



W numerze m.in.:  
**PIONIERSKA OPERACJA NEUROCHIRURGÓW**  
**NOWY RENTGEN**  
**PIELĘGNACJA STOMII**



fot. Jarosław Mordal DRM

**WYDAWCA**

Wojewódzki Szpital  
Zespołowy w Elblągu

**REDAKTOR NACZELNA**

Anna Kowalska

**ZESPÓŁ REDAKCYJNY**

Anna Kowalska  
Małgorzata Twardowska  
Danuta Stanicka

**ADRES REDAKCJI**

Wojewódzki Szpital  
Zespołowy w Elblągu  
ul. Królewiecka 146  
82-300 Elbląg  
Seksja Marketingu  
tel. 55 239 57 04  
tel. 55 239 59 62  
a.kowalska@szpital.elblag.pl  
www.szpital.elblag.pl

**DRUK I SKŁAD**

Agencja Reklamowa Contact  
ul. Mikołaja Firleja 27  
82-300 Elbląg  
www.arcontact.pl

**NAKŁAD**

1000 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo  
do skrótów i zmian tytułów.

Redakcja nie ponosi  
odpowiedzialności  
za treści artykułów  
nadesłanych do redakcji.

**spis treści**

Pionierska operacja neurochirurgów _____	4
Czas na nowy rentgen _____	7
Pielęgnacja stomii część 1 _____	8
Karta ratująca życie _____	10
Ratownik medyczny - zawód dla twardzieli _____	11
Rak piersi. Kasia nadal potrzebuje pomocy _____	12
Zawód: pielęgniarz. _____	14
Żałoba. Jak poradzić sobie ze stratą, która bardzo boli? _____	16
Rowerem na Jasną Górę _____	18
O „Myszy”, którą porwałoby morze _____	19
Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy _____	20
Historia WSZ w Elblągu w pigułce (6) _____	21
Elbląskie szpitale (2): Szpital św. Ducha _____	22
Odeszli od nas... _____	23
Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna _____	24





## *Szanowni Czytelnicy!*

Tak trudno jest nam pogodzić się z odchodzeniem naszych bliskich: członków rodziny, przyjaciół, współpracowników, ludzi, którzy czasem przez wiele lat towarzyszyli nam w życiu, pełniąc w nim jedyną w swoim rodzaju, niepowtarzalną rolę. I nawet, jeśli wiemy, że to odejście było nieuniknione, że śmierć była jedynym antidotum na czyjeś cierpienie, to przecież zawsze do końca żyjemy złudną nadzieją, że wszystko skończy się dobrze. Jeszcze bardziej zaskakuje nas nagłe odejście kogoś, po kim nigdy byśmy się tego nie spodziewali. A przynajmniej jeszcze nie teraz...

*„Śpieszmy się kochać ludzi tak szybko odchodzą  
- pisał mistrz pióra ks. Jan Twardowski - zostaną po nich buty i telefon głuchy...”*

Kiedy zabraknie tych, którzy byli z nami „od zawsze” – i nieważne ile owo „zawsze” trwa - w naszych głowach, w naszych sercach, na długo, nierzadko już na zawsze, zostaje pustka. Jak radzić sobie z cierpieniem, z wyrzutami sumienia, że może mogliśmy zrobić coś jeszcze, coś więcej? Z rozpaczą, że to wszystko zwyczajnie, po ludzku, jest niesprawiedliwe... - o tym pisze na kolejnych stronach nasza psycholog Małgorzata Olszewska – Niedziałek.

W przededniu listopadowego Święta Zmarłych trudno nie wspomnieć o naszych Zmarłych Pacjentach. Proszę wierzyć, że dla nas to nie tylko sucha statystyka. W walkę o życie każdej z pozostawionych pod naszą opieką osób angażuje się wszak cały zespół lekarzy, pielęgniarek. Zawsze robimy, co w naszej mocy. Czasem przegrywamy. To przecież szpital. Tu medycyna, nawet ta najbardziej nowoczesna, czasem musi ustąpić wobec „siły wyższej”. Ale naszym zadaniem jest pracować dalej z wiarą, że nawet jeśli nie dało się uratować tego konkretnego pacjenta, to z pewnością uda się przywrócić zdrowie wielu, wielu innym.

I tu nawiązujemy do kolejnego tekstu, nad którym będą się Państwo mogli zatrzymać. Nasza pielęgniarka Anna Jaroszuk pisze o niewątpliwie trudnej sytuacji, jaką jest życie po operacji wyłonienia stomii, radzi jak pomóc stomikowi, jak nauczyć go prawidłowej samopielęgnacji i sprawić, by jego życie było łatwiejsze.

Piszemy także o nowatorskich operacjach wykonywanych w naszym Oddziale Neurochirurgii, gdzie od lat trafiają szczególnie ciężkie przypadki, na szczęście – w ręce zdolnych specjalistów, którzy nie ustają w poszukiwaniu nowych metod i rozwiązań, i wciąż osiągają w swojej dziedzinie kolejne sukcesy – polecam tekst naszego neurochirurga Safwana Bayassi.

Wydając szpitalny kwartalnik „Królewicka 146” chcemy nie tylko prezentować Państwu szpitalne nowości, ale po prostu być bliżej naszych Pacjentów i Ich Rodzin, także bliżej mieszkańców miasta i regionu, w którym żyjemy i funkcjonujemy. Dlatego przedstawiamy się Czytelnikom również od strony nieformalnej, opowiadając o naszych pozazawodowych zainteresowaniach. Mamy nadzieję, że spotyka się to z Państwa przychylnością?

Z pozdrowieniami dla Czytelników „Królewickiej 146”

*Elżbieta Głert  
Dyrektor Naczelna  
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu*

# PIONIERSKA OPERACJA NASZYCH NEUROCHIRURGÓW!

## Otwarcie czaszki (kraniotomia) z wybudzeniem pacjenta.

Neurochirurdzy z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu przeprowadzili pod koniec sierpnia z powodzeniem pionierską operację usunięcia guza mózgu przy zastosowaniu techniki kraniotomii z wybudzeniem pacjenta. To pierwsza taka operacja przeprowadzona w naszym szpitalu. Tym samym dołączyliśmy do grona nielicznych ośrodków w kraju, które podjęły się tak trudnej techniki operacyjnej.

**Kraniotomia z wybudzeniem** to metoda operacyjna polegająca na śródoperacyjnym wybudzeniu chorego w trakcie usuwania różnych patologii śródczaszkowych.

**Jaki jest cel wybudzenia chorego w trakcie operacji?**

Niektóre patologie mózgu leżą w ważnych ośrodkach nerwowych w tzw. okolicach elokwentnych takich jak ośrodki mowy, kora ruchowa, kora wzrokowa. Wówczas próba ich usunięcia może prowadzić do nieodwracalnych ubytków neurologicznych. Dlatego, celem minimalizacji tych następstw, poszukuje się różnych rozwiązań. Tak powstała idea tzw. kraniotomii z wybudzeniem, która pozwala neurochirurgowi na żywo oceniać stan neurologiczny pacjenta w trakcie usuwania danej patologii oraz podjęcia modyfikowania swoich działań podczas operacji i według potrzeb operatora.

Kraniotomia z wybudzeniem zarezerwowana jest do ściśle określonych i wybranych pacjentów z niektórymi jednostkami chorobowymi. Pierwotnie była stosowana u pacjentów cierpiących na padaczkę, następnie poszerzono wskazania na niektóre guzy, malformacje tętniczo-żylnie oraz mykotyczne tętniaki leżące we wspomnianych newralgicznych okolicach. Nie każdy pacjent toleruje tego typu działania, dlatego też bardzo istotna jest odpowiednia kwalifikacja i selekcja chorych. Pacjent przed operacją musi być przytomny, współpracujący, bez zaburzeń psychicznych, z wysokim progiem bólowym, bez zaburzeń budowy górnych dróg oddechowych.

wych. Powinien być osobą dorosłą, chociaż opisywane są przypadki zastosowanie kraniotomii z wybudzeniem nawet u dzieci w wieku 11 lat.

Załączki operacji kraniotomii możemy znaleźć w antycznych epokach ( Mezopotamia, Peru), gdzie znaleziono czaszki z otworami kraniotomijnymi ze śladami gojenia się. Zadziwiające jest to, jak to było możliwe, że wielu chorych przeżywało takie zabiegi, w czasach, gdy nie była jeszcze znana narcoza ani postępowanie aseptyczne.

W 1886 r. Victor Horsley wykonał pierwszą operację usunięcia guza przy pomocy znieczulenia miejscowego.

W 1934 r. Davidoff zaczął stosować znieczulenie miejscowe oraz sedację. Pierwsza istotna zmiana w podejściu do kraniotomii z wybudzeniem datuje się na rok 1959, kiedy to De Castlo i Mundeleer wprowadzili koncepcję „neuroleptoanestezji”, polegającą na różnej kombinacji pomiędzy neuroleptykami a opiatami.

Kolejny istotny krok w rozwoju tej metody nastąpił pod koniec lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia dzięki Silbergeldowi, który użył propofolu.

Obecnie kraniotomia z wybudzeniem oparta jest na stosowaniu leków sedatywnych oraz opiatowych. Dzięki temu anestezjolog jest w stanie manipulować stanem przytomności chorego w różnych fazach operacji. Stąd powstał termin techniki „asleep – awake – asleep”, który określa stan przytomności w różnych fazach



Ilek. Safwan Bayassi  
neurochirurg w Oddziale Neurochirurgii,  
Neurotraumatologii i Chirurgii Kręgosłupa

operacji. W fazie usunięcia guza pacjent jest wybudzony, natomiast w okresie do kraniotomii (otwarcia czaszki) oraz po usunięciu guza chory jest uśpiony, zwykle bez intubacji. Bardzo istotnym momentem jest również znieczulenie powłok skórnych unerwionych przez gałęzie obwodowe nerwu trójdzielonego oraz górnego splotu szyjnego. W sumie należy wykonać znieczulenie miejscowe siedmiu nerwów po każdej stronie, jak również miejsca cięcia skórnoo oraz pinów do neuronawigacji. **Stan kliniczny chorego po tego typu operacji jest lepszy, niż chorego operowanego w znieczuleniu ogólnym, a tym samym chory krócej przebywa w szpitalu.**

**Dlaczego się zdecydowaliśmy?**

Idea tego typu operacji powstawała w naszych myślach od wielu lat z potrzeby sytuacji. Nieraz mieliśmy do czynienia z pacjentami z guzami okolic elokwentnych, jednak nie byliśmy w stanie bezpiecznie ich zoperować z powodu braku dostępu do wyrafinowanych technik diagnostycznych, w związku z czym byliśmy zmuszeni do kierowania chorych do innych, najczęściej akademickich, ośrodków.

W tym miejscu należy podkreślić, że kraniotomia z wybudzeniem nie jest operacją rutynową i nie każdy ośrodek akademicki wykonuje tego typu procedurę.

Dostępność do nowych technik diagnostycznych typu funkcjonalny MRI oraz traktografia MRI pozwoliły nam na precyzyjną lokalizację guza w stosunku do okolic elokwentnych oraz dróg projekcyjnych. Kolejnym krokiem była dostępność do neuromonitoringu, który jest istotnym narzędziem w tego typu operacjach. Neuro nawigacja oraz USG śródoperacyjne również są nieodłącznymi elementami na tej „szachownicy”.

