zawodowego.

Funkcje zawodowe pielęgniarki stanowią zespół złożonych zadań i wykonywanych czynności składających się na rolę zawodową, którą pełni. W przeszłości różnie określano rolę i zadania pielęgniarki, nowe koncepcje pielęgowania we współczesnym pielęgniarstwie dokonały zmian w zakresie działań pielęgniarki, a także w zakresie relacji zawodowych m.in. lekarz – pielęgniarka i pielęgniarka – pacjent, pielęgniarka – fizjoterapeuta/terapeuta zajęciowy/logopeda. W kontaktach z lekarzem pielęgniarka staje się jego partnerem współdecydującym o wielu istotnych sprawach, tak powinno być też w kontaktach zawodowych z fizjoterapeutą.

Zadania pielęgniarki zająbiają się w wielu obszarach działań nie tylko z zadaniami lekarza, fizjoterapeuty, ale także terapeuty zajęciowego, logopedy i innych osób tworzących w oddziale zespół terapeutyczny.

Współczesna pielęgniarka to taka, która jest aktywna, w swojej pracy zawodowej, koncentruje się przede wszystkim na zdrowiu człowieka, połączając je i pielęgnowując, odchodząc od biernego przyjmowania nakazów

i koncentrowania się wyłącznie na chorobie pacjenta. W ostatnich latach pojawiło się wiele publikacji traktujących o roli i funkcjach zawodowych pielęgniarek. Ponieważ funkcje pielęgniarskie dotyczą pomagania ludziom zdrowym i chorym, mają charakter unikalny i stanowią konieczne elementy w profesjonalnym pielęgniarstwie.

W wyniku kategoryzacji zadań i czynności pielęgniarskich ustalono grupy tych czynności i pogrupowano je na następujące funkcje:

1. Funkcja wychowawcza – obejmuje zamierzony wpływ na osobowość pacjenta, kształtowanie pożądanych zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych oraz przygotowanie pacjentów do samo pielęgnacji i samoopieki. Celem działań pielęgniarskich jest wpływ na osobowość podopiecznego przez kształtowanie prawidłowych zachowań zdrowotnych, odpowiedzialność za własne zdrowie, zdrowie najbliższych i środowiska; przygotowanie pacjenta do świadczenia opieki samemu sobie oraz przygotowanie do współpracy i współdziałania w procesie pielęgnowania także w wielu wypadkach przygotowanie rodziny do opieki nieprofesjonalnej.

2. Funkcja opiekuńcza – to rozpoznawanie stanu zapotrzebowania na opiekę, pomaganie w rozwiązywaniu problemów, w czynnościach dnia codziennego, tworzeniu warunków do godnego umierania i śmierci; to także pomaganie, towarzyszenie, asystowanie, wspieranie pacjenta w podejmowaniu działań, które mają znaczenie dla zachowania zdrowia, powrotu do zdrowia albo dla zapewnienia spokojnej śmierci, które człowiek mógłby wykonywać sam gdyby miał potrzebną siłę, wolę, wiedzę. Pielęgniarka powinna pomagać w taki sposób, aby pacjent mógł odzyskać niezależność jak najszybciej. Do zadań pielęgniarki należy zawsze ustalenie przyczyn, z powodu których człowiek nie jest w stanie sobie sam radzić i potrzebuje pomocy innych ludzi. Funkcja ta obejmuje gotowość niesienia pomocy i szacunek dla drugiego człowieka w każdej sytuacji i stanie, w jakim się on znajduje. Do wykonywania tych zadań nie jest potrzebna skomplikowana aparatura, drogie leki, a jedynie rozległa wiedza o człowieku, jego potrzebach, ogólnych zasadach postępowania opiekuńczego.

3. Funkcja promowania zdrowia – obejmuje rozpoznawanie stanu zdrowia, oceny dostępności świadczeń, promowanie zachowań prozdrowotnych i stwarzanie warunków do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia. Zadaniem pielęgniarki jest propagowanie zachowań prozdrowotnych i zdrowego stylu życia, wspierającego zdrowie, doradzania jak wzmacniać zdrowie, zapewnianie warunków do prowadzenia takiego stylu życia, który sprzyja utrzymaniu i wzmacnianiu zdrowia. W funkcji tej punktem odniesienia jest zdrowie, a jej celem wzmacnianie zdrowia.

4. Funkcja profilaktyczna – to realizacja zadań związanych z rozpoznawaniem stanu zagrożenia wypadkami, urazami, schorzeniami i ich powikłaniami, zapobieganiem i ograniczaniem ryzyka ich występowania. Są to złożone zadania, których celem jest: rozpoznawanie stanu zagrożenia w oddziale szpitalnym. Zakres zadań i czynności pielęgniarskich wynika z istoty profilaktyki zdrowotnej, którą określamy jako działania i środki stosowane w celu zapobiegania chorobom, likwidując przyczyny zjawisk niekorzystnych. Celem profilaktyki jest niedopuszczenie do stanu choroby, opanowanie rozwoju choroby w stadium początkowym lub zorganizowanie takiej opieki, aby zapobiegać powikłaniom choroby i ich następstwom.

5. Funkcja terapeutyczna – obejmuje współpracę pielęgniarki z członkami zespołu terapeutycznego w procesie diagnozy, terapii i rehabilitacji. Celem działań pielęgniarki jest wykonanie badań służących ocenie stanu zdrowia pacjenta dla celów ustalenia diagnozy (wykonywanie pomiarów podstawowych czynności życiowych, pobieranie materiału do badań diagnostycznych, uczestniczenie w niektórych badaniach). To również wykonywanie zleceń lekarskich, szczególnie leczenia farmakologicznego (podawanie leków różnymi drogami), leczenia zabiegowego. Do tej grupy zadań należy także udzielanie pomocy przedlekarskiej w stanach zagrożenia zdrowia i życia. Pielęgniarka przestrzegając zasad wykonywania zleceń lekarskich, realizuje zadania z zakresu funkcji terapeutycznej. Każda

pielęgniarka powinna posiadać wiedzę dotyczącą metod diagnozowania i leczenia oraz umiejętność współdziałania w zespole terapeutycznym. Zakres badań i zabiegów, które może wykonać pielęgniarka w tym procesie na zlecenie lekarza i bez takiego zlecenia; kompetencje pielęgniarki w tym zakresie uwarunkowane są poziomem wykształcenia, ukończeniem wymaganych kursów i zdobyciem określonych specjalizacji.

6. Funkcja rehabilitacyjna – obejmuje pomaganie pacjentowi w uzyskaniu niezależności i kształtowaniu umiejętności radzenia sobie w zmienionej sytuacji życiowej często związanej z niepełnosprawnością.