Jak wynika z powyższego, aby doprowadzić do tego typu operacji, należy wykonać szereg rozmaitych badań i mieć dostęp do niezbędnych urządzeń wspomagających w trakcie operacji. Należy również podkreślić, że operacja jest pracą zespołową, gdzie każdy z uczestników jest równie ważnym jej ogniwem.

Kiedy dostępność do różnych technik stała się w naszym ośrodku osiągalna, wówczas trzeba było przygotować mentalnie neurochirurga i anestezjologa oraz uwierzyć w to, że uda nam się taką operację przeprowadzić. Byliśmy gotowi do tego już kilka miesięcy wcześniej, chcąc skorzystać z doświadczeń sąsiedniego ośrodka, jednakże odmówiono nam pomocy. **Ten incydent skłonił nas do udowodnienia sobie i innym, że nasza wiedza, doświadczenie i upór są w stanie sprostać tym wymaganiom oraz przeprowadzić tego typu operację własnymi siłami.**

### Upragniony pacjent

Pewnego dnia trafił do neurochirurga młody, 26-letni, człowiek z rozpoznaniem guzem mózgu, na podstawie biopsji mózgu, która była wykonana w innym ośrodku. Chciał zasięgnąć dodatkowej opinii neurochirurga na temat jego choroby.

Po dwukrotnej rozmowie z pacjentem, przedstawiłem mu moją wizję oraz plan operacji przy pomocy kraniotomii z wybudzeniem. **Pacjent był poinformowany, że to będzie nasza pierwsza operacja z wybudzeniem, ale zapewniłem go, że jesteśmy gotowi do przeprowadzenia jej sposób dla niego w bezpieczny.**

Po kilku dniach pacjent zdecydował się na proponowane leczenie. To był idealny pacjent – młody, współpracujący oraz bardzo zmotywowany. Został szczegółowo poinformowany przez neurochirurga i anestezjologa o planie operacji oraz o ewentualnych powikłaniach w jej trakcie. Zapewniliśmy pacjenta, że nie będzie odczuwał bólu w trakcie operacji. Pokazaliśmy mu podobną operację wykonaną w innym ośrodku. Dzień przed operacją odwiedził też Blok Operacyjny, by zobaczyć salę, w której miała odbyć się jego operacja. Myślę, że to wszystko dało mu poczucie bezpieczeństwa, pewności, że na każdym szczeblu leczenia będzie otoczony opieką.

### Dzień operacji

W dniu 22.08.2016 r. w Oddziale Neurochirurgii przeprowadzono pierwszą operację usunięcia guza mózgu lewego płata czołowego w sąsiedztwie ośrodka ruchu, stosując zmodyfikowaną technikę kraniotomii z wybudzeniem tzw. kontynuowana kraniotomia z wybudzeniem (continuous awake craniotomy). W trzech fazach operacji pacjent był przytomny, logiczny, swobodnie odpowiadał na zadawane pytania, był rozluźniony, słuchając swojej ulubionej muzyki - była to przede wszystkim zastuga zespołu anestezjologicznego, który wzorowo przeprowadził znieczulenie.

Do przeprowadzenia tej operacji skorzystaliśmy z następujących technik: funkcjonalny MRI, traktografia MRI, neuronawigacja, neuromonitoring, USG śródoperacyjne, aspirator ultradźwiękowy (CUSA). Operacja przebiegła gładko, bez żadnych powikłań śródoperacyjnych oraz pooperacyjnych. Operacja trwała 4,5 godziny.



Pacjent w trakcie przygotowania do operacji i ... zaraz po jej zakończeniu





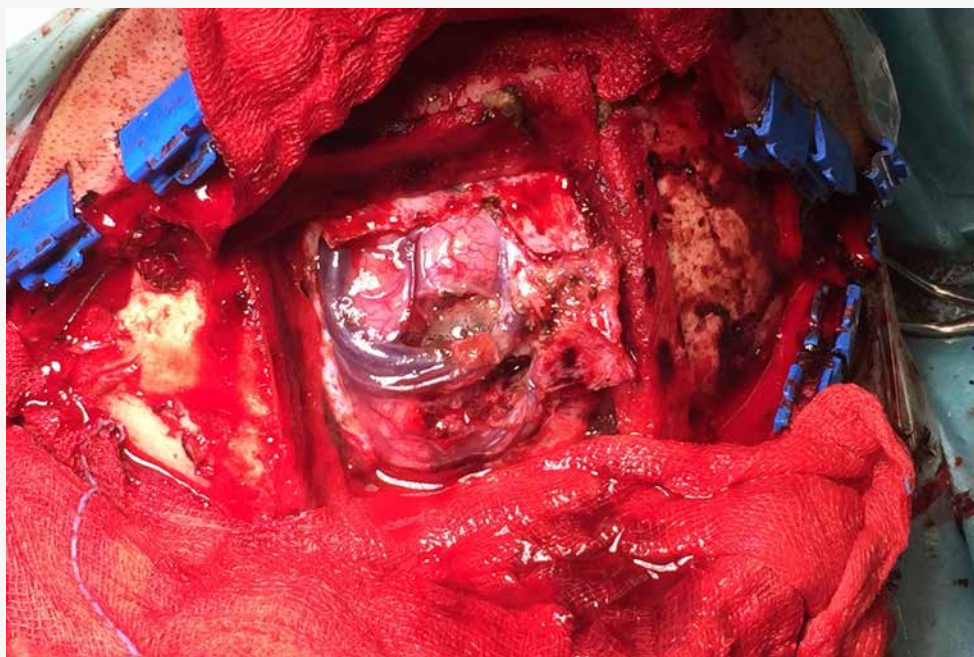
Operacja jest pracą zespołową i każdy z jej uczestników jest równie ważnym jej ogniwem - mówi doktor Bayassi

W operacji uczestniczyli neurochirurdzy: operator - Safwan Bayassi, asysta - Wojciech Pulka i Tomasz Siwiecki, anestezjolog - Filip Kutnik, instrumentariuszka - Anna Milewska oraz pielęgniarka anestezjologiczna - Hanna Mrzygłód i neurofizjolog Ola Pełka.

Sądzę, że jest to sukces całego zespołu operacyjnego, ponieważ całą procedurę operacyjną udało się przeprowadzić własnymi siłami, bez pomocy z zewnątrz. Należy wspomnieć, że jest to również sukces Szpitala Wojewódzkiego w Elblągu, który stworzył nam odpowiednie warunki do pracy. Pragnę podziękować wszyst-

kim uczestnikom tej operacji: pacjentowi za zaufanie, odwagę oraz wiarę w nasze umiejętności, bez których nie odbyłaby się ta operacja. Szczególne podziękowania dla lekarzy: Wojciecha Pulki i Filipa Kutnika za ich zaangażowanie i merytoryczną pomoc podczas przygotowań do operacji a także dla dr. Ireneusza Kowaliny i lek. Wojciecha Wenskiego za ich aprobatę i zachętę do przeprowadzenia tej operacji. Dziękuję również lek. Wojciechowi Sikorze za opracowanie badań funkcjonalnego MRI i traktografii MRI oraz Oli Pełce za wzorowe przeprowadzenie neuromonitoringu śródoperacyjnego.

**Niewątpliwie sukces ten zapoczątkuje nową drogę i da podwaliny do przeprowadzania w naszym szpitalu kolejnych operacji tego typu, aby osiągnąć jeszcze lepsze wyniki i sprawić, aby jakość życia naszych pacjentów po leczeniu była jak najlepsza.**



Operacja otwarcia czaszki (kraniotomia).

# Czas na nowy rentgen!

- W roku 2016 po wielu latach ciężkiej i owocnej pracy na zasłużoną emeryturę w Zakładzie Radiologii przeszedł aparat RTG Prestiže firmy GE. Mimo jego niewątpliwie licznych zasług na polu diagnostyki obrazowej w naszym szpitalu, urządzenie musiało ostatecznie ustąpić wobec postępu technologicznego, nowych standardów i możliwości w dziedzinie obrazowania, które reprezentuje jego następca: aparat RTG X-Twin niemieckiej firmy Roesys - informuje lekarz Piotr Lassota, radiodiagnosta obrazowy, kierownik Zakładu Radiologii.



Piotr Lassota, kierownik Zakładu Radiologii, prezentuje liczne możliwości nowego RTG

Nasz nowy RTG jest urządzeniem innowacyjnym pod wieloma względami.

- Pomimo swojej w miarę kompaktowej budowy, dzięki zastosowaniu dwóch ruchomych kolumn ze śledzącymi nawzajem swój ruch lampą i detektorem oraz specjalnym jednokolumnowym, mobilnym stołem, nasz X-Twin jest w stanie poradzić sobie z niemal dowolną projekcją każdej okolicy ciała – prezentuje nowe urządzenie doktor Lassota, dodając, że są to, przy różnorodności badań wykonywanych w naszej placówce, zalety nie do przecenienia.

- Jak na sprzęt XXI wieku przystało urządzenie jest w pełni cyfrowe, posiadające możliwość bezprzewodowego przesyłu obrazu na odległość nie tylko z głównego detektora (urządzenia zastępującego błonę fotograficzną), ale również z jego specjalnej, wykorzystującej technologię WI-FI mobilnej

wersji – w ten sposób można prześwietlać, jeśli zajdzie taka potrzeba, np. pacjentów przywożonych na badanie na ich własnych łóżkach szpitalnych – mówi Piotr Lassota. - Parametry detektora zarówno stacjonarnego jak i mobilnego to najwyższa światowa półka: zbudowane na bazie cezu, o rozdzielczości 17 i 15 mln pikseli, przy wysokim odczynniku odszumiania kwantowego i 16-bitowym systemie zapisu plików, daje nam obrazy o wyjątkowej szczegółowości.

Aparat ma również do zaoferowania specjalną funkcję tzw. Stitching, dzięki czemu możliwe jest uzyskanie na jednym zdjęciu ciągłego obrazu całych kończyn długich lub kręgosłupa: aparat automatycznie wykrywa grubość tkanek i do niezbędnego minimum obniża ilość użytego promieniowania. - Mamy nadzieję, że nowoczesny, dużo bardziej precyzyjny, niż poprzedni, sprzęt pozwoli szpitalowi na realizację tak ważnej usługi diagnostycznej na najwyższym możliwym poziomie przez wiele nadchodzących lat – dodaje kierownik Zakładu Radiologii.

Na zakup nowego RTG szpital przeznaczył ze środków własnych ponad 1,2 mln zł. Jest to największa pozycja na tegorocznej liście naszych zakupów sprzętu medycznego.

(redakcja)



Pracownicy Zakładu Radiologii cieszą się z nowego RTG. - Teraz czekamy na nowy mammograf - mówią



Anna Jaroszuk - pielęgniarka  
Oddział Chirurgii Onkologicznej,  
Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Stomijnych

## Pielęgnacja stomii (cz. 1)

**Stomia, tłumacząc z języka greckiego, oznacza „usta” lub „otwór”. Często zamiennie używa się takich pojęć jak: brzuszny odbył, przetoka, anus. W chirurgii mianem stomii określa się celowo wykonane połączenie światła narządów jamistych układu pokarmowego, moczowego i oddechowego z powierzchnią skóry. W Oddziale Chirurgii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu wyłania się około 50 stomii rocznie.**

Ileostomia jest najczęściej wytwarzana na końcu jelita cienkiego. Prawidłowo wyłoniona ileostomia powinna być wypukła i wystawać nad powierzchnię skóry ok. 2-3 cm. Ten rodzaj przetoki ciągle wydziela pewne ilości zawsze płynnej treści jelitowej, która jest bardzo drażniąca dla skóry. Uszkadza ją z powodu dużej zawartości kwasów żółciowych oraz soku trzustkowego. Dlatego ileostomia wymaga bardzo starannego i dokładnego zabezpieczenia za pomocą szczelnego sprzętu stomijnego. Objętość treści jelitowej wydostającej się z ileostomii jest znacznie większa niż z kolostomii.