Rehabilitacja to przywracanie tego, co utracone, a w praktyce opieki pielęgniarskiej oznacza proces obejmujący oddziaływanie lecznicze, społeczne, pedagogiczne i zawodowe, zmierzające do przywrócenia sprawności funkcjonalnej, poznawczej i umożliwienia samodzielnego życia. Najskuteczniejsza jest rehabilitacja kompleksowa, ponieważ obejmuje działania skierowane na wszystkie wyżej wymienione obszary. Zadania funkcji rehabilitacyjnej dotyczą przede wszystkim udziału pielęgniarki w usprawnianiu funkcji układów takich jak: oddechowego, krążenia, pokarmowego, moczowego, kostno- stawowo-mięśniowego, skóry. Pielęgniarka odpowiedzialna jest za rehabilitację przytóżkową, którą prowadzi głównie w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z długotrwałego unieruchomienia. Kolejne zadania rehabilitacyjne pielęgniarki to udział w psychoterapii elementarnej, tworzeniu atmosfery empatii i zrozumienia w okresie pokonywania trudności i przeszkód przez pacjenta, dodawanie otuchy, łagodzenia napięć, wzbudzanie motywacji do działań usprawniających i usamodzielniania się. W kontaktach z pacjentem pielęgniarka jest często asystentem i rzecznikiem jego spraw, diagnozuje i ocenia stopień naruszenia sprawności ruchowej, dokonuje wyboru metod rehabilitacji przytóżkowej i usprawniania kompensacyjnego oraz oceny skuteczności tych działań wobec pacjenta wspólnie z innymi członkami zespołu terapeutycznego z uwzględnieniem specyfiki zastosowanego leczenia.

Podmiotem kompleksowej rehabilitacji z udziałem pielęgniarki jest pacjent, który z powodu choroby i niepełnosprawności musi odzyskać to, co utracił z funkcji motorycznych, lokomocyjnych, poznawczych. Szereg wymienionych powyżej zadań pielęgniarskich przyporządkowano do jednej kompetencji zawodowej: **„udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do pacjentów z chorobami oraz w stanach zagrożenia życia”**.

Zawód fizjoterapeuty jest samodzielnym zawodem medycznym, zgodnie z ustawą z dnia 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, która określiła zasady wykonywania zawodu, uzyskiwania prawa wykonywania zawodu, kształcenia zawodowego przed i podyplomowego oraz odpowiedzialności zawodowej fizjoterapeutów. (*Dziennik Ustaw z dn. 25 stycznia 2022r., poz.168 w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zawodzie fizjoterapeuty*); Fizjoterapeuta wykonuje zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo wykorzystując aktualną wiedzę medyczną.

Europejska Deklaracja Standardów w Fizjoterapii podaje, że fizjoterapia polega na świadczeniu usług powodujących rozwinięcie, utrzymanie lub przywrócenie w jak najpełniejszym zakresie czynności ruchowych i funkcjonalnych pacjenta. Obejmuje ona świadczenie usług w okolicznościach, w których czynności ruchowe i funkcje zagrożone są procesami starzenia lub uległy upośledzeniu w wyniku obrażeń lub schorzeń.

Fizjoterapia zajmuje się wykrywaniem i przywracaniem w jak najpełniejszym zakresie potencjału czynności ruchowych w obszarze promocji zdrowia, prewencji, leczenia i rehabilitacji.

W zawodzie fizjoterapeuty wyodrębniono sześć następujących zadań powiązanych z trzema kompetencjami:

1. diagnozowanie funkcjonalne na podstawie wieloaspektowych ocen stanu pacjenta,

2. kwalifikowanie do terapii na podstawie wyników diagnostyki (**powiązane z kompetencją: „wyznaczenie zakresu terapii na podstawie diagnostyki funkcjonalnej pacjenta”**),
3. planowanie terapii z uwzględnieniem specyfiki zabiegów;
4. prowadzenie zabiegów z zastosowaniem technik manualnych oraz urządzeń wspierających (**powiązane z kompetencją: „planowanie oraz prowadzenie zabiegów”**),
5. zlecenie wyrobów medycznych dostosowanych do potrzeb i stanu pacjenta oraz nauczanie postępowania się nimi,
6. prowadzenie działań fizjoprofilaktycznych (**powiązane z kompetencją: „poza zabiegowe opiekowanie się pacjentem”**).

Należy pamiętać, iż na mocy ustawy osoby posiadające tytuł licencjata i technika mają o wiele mniejsze uprawnienia niż magister. Nie mogą oni przede wszystkim kwalifikować do fizjoterapii i kinezyterapii, nie mogą zlecać wyborów medycznych oraz wydawać opinii odnośnie stanu zdrowia rehabilitowanego pacjenta. Zgodnie z ustawą bardzo ważne jest odpowiednio wysokie wykształcenie poszczególnych fizjoterapeutów.

1. **Technik fizjoterapii** pracuje bezpośrednio z pacjentem, wykonując procedury fizjoterapeutyczne zlecone przez magistra fizjoterapii lub lekarza, odpowiadając za ich wykonanie i udokumentowanie. W wykonywaniu zadań zawodowych współpracuje z ordynatorem /koordynatorem oddziału, lekarzami, pielęgniarką oddziałową, mgr fizjoterapii, pielęgniarkami, terapeutą zajęciowym, logopedą, psychologiem.
2. **Mgr fizjoterapii** – wykonuje, zleca i nadzoruje wykonywanie procedur fizjoterapeutycznych przez technika fizjoterapii. Do zadań mgr fizjoterapii należy min.: diagnostyka czynnościowa narządu ruchu u pacjentów, zlecenie procedur fizjoterapeutycznych i nadzór nad ich wykonaniem, zlecenie zabiegów terapeutycznych z zakresu elektroterapii, światłolecznictwa, hydroterapii, ciepła i zimnolecznictwa, z wykorzystaniem pola elektromagnetycznego; prowadzenie kinezyterapii indywidualnej i grupowej, masaż z wykorzystaniem technik ręcznych oraz z zastosowaniem urządzeń mechanicznych, prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi procedurami.

Szczegółowy wykaz czynności zawodowych fizjoterapeuty określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty. Warto podkreślić, iż ustawa o zawodzie fizjoterapeuty jest bardzo korzystna przede wszystkim dla samego pacjenta, ponieważ:

1. Zabezpiecza kompleksowo pacjentów przed osobami świadczącymi usługi fizjoterapeutyczne bezprawnie,
2. Każdy pacjent może sprawdzić określonego fizjoterapeutę w rejestrze,
3. Skraca czas oczekiwania na fizjoterapię (terapeuta sam może zaplanować określony proces fizjoterapeutyczny).

Przedstawiciele obu zawodów współpracują ze sobą w wielu obszarach opieki i przywracania pacjenta do zdrowia.

Poniżej przedstawiamy kilka obszarów koniecznej współpracy:

Obszar 1: Pielęgnacja i toaleta dróg oddechowych

Z powodu wielu schorzeń w obrębie układu oddechowego, nerwowego pacjenci hospitalizowani w oddziałach wymagają wspomaganie oddechowego poprzez zastosowanie wentylacji mechanicznej lub urządzenia generującego ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych, które utrzymuje drogi oddechowe w rozprężeniu przez cały cykl oddechowy. Pierwszorzędnym zabiegiem poprawiającym wentylację i wymianę gazową jest toaleta dróg oddechowych, czyli jałowe odsysanie nadmiaru wydzieliny zalegającej w rurce intubacyjnej, jamie ustnej lub nosowo-gardłowej. Niewskazane jest rutynowe odsysanie pacjenta, częstość zabiegu uzależniona jest od ilości obecnej

wydzieliny w rurce dotchawiczej i określana przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub neurologopedę. Metodą wspomagającą udrażnianie dróg oddechowych z zalegającej wydzieliny jest **kinezyterapia oddechowa**. Jest to drenaż wykorzystujący wzrost przepływu powietrza w drogach oddechowych w czasie wydechu, który ułatwia eliminację wydzieliny z dróg oddechowych i daje poprawę warunków wymiany gazowej w drogach oddechowych pacjenta. Pielęgniarki, położne szczegółowo obserwując podstawowe parametry życiowe pacjenta (saturacja, akcja serca), jego stan aktywności i snu, wiedzą, kiedy jest właściwy moment na wykonanie toalety dróg oddechowych czy drenażu przez fizjoterapeutę. Wymiana informacji dotyczących pacjentów oddziału pomiędzy pielęgniarkami, położnymi a fizjoterapeutą oraz logiczna kolejność zabiegów umożliwiają zminimalizowanie natężenia bodźców zewnętrznych zaburzających spokojny sen i funkcjonowanie pacjenta.