Operacje wyłonienia stomii na naszym oddziale najczęściej wykonywane są w trakcie planowego zabiegu operacyjnego, co oznacza, że pacjenci są do takiego zabiegu przygotowywani. To przygotowanie pacjenta do zabiegu wyłonienia stomii lub zabiegu, którego elementem może być wyłonienie stomii, jest procesem złożonym. Obejmuje przygotowanie psychologiczne, chirurgiczne i pielęgnarskie. Jednym z momentów przygotowania pacjenta do zabiegu jest wyznaczenie miejsca przyszłej

stomii. Moment ten, często zaniedbywany w wielu szpitalach, może mieć zły wpływ na późniejszą rehabilitację pacjenta po operacji. Nieprawidłowe zlokalizowanie stomii może bowiem uniemożliwić choremu prawidłowe posługiwanie się sprzętem stomijnym, a co za tym idzie – prowadzić do stanów zapalnych skóry wokół stomii. Pacjent jest informowany przez lekarza o tym, że w trakcie zabiegu może być wyłoniona stomia i musi wyrazić na to zgodę.

Wyznaczenie miejsca stomii polega na właściwej ocenie brzucha pacjenta w trzech pozycjach: leżącej, stojącej i siedzącej. **Optymalne warunki na brzuchu dla przyszłej stomii to:** gładka powierzchnia brzucha, (aby zmieścić się przylepiec worka stomijnego), miejsce widoczne dla pacjenta (ważne przy samopielęgnacji stomii), miejsce w linii poniżej lub powyżej pasa (pozwała na ukrycie worka pod odzieżą), miejsce w przebiegu mięśnia prostego brzucha (zmniejsza prawdopodobieństwo powstania przepukliny okołostomijnej).

**Ponadto należy uwzględnić, że:** stomia musi być oddalona od cięcia chi-

### Rodzaje stomii:

- **Kolostomia**, czyli przetoka na jelicie grubym, wyłaniana jest najczęściej po lewej stronie brzucha.
- **Ileostomia**, czyli przetoka na jelicie cienkim, wyłaniana najczęściej po prawej stronie brzucha.
- **Urostomia**, czyli przetoka moczowa, może być umiejscowiona zarówno po prawej, jak i po lewej stronie brzucha, choć najczęściej wyłaniana jest po prawej stronie tuż poniżej pępka.

### Podział na poszczególne rodzaje stomii zależy od przyjętych kryteriów:

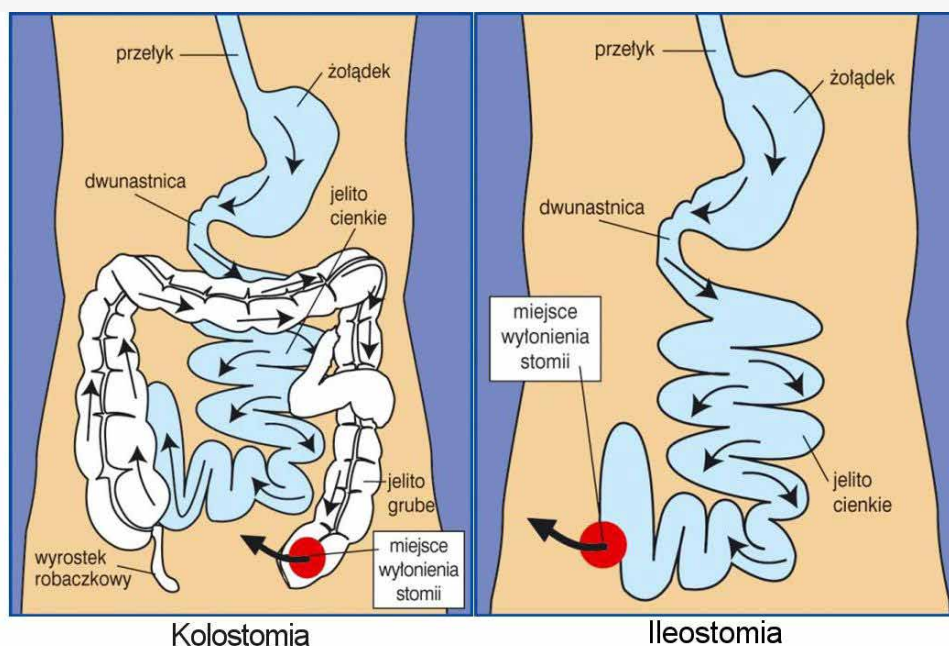
#### Kryterium czasowe:

- stomia czasowa (odwracalna, wyłaniana na określony czas, a później zamykana, co wiąże się z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego i likwidacją stomii),
- stomia definitywna (ostateczna) wyłaniana na stałe.

**Kryterium miejsca (poziom jelita)**, na którym została wyłoniona stomia: ileostomia (stomia na jelicie cienkim), kolostomia (stomia na jelicie grubym).

**Kryterium techniki operacyjnej:** stomia jednolufowa (końcowa), stomia dwulufowa (pętlowa).

Prawidłowo wyłoniona kolostomia (etolia na jelicie grubym) powinna być wypukła i lekko wystawać nad powierzchnię skóry ok. 1-2 cm. Treść jelitowa, która się z niej wydobywa, jest bardzo podobna do normalnego stolca. Pielęgnacja kolonostomii jest znacznie łatwiejsza, niż ileostomii.





rurgicznego o ok. 4-5 cm, nie może znajdować się w talii, powinna znajdować się w oddaleniu od kości biodrowej, nie może być wyłoniąca w fałdach i wybrzuszeniach, nie może znajdować się w pachwinie ani w pobliżu innych starych blizn, powinna być umiejscowiona daleko od aktualnych przetok i miejsca drenażu, nie powinna być wyłaniana pod obfitym biustem, nie może znajdować się w obszarach z problemami skórnymi, np. łuszczyca ani w innych miejscach, gdzie nie może być dobrze zaopatrzona.

**Ostatecznego wyboru miejsca wyłonienia stomii dokonuje się w pozycji siedzącej a wybrane miejsce zaznacza się niezmywalnym mazakiem. Bywa tak, że trzeba wyznaczyć kilka miejsc. Pamiętajmy, że nawet najlepsza opieka nie zrekompensuje źle wyłonionej stomii!**

**Problemy, jakie mogą wynikać ze źle zlokalizowanej stomii to:**

- pacjent nie będzie w stanie zobaczyć swojej stomii i przygotować się do somoopieki,
- wycieki treści jelitowej pod sprzęt stomijny powodujące zapalenie skóry,
- powstanie przepukliny okołostomijnej,
- dyskomfort psychiczny pacjenta.

**Wyznaczanie miejsca stomii jelitowej czasowej czy stałej odgrywa bardzo ważną rolę w rehabilitacji pacjenta i może mieć wpływ na jego komfort życia, dlatego nie można zaniedbać tej ważnej procedury przedoperacyjnej.**

### Pielęgnacja stomii

Pacjenci po zabiegu wracają na oddział z zabezpieczoną stomią workiem stomijnym. Przez kilka pierwszych dni stosujemy worki przezroczyste, tak by móc ocenić stomię: jej kształt i kolor, występowanie ewentualnego krwawienia, wydzieliny (w domu pacjent może dalej stosować worki przezroczyste lub zmienić je na bezowe). Otwór w płytce lub worku musi być dopasowany do wielkości i kształtu stomii. Stomia zaraz po zabiegu jest większa i obrzęknięta. Zmienia ona swój kształt i wielkość do dwóch miesięcy po zabiegu. Szwy wokół stomii usuwa się najczęściej w 7-8 dobie po zabiegu, chyba że (z różnych przyczyn) brak jest zrostu śluzówkowo – skórnego, wtedy okres ten wydłuża się do 12-14 doby. O skórę wokół stomii należy dbać już od pierwszej doby po zabiegu. Najważniejsze, by nie dopuścić do stanów za-

palnych, które goją się bardzo długo i uniemożliwiają przymocowanie jakiegokolwiek sprzętu stomijnego. Okres pobytu pacjenta w szpitalu po zabiegu obecnie jest bardzo krótki. Jeżeli nie pojawią się powikłania, to w 6-8 dobie jest on wypisywany do domu. W związku z tym jest mało czasu na edukację pacjenta i przygotowanie go do samodzielnej pielęgnacji stomii.

### Pielęgnacja stomii niepowikłanej

Skóra wokół stomii nie powinna odbiegać wyglądem od skóry w innych okolicach brzucha. Musi być czysta, sucha bez zaczerwienień, owrzodzeń, wyprysków i nie powinna boleć.



Wymiana worka stomijnego – przypadek stomii niepowikłanej (fot. Elżbieta Szkiller)

Pielęgnacja prawidłowo wyłonionej stomii nie jest trudna. Najważniejsze to odpowiedni do rodzaju stomii dobór sprzętu i pielęgnacja skóry. Podczas zmiany sprzętu należy przestrzegać stałego porządku. Przed zmianą trzeba przygotować wszystkie możliwe akcesoria: nowy worek, gaziki do zmywania skóry, nożyczki, worek na odpady, pastę uszczelniającą. Najpierw trzeba opróżnić worek a dopiero potem odkleić delikatnie płytkę zaczynając od góry do dołu. Można użyć specjalnych akcesoriów do odklejania sprzętu stomijnego oferowanych przez firmy produkujące sprzęt stomijny. Następnie oczyszcza się skórę wokół stomii oraz samą stomię używając do tego wody lub specjalnych gazików stomijnych. Następnie należy dokładnie skórę osuszyć i przykleić nowy worek. Przy zaopatrywaniu ileostomii ważne jest zastosowanie wokół stomii pasty uszczelniającej – gojącej, aby płynny stolec nie uszkodził skóry. Wcześniej należy przygotować płytkę, tzn. wyciąć w niej otwór odpowiadający wielkością i kształtem stomii. Niedopasowanie rozmiaru i kształtu otworu w płytce lub przyklepcu grozi powikłaniami skórnymi. Otwór powinien być większy od samej przetoki o ok. 1 mm. Zbyt mały

- może drażnić błonę śluzową jelita, zbyt duży - powodować drażnienie nieostoiętej skóry. Problem odpowiedniego dopasowania rozmiaru i kształtu otworu rozwiązuje płytka plastyczna, która nie wymaga docięcia, jedynie wymodelowania. Tak przygotowaną płytkę lub worek ocieplamy i przyklejamy na skórę. Właściwe dopasowanie płytki zmniejsza ryzyko uszkodzenia skóry i jest kluczowe dla jej ochrony. Częstość wymiany sprzętu stomijnego zależy od jego rodzaju. Jednocześnie należy wymieniać co 1-2 dni, dwuczęściowy co 5-7 dni.

Stomia zawsze budziła u pacjentów niepokój, lęk, rozpacz a nawet stany depresyjne. Wytworzenie jej było bowiem konsekwencją zaawansowanych nowotworów jelita grubego, a tym samym kojarzyło się z nieuchronnym cierpieniem i złym rokowaniem. Prymitywna budowa sprzętu stomijnego i związane z tym powikłania, ale także społeczna izolacja chorych ze stomią, wpływały na potęgowanie tych negatywnych odczuć. Pomimo dynamicznego rozwoju technik chirurgicznych z zastosowaniem nowoczesnego sprzętu, stomie w dalszym ciągu są wykonywane. Jednak zmieniło się podejście do stomii. Przeszła ona już być wyrazem bezradności chirurgów, synonimem dramatu i braku nadziei dla chorego. Stała się istotnym elementem kompleksowego leczenia chirurgicznego, bardzo często jednym z etapów prowadzących do pełnego wyleczenia i powrotu do zdrowia. Obecnie stomia jest często elementem pożądanym przez chirurga, by zmniejszyć ryzyko powikłań, by poprawić warunki gojenia, by móc dokonać radykalnej, leczniczej operacji. Oczywiście wszystko to przy akceptacji chorych, którzy powinni wiedzieć, czemu wyłonienie stomii ma w ich przypadku służyć. Bo stomia jest często furtką do zdrowia, przepustką do zwalczania choroby. Dlatego trzeba myśleć o stomii na każdym jej etapie. Przed zabiegiem, kiedy rozmawiamy z chorym tłumacząc konieczność jej wyłonienia i wyznaczamy miejsce stomii. W trakcie zabiegu, jako o ważnym elemencie operacji. Myślimy o niej także po operacji, zapewniając właściwy sprzęt, obecnie dostępny w bardzo dobrej jakości, oraz kosmetyki do pielęgnacji stomii. W trakcie całego procesu leczenia chory otrzymuje również potrzebną mu wiedzę do osiągnięcia samoopieki.

*W kolejnym odcinku:*

*Pielęgnacja stomii powikłanej.*

# Karta ratująca życie



Paweł Suchocki  
mł. asystent w Pracowni Immunologii  
Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi

Posiadanie przy sobie IKGK może okazać się bezcenne w skrajnych przypadkach - gdy o przeżyciu decydują bezcenne minuty, dokument umożliwi natychmiastowe, bez zbędnych badań, przekazanie lekarzowi informacji o grupie krwi pacjenta. Także w przypadku każdego innego pobytu w szpitalu, okazanie „krewkarty” (koniecznie wraz z dowodem tożsamości!) pozwoli uniknąć obowiązkowego przed zabiegiem oznaczenia grupy krwi.

- Każdy, kto zgłosi się do Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu (dotyczy to także dzieci, posiadających dowody osobiste), skierowany zostanie do laboratorium, które wykona podwójne pobranie próbek krwi, z których następnie nasza pracownia wykona dwa niezależne oznaczenia grupy krwi – tłumaczy Paweł Suchocki, mł. asystent w Pracowni Immunologicznej, dodając – Gdy dysponujemy dwoma identycznymi wynikami grupy krwi z dwóch niezależnych pobrań próbek krwi, możemy wydrukować kartę. Jej koszt to 15 zł. Natomiast podwójne oznaczenia grupy krwi z dwóch różnych próbek pobranych tego samego dnia to wydatek w wysokości 100 zł.

Identyfikacyjna Karta Grupy Krwi ma wielkość nowego dowodu osobistego i jest ważna wyłącznie z dowodem tożsamości. Znajdują się na niej nasze dane osobowe: imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia, PESEL, imiona rodziców. Na karcie widnieje również nasza grupa krwi i nazwa pracowni, która wystawiła dokument.

Karta jest ważna bezterminowo. Raz wyrobiona ułatwi procedury medyczne, zaoszczędzi

Każdy z nas, bez względu na wiek, płeć czy stopień ryzyka zawodowego, powinien posiadać swoją IDENTYFIKACYJNĄ KARTĘ GRUPY KRWI, i oby nigdy mu ona nie była potrzebna! Gdyby jednak okazało się inaczej, wierzymy, że tzw. „krewkarta” w stu procentach spełni swoją rolę – rolę ratowania życia.



czędzi w przyszłości nasz czas i pieniądze. W przypadku zgubienia karty, ale także np. w przypadku zmiany nazwiska), wystarczy zgłosić się do pracowni, która ją wystawiła, w celu wyrobienia nowej.

- Warto podkreślić, że Identyfikacyjna Karta Grupy Krwi jest, poza oryginalnym wynikiem oznaczenia grupy krwi, jedynym dokumentem zatwierdzonym przez Ministerstwo Zdrowia, i co za tym idzie, honorowanym przez wszystkie służby medyczne w Polsce – podkreśla Paweł Suchocki. – Nie liczą się np. wpisy w starych dowodach tożsamości, książeczkach

RUM, legitymacjach Honorowych dawców Krwi itp. Lekarze czy ratownicy medyczni nie uhonorują też, oczywiście, żadnego z gadżetów typu: breloczek, łańcuszek czy bransoletka z naszą grupą krwi.

Kartę można wyrobić w Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi mieszczącej się na parterze głównego budynku Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego. Pracownia jest czynna od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 – 14.00.

Kartę można uzyskać także z pominięciem badania laboratoryjnego - w przypadku, gdy przedstawia się oryginały dwóch potwierdzających się badań oznaczenia grupy krwi, wykonanych w dowolnym laboratorium immunohematologicznym w Polsce.

Anna Kowalska



# Ratownik medyczny - zawód dla twardzieli

**To w ich rękach jest ludzkie życie przez pierwsze minuty w sytuacji zagrożenia. Wypadki, ratowanie ofiar katastrofy, pożaru — ratownik medyczny musi być przygotowany na wszystko. Musi zachować zimną krew i radzić sobie ze stresem.**



Ratownikiem medycznym nie każdy może zostać. To zawód dla twardzieli. Chociaż chętnych do tej pracy nie brakuje, to kandydatów dyskwalifikuje słaba psychika. Michał Missan pracę zaczynał w 1996 r. jako noszowy, dzisiaj koordynuje Dział Ratownictwa Medycznego.

- Aby w tym zawodzie poradzić sobie ze stresem, trzeba umieć się wyłączyć podczas akcji. Co to oznacza? Wchodzimy do mieszkania, a w nim rodzina lamentująca nad umierającym pacjentem. Przecież nie mogą płakać razem z nimi. Muszę być obok tej sytuacji. Robię swoje i tyle. Czasem trzeba zapanować nad rodziną, niekiedy nie da się tego zrobić inaczej, niż będąc bardzo stanowczym. Rozpaczający bliscy po prostu utrudniają akcję ratowniczą. A w takich przypadkach liczy się każda, dosłownie każda, sekunda — opowiada Michał Missan.

Ale gdy umiera dziecko, to nie ma twardzieli. - Nawet po wielu latach pracy nie można się na to uodpornić i kropka. Wypadki, w których ucierpiał dzieci, to koszmar ratownika — mówi Missan. - W takich sytuacjach pomoc może psycholog szpitalny. Ratownicy medyczni przechodzą również szkolenia, które uczą sposobów radzenia sobie ze stresem. Szczególnie trudne przypadki ratownicy analizują wspólnie na odprawach.

To zawód równie stresujący, co niewdzięczny.

— Prędzej doczekamy się skargi, niż słowa „dziękuję”. To nie oznacza, że my czekamy na podziękowania. Ale pacjent, czy rodzina, składają skargę, bo np. ratownik miał srogie spojrzenie lub użył nieodpowiednich słów. A skargi płyną najczęściej po wyjazdach zespołu do banalnych problemów, które często mógłby rozwiązać lekarz rodzinny. Kiedyś pan wezwał ka-

retkę, bo od czterech miesięcy bolała go głowa. To oczywiście skrajny przykład — mówi Michał Missan i dodaje: - Słuchajmy uważnie dyspozytora. To nie jest człowiek z ulicznej łapanki, ma medyczne wykształcenie, a jego pytania mają nam pomóc, nie są po to, żeby dręczyć dzwoniącego. Znam przypadki, że instrukcje dyspozytora uratowały komuś życie.

Naszym ratownikom wyposażenia medycznego może pozazdrościć cała Polska, ale i koledzy z zagranicy. Mają do dyspozycji m.in. automasażery, czyli sprzęt, który samodzielnie prowadzi masaż serca.

- Mężczyzna dużych gabarytów, np. taki jak ja, jest w stanie efektywnie masować pacjenta zaledwie przez dwie minuty, ponieważ masaż musi być wykonywany na odpowiednią głębokość, do tego od 100 do 120 razy na minutę. Po tym czasie musi go zmienić drugi ratownik. Dlatego tak ważne są automasażery, które są nieustrudzone — wyjaśnia ratownik. — Nasze standardy sprzętu i pracy nie odbiegają od europejskich. Jeden z naszych kolegów wyjechał do Anglii i tam pracuje jako ratownik. Zrobił zdjęcie w naszej karetce. Brytyjcy ratownicy oglądali sprzęt ze zdjęcia z otwartymi buziami.

Obecnie w Elblągu są cztery zespoły ratownictwa, po jednym w Pastęku, Młynarach i Tolkmicku. W połowie 2017 r. ma być o jeden więcej.

*Anna Dawid, „Dziennik Elbląski”  
fot. Michał Kalbarczyk*



Ratownik medyczny Marcin Sawicki prezentuje automasażer typu LUKAS

# RAK PIERSI

## Kasia nadal potrzebuje pomocy

**Dla pielęgniarki Kasi Kłobuchowskiej wciąż liczy się każda podarowana jej złotówka. A my, jej przyjaciele, znajomi, współpracownicy, wiemy już, że nasza każda, najskromniejsza nawet pomoc - wielokrotnie pomnożona - pozwoli Kasi nie stracić nadziei na całkowity powrót do zdrowia. Tą nadzieją jest dla niej nowoczesny lek Kadcyła.**



Katarzyna jest pielęgniarką. Ma 43 lata. Od 23 lat pracuje w Oddziale Dermatologicznym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu. Kilka lat temu wykryto u niej raka piersi. Zaczęto od standardowego leczenia chemio – i radioterapią, niestety nieskutecznego. Nowotwór przerzucił się na kości i wątrobę. Szansą okazał się dopiero lek Kadcyła, nowoczesny chemioterapeutyk stosowany w rozsianym stadium raka piersi. Lek dający, co prawda, nadzieję, niestety drogi i nie refundowany przez NFZ. Jedna dawka Kadcyli, którą Kasia musiałaby przyjmować regularnie, co trzy tygodnie, to ponad 15.000 zł. Dla pielęgniarki samotnie wychowującej dziecko to suma jak z kosmosu! Jednak leczący Kasię onkolodzy wierzą, że to właśnie terapia Kadcyłą może okazać się sposobem na ocalenie jej życia.

### Na ratunek!

W szpitalu, w którym pracuje Kasia - mobilizacja! Na ratunek najpierw ruszają onkolodzy i

współpracownicy z oddziału. Do zbiórki pieniędzy na leczenie koleżanki przyłączają się kolejni pracownicy szpitala a następnie wielu innych, często anonimowych, przyjaciół. Gorący apel z prośbą o pomoc dla Kasi trafia do osób prywatnych i firm w regionie. Julka, córeczka Kasi, osobiście podpisuje się pod prośbą dyrekcji i pracowników szpitala o ratunek dla mamy. List Julki porusza m.in. serce prezes fundacji POLSAT Krystyny Aldridge - Holc, która reaguje błyskawicznie, gwarantując pokrycie kosztów trzech kolejnych dawek leku dla Kasi. Radość wielu przyjaznych Kasi osób nie ma wówczas końca. We wrześniu 2015 roku Kasia rozpoczyna terapię Kadcyłą. Przyjmuje trzy pierwsze dawki leku i... to działa! - Kasia czuje się lepiej! Co ważne, kolejna tomografia komputerowa wykazuje, że zmiany nowotworowe są mniejsze!