Ćwiczenia oddechowe, do których często zachęcamy pacjentów w wielu oddziałach szpitalnych należy wykonywać w:

- w przewietrzonym pomieszczeniu,
- przed jedzeniem lub 2–3 godziny po posiłku,
- systematycznie 2–3 razy dziennie przez kilka minut.

Należy wiedzieć także, że:

- przedłużanie wydechu nie może być zbyt długie, gdyż może opróżnić płuca z tzw. „powietrza zapasowego”,
- każdy pacjent ma własny, indywidualny rytm oddechu, inną pojemność płuc – dlatego każdy wykonuje ćwiczenia zgodnie ze swoimi możliwościami,
- chory nie wykona ćwiczeń, gdy ma katar, przerost trzeciego migdałka lub krzywą przegrodę nosa,
- ćwiczenia należy wykonywać w różnych pozycjach ciała, np. pozycji leżącej, siedzącej czy stojącej, dlatego najłatwiej wpleść je także w ćwiczenia ruchowe,
- należy pamiętać, aby w czasie ćwiczeń mięśnie szyi, rąk i tułowia były rozluźnione, a postawa ciała swobodna,
- ćwiczenia oddechowe prowadzone u pacjentów powinny być dostosowane do ich możliwości.

Obszar 2: Pozycjonowanie pacjenta

W wielu sytuacjach choroba uniemożliwia pacjentom utrzymanie optymalnej pozycji ciała i ułożenie w pozycjach związanych z prawidłowym wzorcem ruchu. Podstawą kształtowania prawidłowych wzorców jest **m.in. sposób ułożenia pacjenta w łóżku**. Prawidłowe pozycjonowanie zapewnia choremu właściwy rozkład napięcia mięśniowego w trakcie snu i spontanicznej aktywności w obrębie łóżka oraz korzystnie oddziałuje na poprawę czynności oddechowych, a także minimalizuje ryzyko wystąpienia odleżyn, przykurczy oraz przewlekłego bólu. Znajomość prawidłowych zasad pozycjonowania przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego jest skuteczną profilaktyką powstawania nieprawidłowych mechanizmów ruchu i postawy u pacjentów. Rehabilitacja jako proces powrotu do sprawności powinna odbywać się na każdym etapie choroby. Stymulacja mająca na celu przywrócenie utraconych funkcji ruchowych musi trwać całą dobę i mieć miejsce także podczas leżenia chorego w łóżku lub jego transferu – przemieszczania się z pozycji do pozycji. Pozycje ułożeniowe są nieodzowną składową przywracania sprawności, a także elementem pielęgnacji chorego. Poprzez prawidłowe ułożenie chorego wpływamy pobudzająco na układ nerwowy. Dzięki poprawnemu ułożeniu zapobiegamy zmianom kostno-stawowym, obrzękom limfatycznym, a także pobudzamy korę mózgową. Do zadań fizjoterapeuty należy także edukacja personelu medycznego z zakresu dynamicznych pozycji ułożeniowych.

Obszar 3: Karmienie

W zależności od stanu klinicznego i stopnia zaburzeń wieloukładowych może przebiegać drogą parenteralną lub enteralnie. W dużych zaburzeniach połykania pacjenci są karmieni drogą pozajelitową pod opieką i w konsultacji z zespołem Poradni żywienia (lekarze, pielęgniarki).



Następnym etapem u wielu chorych zwłaszcza neurologicznych jest żywienie enteralne przy użyciu zgłębnika założonego do żołądka zgodnie z przyjętymi procedurami. Po uzyskaniu pełnej gotowości do spożywania posiłków przez chorego rozpoczyna się podawanie pokarmów drogą doustną. Większość pacjentów z zaburzeniami połykania w krótszym lub dłuższym czasie osiąga koordynację odruchów oddychania – połykania i co za tym idzie – gotowość do przyjmowania pokarmu drogą doustną poprzez karmienie lub samodzielne spożywanie posiłków.

Karmienie pacjentów hospitalizowanych w oddziałach odbywa się po niezbędnych czynnościach pielęgnacyjnych, średnio przez całą dobę z przerwą nocną. Powinno dążyć się do współorganizacji rytmu karmień i

zabiegów medycznych, a także do dostosowania ich do rytmu dobowego i stanu pacjenta. O rozpoczęciu karmienia doustnego oraz o podjęciu jego próby decyduje lekarz w porozumieniu z pielęgniarką, fizjoterapeutą, neurologopedą. Decyzję tę podejmuje się z uwzględnieniem oceny bezpieczeństwa klinicznego pacjenta, dojrzałości do karmienia doustnego, jakości mechanizmów adaptacyjnych pacjenta w trakcie karmienia, stanu pacjenta bezpośrednio po karmieniu i indywidualnych uwarunkowań klinicznych i środowiskowych.

Dla zapewnienia efektywnej nauki karmienia doustnego konieczna jest współpraca personelu medycznego w zakresie wyboru metody karmienia, rodzaju i formy diety. Personel medyczny powinien zadbać o odpowiednią pozycję pacjenta, która będzie ułatwiała zapewnienie koordynacji odruchu połykania i oddychania. W zakresie współpracy pielęgniarki, fizjoterapeuty oraz neurologopedy kluczowym zagadnieniem jest edukacja pacjenta i jego rodziny/opiekuna na temat metod i sposobu karmienia pacjenta. Włączenie ich do tego procesu wzmacnia ich kompetencje opiekuńcze oraz daje poczucie satysfakcji z możliwości uczestniczenia w opiece nad pacjentem. W procesie nauki karmienia priorytetem jest zapewnienie spójności praktyk personelu medycznego w doborze pozycji, techniki czy sprzętu (butelka, kubek, słomka itp.). Sprzeczne instrukcje przekazywane rodzinie powodują zdezorientowanie i brak zaufania do kompetencji personelu. Jednokierunkowość pielęgniarki oraz innych członków zespołu terapeutycznego (neurologopeda, fizjoterapeuta) dającego wsparcie w sposobie nauki karmienia doustnego pacjenta jest korzyścią zarówno dla samego pacjenta, jak i jego rodziny, co często daje efekt w postaci wcześniejszego zakończenia hospitalizacji.

Obszar 4: Transfer pacjenta z łóżka na wózek i odwrotnie

Podnoszenie i przenoszenie chorego z łóżka na wózek lub fotel powinno być bezpieczne zarówno dla chorego jak i opiekuna. Aby bezpiecznie przenieść chorego z łóżka na wózek, należy: zapewnić choremu odpowiednie łóżko medyczne (rehabilitacyjne), dostosować wysokość łóżka do wzrostu opiekuna tak, aby opiekun nie był zmuszony do nadmiernego przechyłu w przód, ocenić, czy opiekun może podnieść chorego samodzielnie, jeśli nie – należy poprosić o pomoc, ocenić stan chorego, nasilenie dolegliwości i chęć współpracy w danym momencie.

Zawsze należy uprzedzić chorego, o tym, co zamierzamy zrobić, uzyskać jego zgodę, uprzedzić o możliwych odczuciach związanych ze zmianą pozycji, tj. zawroty głowy, chwilowe trudności z oddychaniem, nudności.