### W lutym tego roku Kasia wróciła do pracy. Oczywiście na „swoją” Dermatologię.

- Tak długie siedzenie w domu okazało się nie zniesienia. Julka szła do szkoły a ja zostawałam

sama – ze swoją chorobą. Wracały lęki, złe myśli, stany depresyjne. Czasem po prostu płakałam, nie wiedząc, co będzie ze mną dalej? Co stanie się z Julką?

Praca okazała się dla Kasi także terapią. Choć, zgodnie z zaleceniem lekarza, może pracować tylko 7 godzin dziennie, choć regularnie musi brać zwolnienia na kolejną chemię, choć ze względu na chorobę nie może ani dźwigać, ani transportować pacjentów, to ważne, że jest wśród ludzi, i że jest im potrzebna. A pracy w oddziale nie brakuje. Kasia pielęgnuje pacjentów, podaje im leki, robi iniekcje i kroplówki, dba o dokumentację medyczną. No i jeszcze coś bardzo ważnego: teraz lepiej rozumie swoich pacjentów. Bo sama już wie, jak to jest usłyszeć diagnozę, o której myśli się, że to wyrok śmierci.

- Mój powrót do pracy przyjęto w oddziale bardzo życzliwie. Wszyscy dobrze mi tu życzą i trzymają za mnie kciuki – uśmiecha się Kasia.

Od roku czas Kasi odmierzają cotygodniowe cykle leczenia. Po przyjęciu każdej dawki leku przez jakiś czas czuje się słabiej – wie, że to nieuchronne. Ale później stara się szybko włączyć w garść, by jak najszybciej wrócić do pracy. Od niedawna, po długim czasie, mogła w końcu zrzucić bardzo co prawda twarzową, ale i trochę nielubianą, perukę. Krótka, modna fryzurka odjęła Kasi lat i dodała uroku.

- Ludzie mnie nie poznają w tych krótkich włoskach – śmieje się, bo właśnie na szpitalnym korytarzu mijamy kolejną osobę, wołającą „To ty, Kaśka??? Nie poznałam cię!!!

### Będzie dobrze

Julka, córeczka Kasi Kłobuchowskiej, niebawem skończy 9 lat. Choroba mamy przerwała jej beztroskie dzieciństwo. Pomimo tego Julka jest dzielna i radosna. Od początku wierzy, że lekarze wyleczą jej mamę. Kiedy Kasia przyjmuje kolejną kroplówkę, Julka trzyma ją za rękę, zapewniając, że wszystko będzie dobrze. A na jej barwnych, dziecięcych rysunkach MAMA JEST JUŻ DUPEŁNIE ZDROWA. Ale dziewczynka rozumie, że tymczasem mama nie poradziłaby sobie bez jej pomocy.

- Mojej mamie koniecznie trzeba pomagać – mówi z przekonaniem Julka. – Ona szybko się męczy i sama nie dałaby wszystkiemu rady. A ja umiem już bardzo dużo: sama sprzątam swój pokój, potrafię odkurzyć, rozwiesić pranie, umiem nawet sama się wykąpać! I jeszcze nauczyłam się sama robić kanapki! I w szkole też nie ma ze mną żadnych problemów, bo mam same dobre stopnie.

W przyszłym roku Julka ma pójść do pierwszej komunii. Jej mama bardzo chce wierzyć, że do tego czasu ten „onkologiczny koszmar” się skończy. Że w końcu będzie zdrowa! Tymczasem wciąż, raz na trzy tygodnie, potrzebuje kolejnej dawki życiodajnego leku. Bo przerwanie terapii automatycznie oznacza nawrót choroby.

- Mam szansę być zdrowa dzięki Wam! – mówi Kasia – Chcę być jak najdłużej z moją córeczką, która jest dla mnie całym światem. Kocham ją nad życie. A wiara dobrych ludzi we mnie i w moje wyzdrowienie dodaje mi skrzydeł. Serdecznie dziękuję za wszystkie wpłaty dokonane na moje leczenie. Bardzo dziękuję mojej rodzinie i przyjaciołom, dziękuję Fundacjom: Polsat, Alivia, Siepomaga.pl, firmie farmaceutycznej Roche, także dyrekcji mojego szpitala, która dokonuje cudów, bym mogła kontynuować leczenie.



**KASIA KŁOBUCHOWSKA NADAL POTRZEBUJE POMOCY. WCIAŻ DO KOŃCA NIE WIA-  
DOMO, JAK DŁUGO POWINNA KONTYNU-  
OWAĆ LECZENIE. DLATEGO PAMIĘTAJMY  
O NIEJ.**

Więcej na:

<https://www.siepomaga.pl/en/kadcyla>  
<https://skarbonka.alivia.org.pl/katarzyna-klobuchowska>

Anna Kowalska

Proces leczenia Kasi wspiera Fundacja Onkologiczna Osób Młodych ALIVIA. Kasi można pomóc także za pośrednictwem Fundacji Siepomaga.pl.



dr n. med. Iwona Ryniewicz – Zander  
Ordynator Oddziału Onkologicznego  
i Oddziału Diennej Chemioterapii

Rak piersi charakteryzuje heterogenność, co oznacza, że nowotwory o podobnym obrazie morfologicznym mogą cechować się diametralnie różnym przebiegiem i odpowiedzią na leczenie. Obecnie najistotniejsze klinicznie znaczenie ma wyodrębnienie 3 typów raka piersi:

- typ hormonozależny, którego komórki charakteryzują się ekspresją receptora estrogenowego,

**Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet na świecie. Szacuje się, że co roku rozpoznaje się go u 1,7 mln kobiet, a ponad 500 tys. kobiet umiera z tego powodu. Czynniki ryzyka są złożone, największy wpływ wydają się mieć czynniki związane ze stanem hormonalnym kobiety, tzn. czynniki reprodukcyjne, wiek pokwitania i przekwitania, stosowanie preparatów hormonalnych. Czynnikiem, który znacząco zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania jest także obecność mutacji genu BRCA1 lub BRCA2.**

- typ z nadmierną ekspresją receptora HER2  
oraz typ potrójnie ujemny, którego komórki nie zawierają receptorów estrogenowych i progesteronowych, a zawartość receptorów HER2 jest fizjologiczna.

**KWALIFIKACJA DO LECZENIA CHORYCH OPIERA SIĘ NA OCENIE STOPNIA ZAAWANSOWANIA ORAZ PODTYPIE RAKA PIERSI.**

Typ raka piersi HER2+ (ok. 15%) charakteryzuje się brakiem receptorów estrogenowych i progesteronowych oraz nadmierną aktywnością genu HER2 i agresywnym przebiegiem klinicznym. Ta grupa chorych wymaga zastosowania leków anty HER2. Wprowadzenie leków blokujących receptor HER2 poprawiło

rokowanie chorych z tym typem raka. Leczenie na podstawie ekspresji czynników predykcyjnych określa się mianem leczenia celowanego. Obecnie dysponujemy szeregiem leków tego typu. Jednym z nich jest trastuzumab – przeciwciało monoklonalne, które zmniejsza aktywność receptora HER2 na powierzchni błony komórkowej. Kolejnym jest lapatinib – blokujący receptory HER1 i HER2, a od 1.07. br. wprowadzono do programów terapeutycznych raka piersi pertuzumab, który działa w sposób komplementarny z trastuzumabem powodując silną blokadę przewodzenia sygnałów zależnych od receptorów HER. Chociaż możliwości leczenia tej grupy chorych uległy znaczącej poprawie, to jednak nadal niektóre leki pozostają niedostępne dla chorych.



Dariusz Czekaj  
pielęgniarz oddziałowy  
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

### Kim chciał Pan zostać, gdy był dzieckiem?

Dariusz Czekaj: - Oooo, to zmieniało się wraz z wiekiem i to dość szybko. Wiele czasu spędzałem u mojej babci na Dolnym Wrzeszczu, który z racji swej zabudowy pełen był wieżyczek, wykuszy, stromych dachów i drabinek. Wtedy z balkonu podziwiałem pracę kominiarzy w cylindrach i postanowiłem, że też taki będę. Odważny, czarny, uśmiechnięty i przynoszący szczęście! Naprzeciw było miejskie targowisko, dwa razy w tygodniu przyjeżdżali Kaszubi ze świeżymi produktami ze wsi. Fascynowały mnie konie, więc postanowiłem zostać woźnicą. Potem nastąpił krótki okres fascynacji kościołem i chęć bycia księdzem, ku radości matki i przerażeniu ojca.

### Jednak poszedł Pan w zupełnie innym kierunku...

- Moja matka umierała przy mnie, gdy miałem 12 lat. Było to dla mnie straszne przeżycie, byłem bezradny, nie umiałem jej pomóc i wtedy postanowiłem, że zostanę lekarzem. W liceum, w klasie humanistycznej, rozwinąłem plastyczne zdolności i pochłonęła mnie historia sztuki. Miałem do wyboru: lekarz albo konserwator malarstwa i rzeźby polichromowanej. Poradziłem się ojca, powiedział: „Bycie konserwatorem wymaga nie tylko zdolności, ale także ogromnej cierpliwości. To mozolna praca, taka benedyktyńska.” Pomyślałem i... przyznałem mu rację.

### Jednak nie został Pan lekarzem, tylko pielęgniarem...

- Nie każdy mężczyzna musi, zgodnie ze stereotypem, być samcem alfa, pokazywać, że jest najsilniejszy i najważniejszy w grupie, coś udowodnić, używając siły

## Zawód: PIEŁĘGNIARZ

Miał być kominiarzem albo woźnicą, fascynowała go także historia sztuki, ale ostatecznie zdecydował się na pielęgniarstwo. I choć mierzyć się z cierpieniem nie jest wcale łatwo, nie wyobraża sobie, by mógł robić coś innego. O swojej pracy opowiada Dariusz Czekaj, pielęgniarz oddziałowy na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu.

mięśni i pięści jako jedyne argumenty swej wyższości. To dość prymitywne. Byłem wątłym i chorowitym chłopcem, ale natura wyrównała to tym, że mogłem bez trudu rozwijać się intelektualnie. Nagła śmierć matki wywołała u mnie pragnienie pomagania ludziom w ich chorobach. Niestety, nie powiodło mi się ze studiami na wydziale lekarskim i skończyłem Policealne Studium Zawodowe – Wydział Pielęgniarstwa.

### Był Pan jedynym mężczyzną na roku?

- Na roku było nas dwóch. W szkole nauczyłem się, oprócz czynności zawodowych, obcowania z chorymi, ich różnych reakcji na chorobę, czasami zdawać by się mogło zupełnie irracjonalnych, i tej potrzebnej dozy cierpliwości, pewnego lawirowania ze swoimi i ich emocjami, i zrozumienia, że zatrzymanie się na chwilę w tym natłoku zajęć, czasem pogadanie o czymś innym, odwraca uwagę od bólu i choroby, i że dotyk i uśmiech ma czasem moc większą niż leki.

### Pięknie powiedziane. Z jakimi reakcjami spotyka się Pan zazwyczaj, gdy ludzie pytają Pański zawód?

- Raczej z pozytywnymi. Czasem towarzyszy tym reakcjom zdziwienie, ale to też zależy od czyjś światopoglądu. Im ludzie są bardziej nieokrzesani, tym bardziej ich to bawi. Nie chcę użyć tu innych epitetów. Zdarzyło się nawet, że ktoś w pociągu, gdy usłyszał, że jestem pielęgniarzem, zapytał mnie, jakimi zwierzętami zajmuję się w zoo. Odpowiedziałem, że ludźmi, co wszystkich rozbawiło. Ta osoba miała takie skojarzenie z tym zawodem. Prawdę mówiąc, najbardziej negatywne reakcje i żarty pochodzą od moich starszych koleżanek i lekarzy, gdy rozpocząłem pracę w szpitalu.

### Co Pan powie! A to nieładnie. Co w uprawianiu tego zawodu jest dla Pana najtrudniejsze?

- Od 31 lat pracuję w jednej specjalności,

jaką jest anestezjologia i intensywna terapia resuscytacyjna, przez jakiś czas jeździłem karetką reanimacyjną. To trudne dziedziny medycyny, ponieważ zawierają w sobie wszystkie inne specjalności medyczne i to w stanach zagrożenia życia, kiedy u chorych występuje dysfunkcja wielonarządowa. To najbardziej technicyzowana specjalność medyczna. Trzeba się nauczyć obsługiwanie i obserwacji dziesiątków urządzeń wspomagających życie. Ta niezbędna technika czasami zamazuje obraz bycia pielęgniarzem w tym humanistycznym wymiarze medycyny oraz postrzegania pacjenta w holistyczny sposób, nie jako zbioru tkanek, które się leczy, ale jako człowieka społecznego.

### Często spotyka się Pan ze śmiercią. Musi się Pan mierzyć z cierpieniem i pacjentów i ich rodzin...

- Około 35 % pacjentów oddziałów intensywnej terapii, mimo wysiłków zespołu terapeutycznego niestety nie udaje się uratować. Najtrudniejsze są kontakty z rodzinami, dla nas są to pacjenci, dla nich - to najbliżsi. Nie powinniśmy być zrutyinizowani czy obojętni, ale z drugiej strony nie możemy być emocjonalni i brać na siebie ciężar czyjegoś cierpienia. To wymaga od nas elastyczności. Praca w oddziale intensywnej terapii nie jest łatwa i fizycznie i psychicznie, niestety nie jest to zauważone przez pracodawcę i w jakikolwiek sposób rekompensowane, chociażby w formie finansowej.

### W parze z niskimi zarobkami idzie z pewnością coraz mniejsze zainteresowanie zawodem pielęgniarstwa...

- Ciągłe są braki kadrowe. Wynikają z małego zainteresowania tym zawodem z powodu jego specyfiki i niskich zarobków, co powoduje liczną migrację pielęgniarzek do krajów bogatszych. Ale też nie każda pielęgniarka nadaje się do pracy w OIT, tu trzeba charakteryzować się dobrą kondycją fizyczną i odpornością psychiczną, posiadać



na to, by awansować. Furtkę, by wyrażać siebie oraz posiadać szerszy głos. Stąd ta feminizacja.

**Być może takie stereotypowe patrzenie zacznie się wkrótce zmieniać. Tak jak to się dzieje w krajach zachodnich.**

- W krajach zachodnich pielęgniarki i opiekunów medycznych jest zdecydowanie więcej, szczególnie w specjalnościach medycznych, gdzie istotny jest wysiłek fizyczny jak: ortopedia, neurologia, neurochirurgia, intensywna terapia, gdzie występuje znaczny deficyt samoopieki u chorych. W Polsce ciągle istnieje stereotyp męskich

i niemęskich zajęć. Często rodzinna presja nie pozwala mężczyznom na wykonywanie pewnych zawodów, bo tak nie wypada. Proszę jednak zwrócić uwagę, że w większości sfeminizowanych profesji mężczyźni odrywają wiodącą rolę np. są najlepszymi fryzjerami, kucharzami, krawcami, projektantami mody. Wielu moich kolegów pełni funkcję pielęgniarzy koordynujących, oddziałowych, dyrektorów ds. pielęgniarstwa, konsultantów i wykładowców.

**Niewysokie zarobki również zniechęcają mężczyzn do podejmowania tego typu zawodów...**

- Tak, jest to jeden z powodów. Nie wiem, skąd minister Radziwiłł otrzymał informację, którą publicznie ogłosił w czasie strajku pielęgniarek w CZD, że zarabiamy 5 tys. zł. Ja wiem, że najwyższe pensje na umowie o pracę w tym zawodzie w Elblągu oscylują w zakresie 2.800 zł, co dla mężczyzny chcącego utrzymać rodzinę może być kwotą zbyt niską.

**Jest w tym wiele prawdy. A czy koledzy docinają Panu z racji obranego zawodu?**

- Nigdy się z tym nie spotkałem. Mam fajnych kolegów. Odnoszę wrażenie, że chce Pani udowodnić, że jako mężczyzna nie znajduję się na właściwym miejscu, że moja funkcja zawodowa to jakieś społeczne kuriozum, ale ja tego tak nie odbieram i lubię swoją pracę.

**Pytam z czystej ciekawości. Osobiście uważam, że mężczyźni w tym zawodzie są bardzo potrzebni, jednak, mając na uwadze jego stereotypowe postrzeganie, mniemam, że niektórzy mogą uważać to zajęcie za mało męskie. Pełni Pan także funkcję oddziałowego. Czy łatwo jest zarządzać innymi?**

- Nie jest łatwo zarządzać zespołem 65 pielęgniarek, kobiet w wieku 23 - 62 lat o różnych temperamentach, usposobieniach, mających swoje rodziny, prawa pracownicze i żądania. Potrzeba dużo samozaparcia i odporności psychicznej, umiejętności dyplomatycznego postępowania i negocjacji. Staram się być wobec wszystkich sprawiedliwy, nie okazując wobec nikogo sympatii czy antypatii.

**Czy w szpitalu pracuje więcej pielęgniarzy? Czy jest Pan „rodzynkiem” w tej grupie?**

- Nie, nie jestem „rodzynkiem”. W moim szpitalu pracuje pięciu pielęgniarzy, w innych elbląskich podmiotach leczniczych jeszcze trzech. Kilku znam osobiście. Na studiach magisterskich było nas 4 na 120 kobiet, ale raczej trzymaliśmy się razem.

**Zawód pielęgniarski wymaga ogromnej cierpliwości, wrażliwości, empatii... Zapewne posiada Pan takie cechy. Czy płęć piękna je zauważa i nagradza zainteresowaniem?**

- Cierpliwość nie jest moją silną stroną. Lubię wiele rzeczy robić szybko i mieć potem czas na przyjemności. Irytują mnie osoby ślamazarne. Wrażliwość i empatia spłynęły na mnie z nieba, z gwiazd, ponieważ jestem zodiakalnym Rakiem. Jestem typem samotnika, nie lubię stałych związków, nudzą mnie. A kobiety, jak i mężczyźni, bywają różne. Większość deklaruje, że szuka mężczyzny czulego i opiekuńczego, dającego poczucie bezpieczeństwa i stabilizacji. Myślę jednak, że po jakimś czasie marzą o dobrze zbudowanym, zwirowanym szaleńcu, który zabierze je we wspaniałą podróż szybkim samochodem, będzie nonszalancki, a może nawet arogancki, i zapomną o facie z brzuchem, pijącym herbatę w miękkich kapciach, który już w niczym nie przypomina chłopaka, jakiego poznały dwadzieścia lat wcześniej.

*Rozmawiała Dominika Kiejdo, portel.pl  
fot. Anna Dembińska*

silnie rozwinięty zmysł obserwacyjny, mieć podzielną uwagę, podejmować natychmiastowe decyzje i działania; jednocześnie być spokojną i zrównoważoną, być samodzielną, a jednocześnie umieć współpracować z lekarzami, konsultantami, sanitariuszami, rehabilitantami, diagnostami. To trudne i zawsze cenię sobie moje koleżanki, które bezpośrednio pracują przy chorych w stanach zagrożenia życia.

**Dlaczego zawód pielęgniarski zarezerwowany jest głównie dla kobiet?**

- Z pewnością ma to związek z historycznym rozwojem tego zawodu. Moim zdaniem pielęgniarstwo istnieje od zawsze. Od kiedy jeden człowiek chorował, drugi się nim opiekował. W średniowieczu były to często męskie zakony szpitalne. W XIX w. wojny w Europie i Ameryce wymusiły zaangażowanie się kobiet z wyższych sfer w opiekę nad rannymi żołnierzami, stwarzając bazę do rozwoju pielęgniarstwa jako nauki, ale ponieważ nie jest to zawód zbyt miły, wdrażano do niego często dając możliwości pracy. Kobiety, które były prostytutkami lub pochodziły z tak zwanych nizin społecznych, nie miały szans na inny sposób zarabkowania. Trzeba było to wszystko poukładać, ponazywać i nadać temu wymiar standardu postępowania opiekuńczego. Tak powstało pielęgniarstwo jako nauka i stąd też dominująca rola kobiet w tym zawodzie. Kobiety, które z natury bycia matkami miały w sobie pewien instykt opiekowania się, pielęgnowania dzieci i chorych, wobec nierównych praw społecznych tamtych czasów, znalazły terasposób



Małgorzata Olszewska – Niedziątek  
psycholog w Oddziale Chirurgii Onkologicznej

**Żałoba jest naturalną odpowiedzią na stratę.** To emocjonalne cierpienie jest tym silniejsze, im większa i bardziej znacząca jest dla nas strata. To kryzys psychologiczny, który może pojawić się w przypadku wielu sytuacji, jakimi są m.in.: rozwód bądź zerwanie bliższej relacji, utrata zdrowia, śmierć ukochanego zwierzęcia, przejście na emeryturę, utrata poczucia bezpieczeństwa po traumie. Jednakże żałoba najbardziej i nierozzerwalnie kojarzy nam się ze śmiercią bliskiej nam osoby. Jest doświadczeniem bardzo indywidualnym, a jej przebieg zależy od wielu czynników, takich jak: cechy osobowości, style radzenie sobie w trudnych sytuacjach, dotychczasowe doświadczenia życiowe, wiara oraz to, w jaki sposób straciliśmy ukochaną osobę. Żałoba jest procesem, który po-

**Utrata kogoś bądź czegoś, co kochaliśmy, byliśmy do tego przywiązani, zawsze jest bardzo bolesna i nie jesteśmy w stanie się na nią przygotować. Pojawiają się wówczas różnorodne trudne emocje i może się wydawać, że ból i smutek, którego właśnie doświadczamy – nigdy nie odpuści, nie skończy się...**

trzebuje czasu... Wychodzenie z kryzysu odbywa się stopniowo... Nie można tego przyspieszyć czy ominąć i wcale tego nie doświadczać... Nie ma konkretnego czasu czy planu na przeżywanie żałoby... Niektórzy czują się lepiej już po paru tygodniach, miesiącach; inni - potrzebują lat, by dojść do siebie i zacząć żyć normalnie... na nowo...

**Żałoba jest trudnym okresem, obfitującym w zmienność uczuć, myśli, stanów... To, co się dzieje w poszczególnym czasie pozwoli nam zrozumieć fazy, na jakie podzielony został proces żałoby:**

#### AKCEPTACJA ZAISTNIENIA STRATY

Pierwsze reakcje na wiadomość o śmierci bliskiej osoby to szok, odrętwienie, emocjonalny dystans czy niedowierzenie.