Przesadzanie chorego z łóżka na wózek

Jeśli chory ma niedowład prawostronny, wózek ustaw z lewej strony i odwrotnie w przypadku niedowładu z lewej strony ciała. Wózek z zaciągniętymi hamulcami, podniesionym podtokiećnikiem oraz ze złożonymi podnóżkami należy postawić bokiem do łóżka. Jeśli jest taka możliwość, opuścić lub zdjąć barierkę z wózka. Ręce chorego należy ułożyć na jego brzuchu lub klatce piersiowej. Nogi chorego należy zgiąć w kolanach tak, aby postawił stopy na materacu. Chwytnąc chorego za bark i biodro (dalej od nas) należy odwrócić chorego twarzą do siebie, do leżenia na boku (chory leży na brzegu łóżka). Dopiero teraz należy opuścić nogi chorego poza łóżko jednocześnie chwytając za bark i łopatkę od dołu, posadzić chorego na łóżku z opuszczonymi nogami i założyć obuwie. Stojąc przed chorym, polecamy mu pochylenie się do przodu i opieramy jego prawy bark na swoim lewym biodrze. Podkładamy swoje dłonie pod pośladki chorego. Obejmując swoimi kolanami z przodu i boków kolana chorego, jednocześnie wypychając kolana chorego do wyprustu, podnosimy chorego w górę, obracając go tyłem w stronę blisko stojącego wózka.; sadzamy chorego na wózku. Ustawiamy stopy chorego na podnóżkach i poprawiamy ostatecznie pozycję siedzącą, stając za wózkiem i chwytając chorego pod pachy.

Transfer pacjenta w łóżku



ŹLE

Częstym błędem popełnianym przez personel jest zbyt nisko ustawione łóżko (jeśli istnieje możliwość regulacji), a także niewłaściwa pozycja tułowia personelu podczas przekładania pacjenta – zgięcie kręgosłupa do przodu, wyprostowane nogi, pochylenie głowy, co znaczenie przeciąża dolny odcinek kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego, zbyt szeroko/ wąsko rozstawione ręce – negatywna siła oddziaływania na kręgosłupa, gorsza ergonomia pracy podczas przenoszenia.



DOBRCZE

Kręgosłup powinien być wyprostowany, nogi lekko ugięte w stawach kolanowych i biodrowych, stopy lekko rozstawione na szerokość bioder, aby uzyskać dobre podparcie. Ręce podtrzymujące pacjenta lub prześcieradło rozstawione na szerokości barków, lekko ugięte w stawach łokciowych, wyprostowany kręgosłup w odcinku szyjnym.

Przesunięcie pacjenta w obrębie łóżka powinno odbywać się z zachowaniem krzywizn fizjologicznych kręgosłupa, z nogami ustawionymi między początkową, a końcową pozycją pacjenta, co gwarantuje wykonanie całej czynności bez zmiany pozycji nóg, jedynie przenosząc środek ciężkości ciała.

Transfer pacjenta z: wózek/łóżko, łóżko/wózek przy pomocy 2 osób

Jedna osoba znajduje się za pacjentem, druga od strony jego nóg. Ważny jest w tym przypadku właściwy chwyt pacjenta za kończyny górne i dolne. Osoba stojąca za pacjentem układa swoje ręce pod barkami pacjenta, trzymając go za przedramiona. Druga osoba unosi pacjenta pod ugiętymi kolanami, trzymając się za swoje ręce – tworząc podpórkę. Obie osoby

równocześnie unoszą chorego, zachowując fizjologiczne krzywizny swojego kręgosłupa. Przenosząc pacjenta na wózek, wykorzystujemy ruch ciała na ugiętych nogach. Podobny chwyt warto wykorzystać przy poprawianiu pozycji pacjenta na wózku.



Transfer pacjenta z: wózek/tóżko, tóżko/wózek przy pomocy jednej osoby



Dotyczy pacjentów czynnie współpracujących podczas przesadzania. Ważne jest właściwe ustawienie wózka, zabezpieczenie go hamulcami, zdjęcie boku wózka po stronie tóżka, a także odchylenie lub ściągnięcie podnóżków.

Należy stanąć przodem do pacjenta chwytając go z tyłu za tułów pod pachami, jednocześnie ustawiając kolana pacjenta między własnymi nogami. Pamiętajmy o tym, aby stopy pacjenta były w pełni ustawione na podłodze. W początkowej fazie pacjent sięga i podpira się ręką w kierunku transferu (opiera się o tóżko, bądź o bok wózka), drugą ręką asekuje się podpierając się o stabilne podłoże.

Uwaga! Jeśli w trakcie czynności dolegliwości chorego nasila się:

1. **Zachowaj spokój**
Przerwij czynności i zachowaj spokój, co zapewni poczucie bezpieczeństwa choremu.
2. **Ustabilizuj stan chorego**
Spróbuj ustabilizować stan chorego: podaj zalecane leki, spróbuj zmniejszyć lęk chorego.
3. **Odtóż czynności na później**
Spróbuj wrócić do danej czynności później, np. za kilka godzin. (<https://bliskochorego.pl/opieka/przesadzanie-chorego-z-lozka-na-wozek.html>)

Obszar 5: Ćwiczenia bierne

Ćwiczenia bierne, to te, w których wywołanie ruchu u pacjenta następuje dzięki odpowiedniej pracy innej osoby (np. fizjoterapeuty, pielęgniarki) lub urządzenia poruszającego częścią ciała pacjenta. Są one niezbędne w przypadkach, gdy siła mięśniowa pacjenta nie pozwala na wykonanie samodzielnego ruchu w danym stawie, w stanach częściowego bądź całkowitego odnerwienia mięśni (np. w stanach po urazach rdzenia kręgowego, urazach ośrodkowego układu nerwowego lub nerwów obwodowych, powodujących porażenia lub niedowłady mięśni).

Ćwiczenia bierne wykorzystuje się w początkowej fazie usprawniania pacjentów po długotrwałym okresie unieruchomienia stawu(-ów) np. wynikającym ze stosowania opatrunku gipsowego lub długotrwałego pozostawiania w pozycji leżącej. Ćwiczenia te wykorzystuje się również, jako terapię przeciwbólową.

W trakcie wykonywania ćwiczeń biernych usprawniana jest tzw. pompa mięśniowa, którą aktywizuje się przez zmianę długości i obwodu mięśni podczas ruchów. Zwiększa się i zmniejsza ucisk na naczynia żyłne i limfatyczne, co powoduje przemieszczanie się krwi i limfy w kierunku dorsocowym, a to usprawnia odżywianie tkanek okołostawowych (trofikę). Dobra trofika wpływa na przyspieszenie regeneracji uszkodzonych tkanek miękkich i twardych oraz minimalizuje objawy stanu zapalnego: zaczerwienienie, obrzęk, ból, ocieplenie, ograniczenie funkcji stawu.

Ćwiczenia bierne właściwie wykonuje się najczęściej w pozycjach izolowanych (uniemożliwiających wykonywanie dodatkowych ruchów, np. pozycja leżąca, półsiedząca czy siedząca). Jeżeli ruch dotyczy dużych stawów: ramienne, łokciowe, biodrowe, kolanowe, to należy go przeprowadzać z wyłączeniem ruchów w stawach przyległych. Dla małych stawów ręki i stopy oraz stawów kręgosłupa można wykonać ruch obejmujący kilka sąsiednich stawów z zachowaniem odpowiedniej ostrożności. Ruchy zasadniczo wykonuje się w jednej płaszczyźnie ruchu wokół jednej z osi ruchu w stawie. W przypadku braku przeciwwskazań do wykonywania ruchów złożonych dopuszczalne jest wykonywanie ruchu w kilku płaszczyznach (np. ruchy odwodzenia stawu ramiennego czy stawu biodrowego). Liczba powtórzeń w jednej serii powinna wynosić 30–40, natomiast samych serii w ciągu doby powinno być 3–5, w zależności od stanu pacjenta.

Główne przeciwwskazania do wykonywania ćwiczeń biernych właściwych to:

1. zakrzepowe zapalenie żył głębokich,
2. ostre stany zapalne stawów i tkanek okołostawowych, brak pełnego zrostu kości po złamaniu,
3. znacznie podwyższona temperatura ciała,
4. ciężki ogólny stan chorego.

Podnoszenie przedmiotów z podłogi

Na zakończenie przypominamy Państwu o podstawowych zasadach bezpiecznego przemieszczania pacjenta w taki sposób, aby zadbać także o swój kręgosłup a tym samym zdrowe plecy.

Pamiętaj, że podnosząc różne przedmioty lub ciężary z podłogi nie należy wykonywać tych czynności na wyprostowanych nogach oraz w zbyt

ŹLE



DOBRCZE



dużym zgięciu tułowia!!! W tych sytuacjach zawsze należy stanąć w lekkim rozkroku, wykonać ugięcie nóg w stawach kolanowych oraz biodrowych, starając się zachować maksymalnie wyprostowany tułów (utrzymywanie fizjologicznej lordozy lędźwiowej); przedmiot podnoszony chwytem maksymalnie blisko tułowia.

dr n. med. Olga Bielan,
pielęgniarka oddziałowa Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej
mgr Marzena Zielińska,
koordynator Działu Fizjoterapii Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej

Piśmiennictwo:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. 2017 poz. 497),
2. Zarzycka D., Ślusarska B.: Podstawy pielęgniarstwa, Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarstwa, Tom 1, PZWL, Warszawa 2022,
3. Danuta Kozłowska, Małgorzata Wojciechowska: Realizowanie zadań funkcji rehabilitacyjnej przez pielęgniarki w opinii pacjentów niepełnosprawnych ruchowo. Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa nr 2/3, 2007,
4. Ciechaniewicz W. Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Tom 1, 2. PZWL, Warszawa 2021,
5. <https://www.mp.pl/pacjent/rehabilitacja/kinezyterapia/oddzialywanie-bierne/129366,cwiczenia-bierne-wlasciwe> (26.04.22r., godz. 12.00).



Czym zajmował się Urząd Ochrony Danych Osobowych w roku 2020

Prezes UODO opublikował sprawozdanie z działalności Urzędu w 2020 roku. Jest to bardzo istotny dokument, bowiem zawiera ważne informacje dotyczące czynności podejmowanych przez polski organ nadzorczy w zeszłym roku. W sprawozdaniu można także znaleźć przykłady stanowisk Urzędu w zakresie stosowania przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

Podstawowe dane liczbowe:

	rok 2018	rok 2019	rok 2020
Liczba pracowników	235	246	277
Wydatki UODO	25 681 000 zł	31 390 000 zł	34 898 000 zł
Skargi osób, których dane dotyczą	5 565	9 304	6 442
Liczby przeprowadzonych kontroli	72	98	12
Wydane decyzje administracyjne	527	1 369	1 866
Nażone kary pieniężne	0	8	11
Skargi do sądu na decyzje / postanowienia PUODO	77	89	112
Zgłoszone naruszenia	2 446	6 039	7 507

W roku 2020 do Urzędu Ochrony Danych Osobowych **wpłynęły w sumie 6 442 skargi** – w podziale na sektory wygląda to następująco:

1 303	skargi na podmioty sektora publicznego,
2 519	skargi na podmioty sektora prywatnego,
926	skargi na podmioty sektora zdrowia, zatrudnienia i szkolnictwa,
1 694	skargi na podmioty sektora finansowego, ubezpieczeń i telekomunikacji.

W 2020 r. Urząd Ochrony Danych Osobowych dokonał analizy **7507 zgłoszeń naruszeń** m.in. pod kątem wystąpienia wysokiego ryzyka naruszenia praw lub wolności osób fizycznych. Spośród nich:

- 4661 zostało zgłoszonych przez podmioty sektora prywatnego;
- 2691 przez podmioty sektora publicznego;
- około 155 zgłoszonych w międzynarodowym systemie informatycznym (IMI).

Skargi osób, których dane dotyczą

Składane do Urzędu Ochrony Danych Osobowych skargi dotyczyły między innymi:

- prowadzenie **działań marketingowych**, w tym najczęściej otrzymywanie połączeń telefonicznych oraz wiadomości e-mail od nieznanymi podmiotów,
- uzyskiwanie przez lekarzy dostępu do danych osobowych w systemach ZUS w sytuacji, gdy osoby skarżące nie były ich pacjentami,
- przetwarzanie danych **przez pracodawców**, czego przykładem jest: udostępnianie przez pracodawców danych osobowych pracowników do podmiotów zewnętrznych, w BIP czy też w platformach społecznościowych; nierealizowanie obowiązku informacyjnego i prawa dostępu do danych przez podmiot zatrudniający osoby bezrobotne, kierowane z urzędu pracy; przetwarzanie danych osobowych byłego pracownika w celach szkoleniowych przez personel administratora,
- przetwarzanie przez **operatorów telekomunikacyjnych** danych osobowych zawartych w kserokopii dokumentów tożsamości w celu potwierdzenia możliwości wykonania umowy,
- przetwarzanie danych osobowych w ramach prowadzenia **monitoringu**.

Kontrole przeprowadzone przez Urząd Ochrony Danych Osobowych

Prezes UODO przeprowadził w 2021 roku 12 kontroli w zakresie przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych. Kontrole były przeprowadzone w oparciu o przygotowany przez UODO plan na 2020 r. oraz w związku z podjętymi przez informacjami o nieprawidłowościach związanych z przetwarzaniem danych osobowych w kontrolowanych podmiotach.

W ramach przeprowadzonych kontroli stwierdzono m.in. następujące uchybienia:

- naruszenie zasady poufności danych osobowych i związanej z tym konieczności wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych;
- nieprawidłowości dotyczące umów powierzenia polegające na: ogólnym formułowaniu zakresu oraz rodzaju danych objętych powierzeniem;
- brak wypełniania przez inspektora ochrony danych swoich zadań z uwzględnieniem ryzyka związanego z operacjami przetwarzania danych.

Widoczny spadek liczby przeprowadzonych kontroli w stosunku do 2019 roku należy tłumaczyć epidemią COVID – 19.

Zgłaszanie naruszeń ochrony danych osobowych

Z roku na rok do UODO wpływa coraz więcej informacji dot. stwierdzonych naruszeń ochrony danych osobowych. W 2020 r. podmioty dokonały 7507 tego typu powiadomień, z czego za 4661 odpowiadają podmioty z sektora prywatnego, zaś za 2691 – podmioty sektora publicznego.

Jak wynika ze sprawozdania UODO, wzrost liczby zgłoszonych naruszeń to również efekt zwiększenia świadomości podmiotów zobowiązanych do stosowania przepisów regulujących przetwarzanie danych osobowych w związku z zapobieganiem i przeciwdziałaniem przestępczości (tzw. ustawa DODO).