## ŻAŁOBA. Jak poradzić sobie ze stratą, która bardzo boli?

Nawet, jeżeli śmierć następuje po długiej chorobie, zawsze wydaje się ona czymś niespodziewanym, niemożliwym, wręcz pomyłką. Na tym etapie osoba doświadczająca straty oczekuje, że zmarły wróci, że wszystko okaże się głupim żartem lub złym snem. Strata jest tak dużym ciosem, że nie jesteśmy w stanie jej pojąć i zaakceptować. Negujemy ją. Na tym etapie mogą pojawiać się nawet halucynacje związane z obecnością bliskiej osoby. Zatrzymanie się w tej fazie oznacza trwanie w zaprzeczaniu stracie, a tym samym uniemożliwia jej pełne doświadczenie i przeżycie związanego z nią bólu. Aby rozpocząć proces żałoby trzeba zaakceptować poniesioną stratę, jak również zrozumieć to, co się wydarzyło - jak doszło do śmierci bliskiej nam osoby.

#### PRZEŻYWANIE BÓLU STRATY

Kiedy osoba doświadczająca straty, uzna śmierć bliskiej osoby zarówno na poziomie emocjonalnym, jak i poznawczym,

### MITY I FAKTY DOTYCZĄCE PRZEŻYWANIA ŻAŁOBY:

**MIT:** Ból i smutek po stracie przeminają szybciej, jeśli je ignoruję.

**FAKT:** Wszelkie ignorowanie własnych emocji, przeżyć tylko pogorszy stan, w jakim się znajdujesz. Do zdrowego przebiegu żałoby koniecznym jest stanąć twarzą w twarz z samym sobą, przyznać się do tego, co się czuje i zmierzyć się z własnymi emocjami.

**MIT:** Ważnym jest by być silnym! Silni nie płaczą!

**FAKT:** Uczucie smutku, osamotnienia czy

płacz w trakcie trwania żałoby jest zupełnie normalne i naturalne. Płacz nie jest wcale objawem słabości, a wrażliwości i uczuć, jakimi darzyliśmy zmarłą osobę.

**MIT:** Jeśli nie płaczesz, to znaczy, że nie jest Ci przykro z powodu straty.

**FAKT:** Płacz jest normalną reakcją na smutek, ale nie jedyną. Ci, którzy nie płaczą, mogą odczuwać ból po stracie o wiele bardziej i intensywniej, niż inni. To, co czują mogą wyrażać w inny sposób, innymi emocjami...

**MIT:** Żałoba powinna trwać rok.

**FAKT:** Nie ma sztywnych ram czasowych, które ściśle określałyby czas przeżywania żałoby. Często podaje się okres roku lub dwóch lat jako czas potrzebny do zakończenia żałoby. Jednak czasu, którego każdy indywidualnie potrzebuje, aby zaakceptować śmierć bliskiego, przeżyć ból, pustkę, poczucie winy, uporać się z nową rzeczywistością i znowu zacząć cieszyć się życiem, nie da się określić. Niekiedy żałoba trwa osiem miesięcy, a czasem może potrwać pięć lat. Dopiero kiedy potrafimy wspominać zmarłą osobę bez intensywnego bólu, możemy sądzić, że zakończyliśmy proces żałoby.



zaczyna przeżywać bardzo silne i często sprzeczne uczucia. Pełne doświadczenie bólu straty jest jedyną drogą na przepracowanie żałoby i uwolnienie się od cierpienia. Żałoba jako przeżycie niecodzienne i nieznanne niesie ze sobą emocje, których nigdy wcześniej nie doświadczaliśmy bądź takie, które jest nam trudno zaakceptować. Przeżywanie bólu straty to bardzo trudny okres, w którym wsparcie innych osób, ich otwartość na towarzyszenie w bólu, niezmiernie pomagają przeżywać pojawiające się uczucia. Na tym etapie, w tzw. „fazie ostrej”, pojawia się mocne, czasowe przeżywanie bólu związanego z lękiem i cierpieniem psychicznym. Bardzo silnie odczuwany jest brak zmarłego. Osoba w żałobie doświadcza dużego smutku, płacze i trudno jest jej wyobrazić sobie, że kiedyś znów będzie mogła cieszyć się życiem. W okresie tym codzienne czynności, praca, obowiązki wymagają wiele wysiłku fizycznego, jak i psychicznego. Mogą pojawić się także myśli samobójcze, chęć nieistnienia w świecie żywych – cel: dołączenie do zmarłego. Jeżeli jednak pragnienia te konkretyzują się, przybierając formę precyzyjnego planu, warto zwrócić na to uwagę i poprosić o pomoc specjalistę – psychologa.

Ból po stracie to także bunt, agresja skierowana tak do osób bliskich żałobnikowi, jak i do samego Boga. W tym momencie podważane są wyznawane wartości, a pytania: „Po co to wszystko?” i „Do czego to prowadzi?!” pojawiają się bardzo często i nie mogą znaleźć odpowiedzi.

Również poczucie winy względem zmarłego może potęgować przeżywane cierpienie. Żałujemy niewypowiedzianych w porę słów lub tych, które zostały już wypowiedziane, żałujemy czasu, którego nam nigdy nie wystarczało... Wyrzuty takie mogą męczyć osobę w żałobie przez

bardzo długi czas i ważne, aby mogły zostać wypowiedziane, uwolnione...

Otwarcie się na doświadczenie bólu po stracie jest niezbędne, aby żałoba mogła zostać zakończona. Może wydawać się, że łatwiejsze byłoby uciekanie w wir zajęć, obowiązków, unikanie myślenia o zmarłym, nieokazywanie uczuć, udawanie, że wszystko jest w porządku. Na krótką metę chroni nas to przed trudnym doświadczeniem cierpienia, jednak w przeżyciu żałoby nie ma drogi na skróty. Odcinając się od naszego smutku, bólu, lęku, złości, poczucia winy, osamotnienia, nie będziemy w stanie poradzić sobie z tym doświadczeniem. Nieprzeżyte uczucia mogą zablokować nasz rozwój, przerodzić się w objawy fizyczne lub w innym trudnym momencie odezwać się z większą siłą. Tylko skonfrontowanie się ze swoimi przeżyciami doprowadzi nas do uwolnienia się od tych trudnych uczuć i pozwoli pójść dalej.

#### **RADZENIE SOBIE W NOWEJ RZECZYWISTOŚCI BEZ OSOBY ZMARŁEJ**

Kolejny etap żałoby przynosi stopniowe odzyskiwanie sił życiowych i powrót do równowagi. Osoba dotknięta stratą zaczyna dopuszczać do siebie myśl, że życie bez osoby zmarłej oraz porządki w nowej sytuacji są możliwe. Okres ten niesie za sobą ważne wyzwania. Osoba w żałobie musi na nowo zorganizować swoje życie tak, aby poradzić sobie bez zmarłego. Niekiedy wymaga to dużo pracy, aktywności, nabywania nowych umiejętności. Może towarzyszyć temu uczucie zwątpienia we własne możliwości, rozczarowania, smutku i bezsilności. Niekiedy z powodu śmierci bliskiej osoby zmienia się nasz status społeczny i przez to również relacje z otoczeniem. Moment ten może być trudny dla żałobnika, dlatego też wsparcie najbliższych, ich obecność i gotowość do pomocy są równie ważne w tym okresie, jak na wcześniejszych etapach. Zagrożeniem dla możliwości przystosowania się do rzeczywistości po stracie jest uciekanie w rolę osoby bezradnej. Osoby przyjmujące tę rolę nie znajdują w sobie siły do rozwijania nowych umiejętności i podejmowania na nowo swoich obowiązków. Blokuje to dopełnienie procesu żałoby i powrót do pełniejszego życia.



#### **ODNALEZIENIE NA NOWO RADOŚCI Z ŻYCIA I NOWEGO MIEJSCA DLA OSOBY ZMARŁEJ**

Wiele osób, które przeszło przez etap bólu i odnajdywania się w nowej rzeczywistości, może mieć trudność z ostatnim zadaniem, jakiego wymaga domknięcie żałoby. W naszym życiu należy bowiem znaleźć nowe miejsce dla osoby zmarłej. Dotąd, podczas żałoby, zmarły był postacią centralną, na której skupiana była cała nasza energia: uwaga, emocje oraz myśli. To jest czas na zmianę tej „relacji”, pora zmienić jej intensywność i natężenie. Powoli zauważamy, że możliwe jest życie, które cieszy... Nadszedł czas, o którym myśleliśmy, że nigdy nie nadejdzie, jesteśmy w stanie wspominać i nie płakać, a nawet cieszyć się i żartować... Wracamy do życia... od czasu do czasu odwiedzając grób...

Jednak na tym etapie może, niestety, pojawić się lęk, że kolejne relacje także zakończą się stratą. Niektóre osoby z obawy przed tym postanawiają nie zawierać nowych związków, nie odczuwać miłości do innych osób i do samego życia. Oznacza to zatrzymanie swojego życia w momencie straty, bywa, że na wiele lat. W chwili, gdy uda się wypełnić ostatnie zadanie, nie pominąwszy poprzednich, proces żałoby zostaje zakończony.

**Pamiętaj! Ten, z którym się pożegnałeś, na pewno chciałby, byś wrócił do swojego życia tak szybko jak jest to tylko możliwe: do radości, jakie kiedyś przeżywałeś, do pracy, którą kiedyś wykonywałeś... Z pamięcią o Nim... bez smutku, żalu i łez...**



# Rowerem na Jasną Górę



Grażyna i Robert – w ciągu tygodnia pokonali wspólnie z grupą prawie 100 pielgrzymów ponad 500 km z Elbląga na Jasną Górę

Od wielu lat myślałem o udziale w Pielgrzymce do Najświętszej Marii Panny. Jednak powołanie do tego dzieła i decyzja o podjęciu trudu pielgrzymowania przyszły dopiero w tym roku. Zacząłem poszukiwać informacji i jak to teraz często bywa, pomógł mi „wujek Google”. Na spotkaniu przedpielgrzymkowym okazało się, że są znajome twarze. Spotkałem Grażynę – oddziałową Reumatologii, która okazała się ekspertem zarówno w jeździe rowerem, jak i w pielgrzymowaniu. Tegoroczna rowerowa pielgrzymka była już jej czwartą z kolei.

Organizatorem pielgrzymki był ks. Krzysztof Sękuła, proboszcz Parafii w Ryjewie, człowiek, który swoją osobą, przedstawieniem planu i zasad obowiązujących w czasie pielgrzymowania jeszcze bardziej utwierdził mnie w przekonaniu o potrzebie i słuszności uczestnictwa w takiej wyprawie.

Od pierwszego aż do ostatniego dnia byłem zaskoczony wielkością, złożonością i wysoką jakością tego logistycznego przedsięwzięcia pod względem: bezpieczeństwa (niesamowici piloci kierujący ruchem i współpracujący z policją), noclegów i żywienia (wspaniałe kwatery strażnicze), pomocy technicznej (naprawa rowerów, transport ludzi i bagażu), modlitewno-duchowym (czterech jadących rowerami księży), no i pomocy medycznej – niezastąpiona siostra Grażyna.

**Nasi pracownicy: Grażyna Onoszko-Półtorak, oddziałowa Reumatologii i Robert Urbanowicz, kierownik Działu Energetycznego, pokonali w ciągu tygodnia na rowerach dystans 510 km z Elbląga na Jasną Górę. Jak mówią, przejechane kilometry były dla nich nie tylko wysiłkiem fizycznym, ale przede wszystkim czasem refleksji i radością z obcowania z wyjątkowymi ludźmi, których połączył ten sam cel. VII Elbląska Pielgrzymka Rowerowa na Jasną Górę odbyła się w dniach 5 -11 sierpnia.**

Na trasie praktycznie codziennie mnie coś pozytywnie zaskakiwało. Stwierdziłem, że świat z perspektywy roweru jest zupełnie inny, niż ten postrzegany zza szyby samochodu czy przedstawiany przez media. Polska to piękny kraj, a napotkani na szlaku ludzie byli dobrzy i życzliwi. Wiem, że ten obraz odbiega od ogólnie przyjętego, ale naprawdę każdego dnia każdy z 97 pielgrzymów doświadczał prawdziwego i szczerego dobra.