Nie bez znaczenia dla widocznego wzrostu liczby zgłoszeń naruszeń ochrony danych osobowych pozostawała również pandemia COVID-19. Organ nadzorczy zaobserwował bowiem, że w 2020 r. pojawiało się wiele naruszeń wynikających z działań podejmowanych w związku z zagrożeniem epidemicznym. Dużej części były to działania polegające na stosowaniu nowych środków, mających na celu ochronę zdrowia osób, których dane dotyczyły, a które wcześniej nie były poddawane analizie pod kątem wystąpienia możliwych zagrożeń i podatności na zagrożenia. Urząd podkreśla, że do naruszeń dochodziło również w podmiotach, które przed 2020 r. posiadały szczegółowo opracowane procedury dot. przetwarzania danych osobowych, i które w czasie niemożliwej do przewidzenia pandemii zwyczajnie nie sprawdziły się. Jako przykłady takich sytuacji Urząd wskazał:

- nieprawidłowości w zakresie weryfikacji tożsamości osób, którym wydawana była dokumentacja medyczna,
- ataki złośliwym oprogramowaniem (ransomware) w związku ze wzrostem e-rozwiązań oferowanych przez podmioty medyczne oraz prowadzeniem dokumentacji w formie elektronicznej,
- ujawnianie danych osób objętych kwarantanną przez podmioty, których zadaniem było przeciwdziałanie rozszerzaniu się epidemii.

Beata Jastrzębowska
Inspektor ochrony danych

Źródło: www.uodo.gov.pl; www.odo24.pl

Pamięć i jej zagadki

cz. 41



W przebiegu COVID-19 mogą wystąpić różne zaburzenia poznawcze, w tym pamięci. Sporo już wiadomo o tym, co może być zaburzone. Jednak podstawowa za-

gadka dotyczy biologicznych mechanizmów generujących zaburzenia poznawcze.

W ostatnim odcinku (część 40) został poruszony temat długotrwałych dysfunkcji poznawczych po zachorowaniu na COVID-19. Doniesienia z badań sugerują, że nie tylko pacjenci z ostrym przebiegiem choroby, ale także osoby z lekkimi objawami mogą ujawniać objawy zaburzeń poznawczych, w tym pamięciowych, nawet po kilku miesiącach od zachorowania. Pozytywną informacją jest jednak to, że występuje spontaniczny lub stymulowany środowiskowo (np. przez powrót do pracy) proces tagodzenia wspomnianych dysfunkcji poznawczych.

Pomijając różne metodologie badań i niekoniecznie zgodne wyniki obecnie dość sporo wiemy na temat mapy możliwych zaburzeń funkcji poznawczych w przebiegu COVID-19 (na ten temat zob. poprzednie odcinki naszej serii o pamięci - 38,39,40). Jednak najciekawszym

i najtrudniejszym wyzwaniem jest wyjaśnienie biologicznych podstaw czy mechanizmów generujących takie zaburzenia. Właśnie w ostatnim czasie pojawiły się większe próby oceny prawdopodobnych przyczyn defektów poznawczych, aktywnych nawet długo po zachorowaniu. Co na ten temat wiadomo?

POINFEKCYJNE ZABURZENIA

Grupa COVID Human Genetic Effort (<https://www.covidhge.com/>) w piśmie korespondencyjnym z 05.04.2022r. do czasopisma Nature Medicine podsumowała wyniki dotychczasowych własnych badań w kontekście tzw. „long-COVID” (objawy ponad 12 tygodni od wystąpienia pierwszych symptomów choroby).

Badacze wskazują, że obecny stan wiedzy pozwala na wstępne biologiczne hipotezy przyczynowe, które odpowiadają za określone przewlekłe objawy po zachorowaniu. Wśród nich wymieniają trzy główne mechanizmy: zaburzenia układu odpornościowego, zaburzenia układu autonomicznego i przewlekłą aktywność wirusową (zob. rys. 1, B). Mechanizmy te mogą

powodować występowanie określonych objawów (zob. rys. 1, A) w sposób specyficzny (prawdopodobnie jedna przyczyna, np. utrata węchu) lub niespecyficzny (możliwe kilka przyczyn, np. neuropatia, duszność). Autorzy wskazują, że taki schemat jest wstępnym projektem i wymaga dalszych, bardziej szczegółowych badań.

Na uwagę zasługuje, że wśród objawów „long-COVID” badacze wymieniają trudności pamięciowe, które jednak nie zostały jasno powiązane z wymienionymi mechanizmami przyczynowymi. Prawdopodobnie utrwalona i przewlekła aktywność wirusowa może prowadzić do różnych zaburzeń neurologicznych, w tym pamięci, poprzez patologiczny mechanizm neurotoksyczny. Taki mechanizm mógłby wpływać bezpośrednio na ośrodkowy (np. utrata węchu, zaburzenia pamięci) i obwodowy układ nerwowy (neuropatia).

DANE Z BIOBANKU

Inną próbą poszukiwania przyczyn zaburzeń poznawczych, w tym pamięciowych, w przebiegu COVID są badania nad zmianami

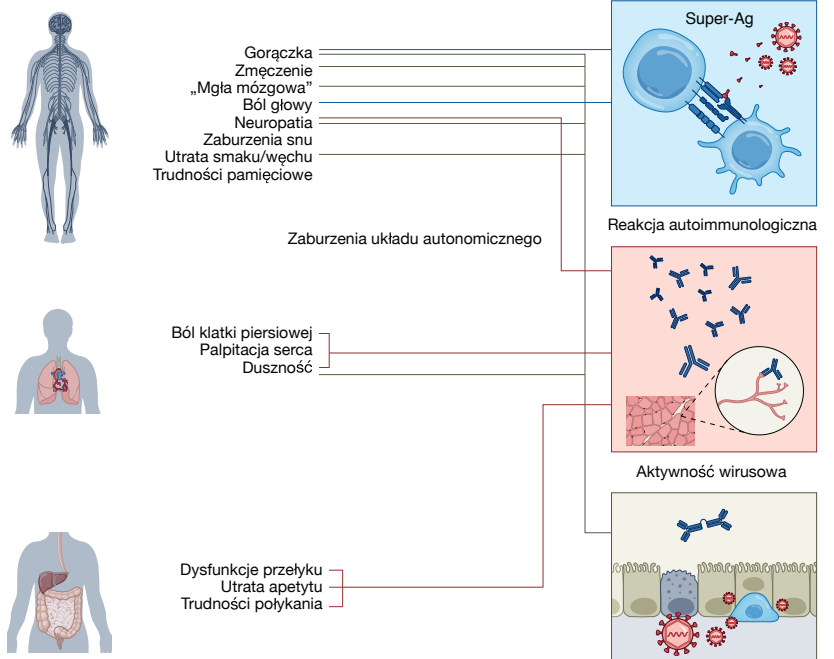
W trzech zdaniach

1. Jedno z najważniejszych zagadek zaburzeń funkcji poznawczych, w tym pamięciowych, jest wyjaśnienie biologicznych mechanizmów generujących takie zaburzenia.
2. Wśród przyczyn przewlekłych objawów w „long-COVID” wymienia się zaburzenia układu odpornościowego, zaburzenia układu autonomicznego i przewlekłą aktywność wirusową.
3. Dane z Biobanku UK wskazują na liczne zmiany istoty szarej w mózgu osób po SARS-CoV-2 (bardziej widoczne u osób starszych).

Rys. 1

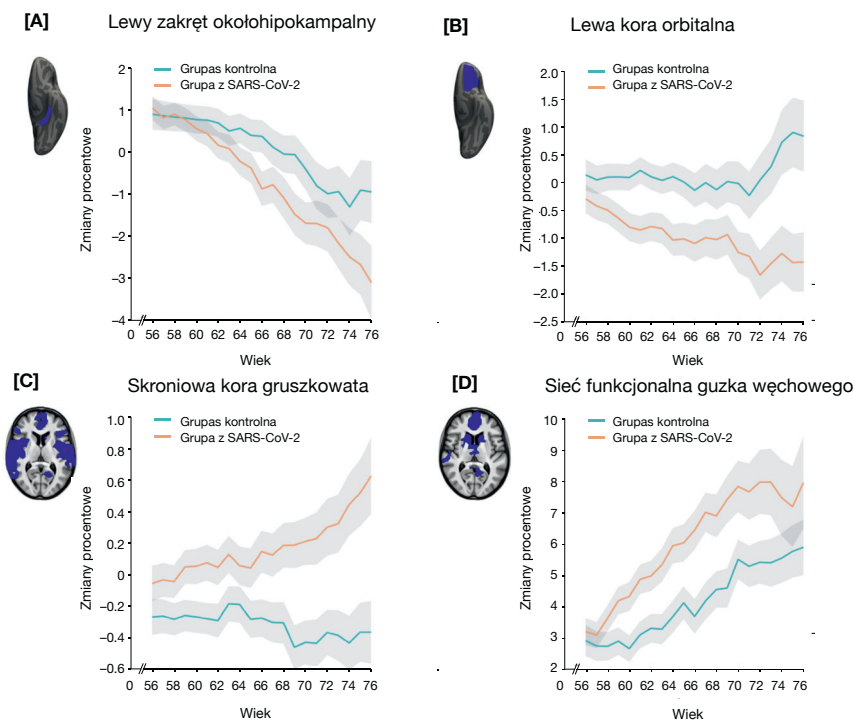
[A] Objawy i symptomy

[B] Mechanizmy biologiczne



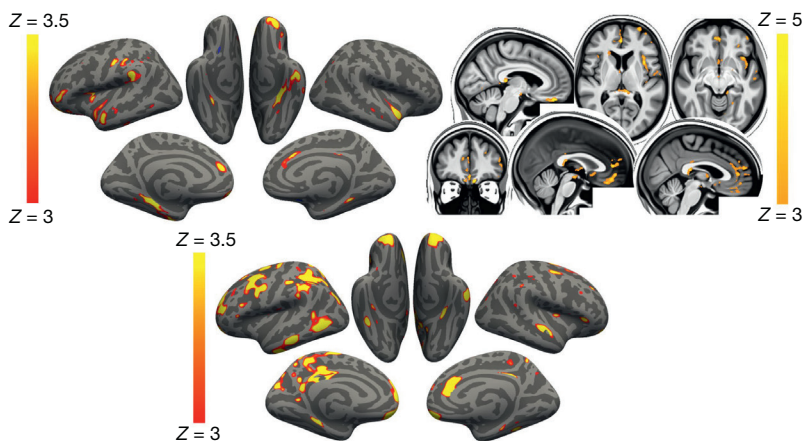
Źródło: Brodin P. i in. (2022). Studying severe long COVID to understand post-infectious disorders beyond COVID-19. Nature Medicine, <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01766-7>. Super-Ag, superantygen. Adaptacja własna.

Rys. 2



Źródło: Douaud G. i in. (2022). SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank. *Nature* 604, 697–707, <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04569-5>. Adaptacja własna.

Rys. 3



Źródło: Douaud G. i in. (2022). SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank. *Nature* 604, 697–707, <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04569-5>. Adaptacja własna.

w mózgu. Z różnych danych wynika, że takie zmiany są stwierdzane w cięższych postaciach COVID. Zespół Gwenaëlle Douaud opublikował 07.03.2022r. interesujący raport dotyczący powiązań patologii mózgowej z łagodnymi postaciami COVID.

Procedura badania polegała na ocenie zmian w mózgu u 785 osób w wieku 51-81 lat, których dane przechowuje Biobank UK. Wszystkie osoby badane miały dwukrotnie wykonywany rezonans magnetyczny głowy, z czego 401 osób miało wynik pozytywny SARS-CoV-2 pomiędzy dwoma obrazowaniami (średnia odroczenia neuroobrazowania wynosiła 38 miesięcy). Reszta, czyli 384 osoby stanowiły grupę kontrolną. Takie

podejście, gdy osoby badane miały obrazowanie mózgu przed zachorowaniem, umożliwiło zespołowi Douaud precyzyjne ustalenie efektów choroby na strukturę mózgowia.

Dzięki takiej metodologii badaczom udało się stwierdzić podłużne i znaczące efekty SARS-CoV-2 na mózg (zob. rys 2). Po pierwsze zanotowano większą (w porównaniu do grupy kontrolnej) redukcję istoty szarej w zakresie jej grubości i kontrastu tkankowego w korze oczodołowo-czołowej (korze orbitalnej) i zakręcie okołohipokampalny (zob. rys. 2 A, B). Szczegółowa analiza wykazała, że największe zmiany w grubości istoty szarej u osób z SARS-CoV-2 dotyczą obustronnie obszarów zakrętu

okołohipokampalnego, kory zakrętu obręczy i bieguna skroniowego oraz lewej kory orbitalnej, wyspy i zakrętu nadbrzożnego (zob. rys. 3)

Po drugie okazało się, że osoby z SARS-CoV-2 miały większe zmiany markerów uszkodzenia tkankowego w obszarach powiązanych z pierwotną korą węchową (zob. rys. 2 D). Wreszcie po trzecie zarejestrowano znaczące statystycznie zmniejszenie ogólnego rozmiaru mózgowia u osób z SARS-CoV-2.

Poza danymi w zakresie struktury mózgowia zespół Douaud stwierdził istotną różnicę w poziomie wykonania specyficznego zadania poznawczego w badanych grupach. Tym zadaniem był tzw. Test Łączenia Punktów, który ma dwie wersje: w pierwszej wersji badani łączą punkty liczbowe rozproszone na kartce na czas, natomiast w drugiej wersji łączą naprzemiennie punkty liczbowe i literowe również na czas. Przyjmuje się, że wersja pierwsza angażuje głównie skupianie i szybkość uwagi, natomiast druga wymaga zasobów pamięci operacyjnej w zakresie przetrzutności uwagi. Osoby z SARS-CoV-2 wykonywały znacznie mniej efektywnie opisywane zadanie poznawcze pomiędzy dwoma obrazowaniami mózgowia. Zgodnie z efektem podłużnym, im starsze osoby tym większa rozbieżność wykonania w obu grupach badanych.

Interesującym wynikiem było także to, że opisane wyżej efekty neuroobrazowe i poznawcze były rejestrowane także wtedy, gdy wykluczono z analizy 15 pacjentów z grupy eksperymentalnej, poprzednio hospitalizowanych (reszta osób badanych nie miała hospitalizacji).

Z perspektywy tematyki naszej serii cytowane badania wskazują, że osoby z SARS-Cov-2 ujawniają liczne negatywne zmiany w obszarach mózgu zaangażowanych w procesy pamięciowe (głównie obszary wokół hipokampów i skorelowanych z nimi sieci neuronalnych). Zespół Douaud sugeruje, że stwierdzony podłużny efekt (im osoby starsze tym zmiany większe) zmian z mózgu po SARS-Cov-2 może zwiększać ryzyko występowania choroby Alzheimera lub innych form neurodegeneracji z obecnymi zaburzeniami pamięci.

dr Piotr Markiewicz

Chcesz wiedzieć więcej?

Brodin P. i in. (2022). Studying severe long COVID to understand post-infectious disorders beyond COVID-19. *Nature Medicine*, <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01766-7>

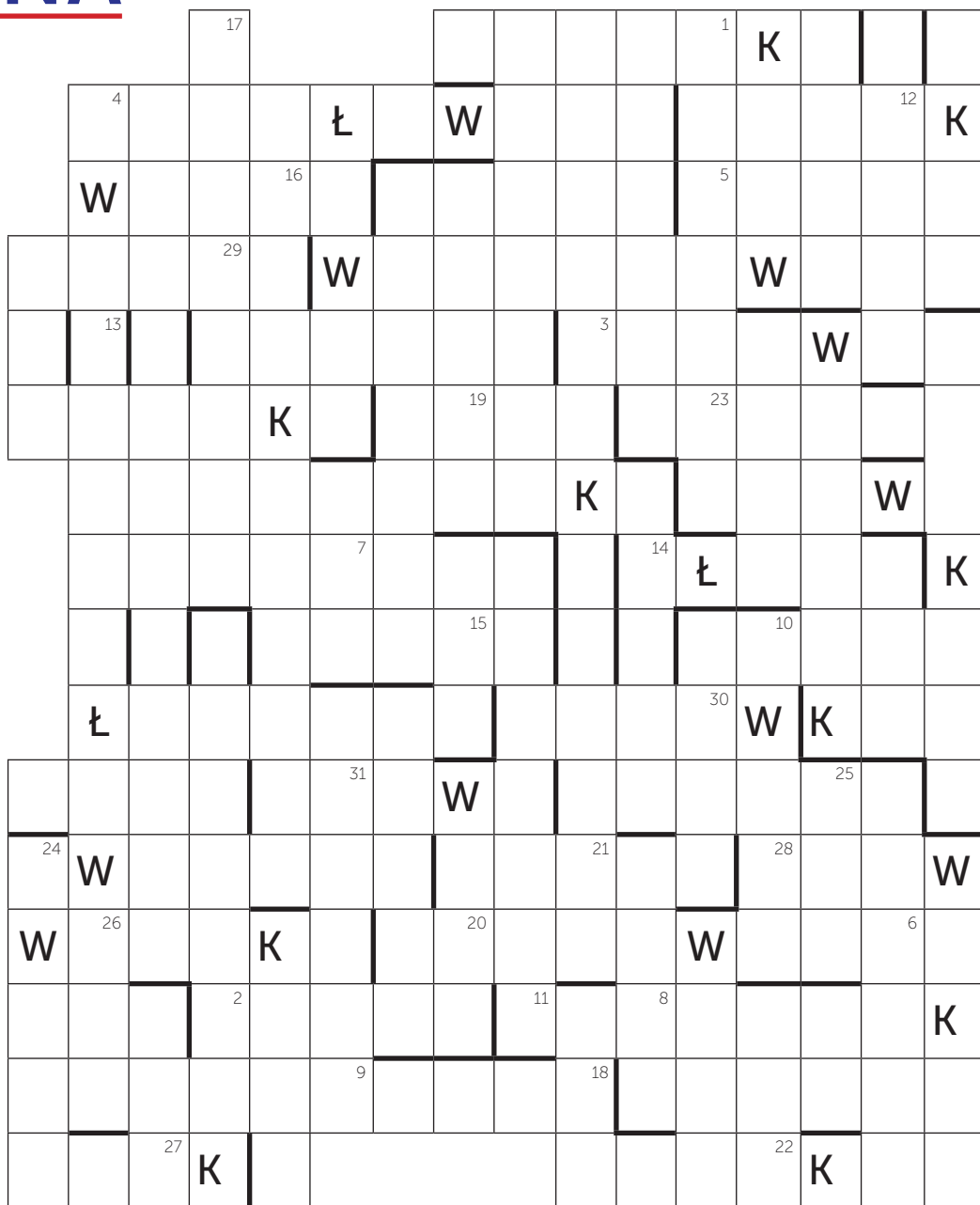
Douaud G. i in. (2022). SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank. *Nature* 604, 697–707, <https://doi.org/10.1038/s41586-022-04569-5>

73 JOLKA SZPITALNA

Objaśnienie 77 haseł podano w przypadkowej kolejności. W diagramie ujawniono wszystkie litery: K, Ł i W. Na ponumerowanych polach ukryto 31 liter hasła, które stanowi rozwiązanie. Jest to myśl Seneki..

Jerzy Badowski

- błędny lub udowy
- między Gniewem a Pruszczem Gd.
- mieszkanca Kabulu
- ... must go on
- bezkręgowiec z wieńcem rzęsków
- II, pobity pod Hastings
- Putumayo
- sztuczne włókno na gorsety
- dar życia
- osada w gminie Kętrzyn
- Korea Pn.
- zawodowy oprawca
- mąż matki
- zawiesina gleby, mułu i gliny
- najwyższy szczyt Filipin
- książka Elsevierów
- kochała się w Narcyzie
- Peczerska w Kijowie
- mieszkają w Katmandu
- na wodzie w najkrótszą noc
- nicianie, ludzkie pasożyty
- niewód, żak, neta
- ze stolicą w Cardiff
- ekspонат
- pozytonowa tomografia emisyjna
- cierpienie, męczeństwo
- nasza mistrzyni w sprincie (1932)
- żółta siatkówki
- dziwożon
- pistolet zabawka
- dawna stolica Macedonii
- filia urzędu lub plan spotkania
- dwie matki ssie
- takielunek
- wyspa u zach. wybrzeży Irlandii
- cesarz, gość Chrobrego
- specjaliści chorób kobiet
- słucki do kontusza
- kraj z Lome
- imię Dziedzic i Kwiatkowskiej
- cuchnący niezbyt nosa
- amerykański system ziemia-powietrze
- trzecia wyspa Balearów
- mara
- opiekun attajskich szamanów
- lisia jama
- Don Vito
- stój na przetwory
- barwa i wygląd skóry twarzy
- totkowy bigmomacz
- między Chorzowem a Zabrzem
- miasto w powiecie oświęcimskim
- nawóz z cyjanamidem wapnia
- zdobył złote runo
- 4-krotny mistrz olimpijski w rzucie dyskiem
- córka Burgunda
- kopalne małpy wąskonosy
- helikopter
- ukochana Jazona
- na północ od Ochoty
- rodzaj



- niemiecka sieć sklepów
- między Uznamem a Wolinem
- ojciec Chama
- szał malajski
- roślina na włókna i siemię
- -Widacka, patronka olsztyńskiej ulicy
- Zenon z Eelei
- ciężar
- brat Chama i Jafeta
- angielski deszcz
- wyrzucenie trzonu kolumny doryckiej
- z Alą
- góry z Wicheren
- łososiokształtna z dużymi łuskami
- wraz z eryniami

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

Rozwiązanie krzyżówki nr 72 z poprzedniego Pulsu Szpitala (nr 73): „Najcenniejszych rzeczy w życiu nie da się kupić”. Nagrodę otrzymuje Anna Lasota z Zakładu Medycyny Nuklearnej. Gratulujemy. Nagroda do odebrania u Rzecznika Prasowego.