To był wspaniały czas okupiony wysiłkiem fizycznym, pełen pięknych przeżyć duchowych i niezapomnianych wyjątkowych ludzi. Łączący harmonijnie bycie w drodze

z duchowymi rozważaniami i modlitwą, często w inspirujących miejscach, pięknych kościołach, sanktuariach i klasztorach.

Tegorocznej pielgrzymce przyświecało hasło „Niech Oblicze Twe Przenika Duszę Mą”. Odczuwaliśmy to w każdym momencie i wierzę, że właśnie tego doświadczyliśmy. Ten krótki, ale intensywnie spędzony czas pozostawił we mnie niedosyt i oczekiwanie na kolejną Elbląską Rowerową Pielgrzymkę na Jasną Górę. Ta przyszłoroczna wyruszy z Elbląga 5 sierpnia 2017 r. Zapraszam i do zobaczenia na szlaku!

*Robert Urbanowicz*



W pielgrzymowaniu jest radość z obcowania z wyjątkowymi ludźmi – mówi Grażyna Onoszko-Półtorak (na pierwszym planie) - To wspólna radość i trud w słońcu i niepogodzie

Pracownik z pasją: **Tomasz Kubacki**

# O „Myszy”, którą porwało morze...

**Szerokie wody to żywioł Tomka Kubackiego. Żywioł, w starciu z którym człowiek okazuje się czasem, niestety, bezsilny. W sierpniu Tomasz wypłynął w kolejny wakacyjny rejs. Trasa wiodła z portu w Elblągu - do Kłajpedy. W drodze powrotnej, podczas silnego sztormu, jacht Tomka, „Maus”, uległ uszkodzeniu. Załozde na ratunek przypłynął stacjonujący niedaleko trałowiec, jednakże ukochaną „Mysz” Tomka porwały szalejące wody Bałtyku.**



Tomasz Kubacki 3 lata temu „zakotwiczył” w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu. „Steruje” tu Sekcją Inwestycji i Remontów

Tomek nigdy nie lękał się wody. Jako kilkulatek zawzięcie trenował pływanie w basenie. Gdy miał 15 lat, przesiadł się na pokład jachtu. Żeglarskie szlify zdobywał pod egidą elbląskiego WOPR-u i Harcerskiego Ośrodka Wodnego „Bryza”. Tak poznał wody Jezioraka, Zalewu Wiślanego, mazurskich jezior.

- Zaczynałem, oczywiście, od tego, że moi bardziej „doświadczeni” koledzy brali mnie na pokład, żebym wybierał wodę z zęzy, czy stał na trapezie jako balast. A ja dzielnie zaliczałem kolejne obozy żeglarskie, początkowo jako zwykły uczestnik, później – po zdobyciu patentu żeglarza - jako instruktor kolejnych kandydatów na żeglarzy. Niezapomniane czasy!

Zauroczenie Tomka żeglarstwem okazało się bardzo silne. Podczas studiów w Trójmieście trafił do gdańskiego Jacht Klubu im. Konrada i po raz pierwszy mógł wypłynąć na szerokie wody Bałtyku! W latach 90-tych odbył wiele rejsów morskich odwiedzając wiele nadbałtyckich portów.



Rodzinne koleje losu sprowadziły Tomasza ponownie do Elbląga. Nieuchronnie nadeszło też marzenie o posiadaniu własnego jachtu. Tymczasem wygrzebał na „Bryzie” starego, zniszczonego „Nefryta”. Razem z kolegami włożyli mnóstwo pracy, by doprowadzić łajbę do porządku. Pływali na niej z powodzeniem przez kilka lat w regatach zdobywając m.in. tytuł Mistrzów Zalewu Wiślanego. „Papago”- bo tak nazywał się jacht - wypłynął również na wody Bałtyku.

- Mieliśmy wówczas taki radosny żeglarski zwyczaj - wspomina Tomasz - że zwycięzców regat wrzucano do wody. Efekt? – podrzucony do góry, całym ciężarem ciała upadłem na bukszpryt stojącego jachtu i połamałem żebra! Ale „zwyczaj”, na szczęście, po tym wydarzeniu, zaniechano.

W końcu nadeszła TA CHWILA! Tomasz mógł sobie pozwolić na zakup własnego jachtu. Nie nowego, co prawda, ale dobrze utrzymana „Maus” rocznik 1976, zakupiona od żeglarza z Niemiec, stała się „oczkiem w głowie” Tomka. Jacht przeszedł w jego rękach prawdziwy lifting. Tomek wciąż coś w nim wymieniał, poprawiał, ulepszał. A efekty swojej pracy prezentował na Facebooku, wywołując podziw żeglarskiej braci, i nie tylko.

- Na łajbie – mówił - jak w domu. Pracy nie widać końca!

„Mysz” przez wiele lat odwdzięczała się za „dobre traktowanie”. Razem ze swoim kapitanem, który w międzyczasie zdobył patent jachtowego sternika morskiego, odbyła wiele udanych rejsów. Przez kilka lat Tomek prowadził też firmę, za pośrednictwem której można było wyczarterować „Maus”. To były dziesiątki, jeśli nie setki, godzin spędzonych na otwartym morzu, gdzie nawet najbardziej doświadczeni żeglarze muszą być przygotowani na niespodzianki.

- Zawsze starałem się dobrze przygotować do dłuższych wypraw, ale pogoda na morzu, to coś, czego nie sposób precyzyjnie przewidzieć – przyznaje Tomasz, podkreślając –

W ekstremalnych sytuacjach, a takich mi morze nie oszczędzało, zawsze wiedziałem, że jestem zdany tylko na siebie.

„Maus” i jej właściciel zawsze cało wracali do macierzystego portu. Aż do sierpnia tego roku. Wakacyjna wyprawa, na którą Tomek Kubacki wybrał się wspólnie z rodziną i przyjaciółmi, miała wieść z Elbląga, Szkarpawą, Wisłą do Gdańska, stamtąd na Hel, potem na otwarte wody Bałtyku w kierunku: Kłajpeda, Zalew Kuroński, Nida. I oczywiście z powrotem. Tym razem nie udało się szczęśliwie zacumować. W drodze powrotnej silny sztorm na Bałtyku (40 mil morskich od Kłajpedy i 20 od rosyjskiego brzegu) poważnie uszkodził jacht, pozbawiając go najpierw silnika, potem także omasztowania. Na środku szalejącego morza trzeba było wysłać sygnał „Mayday”. Na pomoc podpłynął stacjonujący nieopodal niemiecki poszukiwacz min. Przy wciąż bardzo niesprzyjającej pogodzie pięcioro członków załogi „Maus” zostało podjętych na pokład okrętu. To stamtąd z rozpaczą patrzyli na swój jacht, który, pozbawiony sternika i żagli, oddalał się samotnie na północ...

**Epilog: Po trzech tygodniach poszukiwań jachtu przyszła wiadomość z Morskiej Służby Ratownictwa z Estonii, że jacht osiadł na mieliźnie u wybrzeży wyspy Saaremaa. Ciąg dalszy historii „Myszy” właśnie się pisze. Tomasz wybrał się do Estonii... by pożegnać się z jachtem. „Maus” służyć teraz będzie w estońskiej Ochotniczej Służbie Ratowników Morskich.**



Danuta Stanicka  
Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy  
w WSZ w Elblągu

# Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy. Kiedy i w czym może być pomocny?

**Każdy z pracowników ma prawo zgłosić swoje uwagi dotyczące np. warunków BHP czy przestrzegania praw pracowniczych. Osobą uprawnioną do kontrolowania i podejmowania interwencji w takich sprawach jest Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy. W Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu funkcję tę od 1,5 roku pełni Danuta Stanicka.**

## ZGODNIE Z ART. 4 USTAWY Z DNIA 24 CZERWCA 1983 ROKU O SPOŁECZNEJ INSPEKCJI PRACY, ZAKŁADOWY SPOŁECZNY INSPEKTOR PRACY MA PRAWO:

- 1) kontrolować stan budynków, maszyn, urządzeń technicznych i sanitarnych oraz procesy technologiczne z punktu widzenia bezpieczeństwa i higieny pracy;
- 2) kontrolować przestrzeganie przepisów prawa pracy, w tym postanowień układów zbiorowych i regulaminów pracy, w szczególności w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, uprawnień pracowników związanych z rodzicielstwem, młodocianych i osób niepełnosprawnych, urlopów i czasu pracy, świadczeń z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych;
- 3) uczestniczyć w kontroli przestrzegania w zakładzie pracy przepisów dotyczących ochrony środowiska naturalnego;
- 4) brać udział w ustalaniu okoliczności i przyczyn wypadków przy pracy, zgodnie z przepisami prawa pracy;
- 5) brać udział w analizowaniu przyczyn powstawania wypadków przy pracy, zachorowań na choroby zawodowe i inne schorzenia wywołane warunkami środowiska pracy oraz kontrolować stosowanie przez zakłady pracy właściwych środków zapobiegawczych;
- 6) uczestniczyć w przeprowadzaniu społecznych przeglądów warunków pracy;

7) opiniować projekty planów poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy i planów rehabilitacji zawodowej oraz kontrolować realizację tych planów;

8) podejmować działania na rzecz aktywnego udziału pracowników zakładów pracy w kształtowaniu właściwych warunków bezpieczeństwa i higieny pracy oraz oddziaływać na przestrzeganie przez pracowników przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy;

9) wykonywać inne zadania określone w ustawie i w przepisach szczególnych.

Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy jest osobą posiadającą uprawnienia do kontrolowania oraz podejmowania interwencji w sprawach i problemach zgłaszanych przez pracowników. Do Zakładowego Społecznego Inspektora Pracy z problemem dotyczącym powyższych zagadnień ma prawo zgłosić się każdy z pracowników.

**Kontakt: Danuta Stanicka,  
Zakładowy Społeczny Inspektor Pracy**

**Sekcja Marketingu  
(niski parter, obok pokoju Działu Służb Pracowniczych)**

**Poniedziałek - piątek w godzinach 7.25 – 15.00  
Telefon wewnętrzny – 962.**

**Zgłoszenia przyjmowane są osobiście lub telefonicznie.**

# Historia WSZ w Elblągu w pigułce (część 6)

**29 czerwca 1988 r. do nowo wybudowanego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu przyjęci zostali pierwsi pacjenci. Dwa tygodnie później wykonano tu także pierwszy zabieg operacyjny - było to usunięcie w trybie pilnym wyrostka robaczkowego. W szpitalu do dziś pracuje wiele osób, które dokładnie pamiętają ten historyczny moment.**



Rok 1988. Dyżurka pielęgniarska w Oddziale Chirurgii Ogólnej.  
Od lewej siedzą: Zofia Kasprovicz, Zofia Grabowska, Barbara Dowal, Iwona Karczewska.  
Stoją od lewej: Katarzyna Prokopowicz, Elżbieta Kraczkowska, Wiesława Koterwa

Jak podają pierwsze zapiski zaledwie dwa dni wcześniej uruchomionej Izby Przyjęć, pierwszych pacjentów przyjęto do „nowego” szpitala przy ówczesnej ulicy Armii Czerwonej dokładnie 29 czerwca 1988 r. o godz. 14.30. Trafili oni do Oddziału Neurologicznego.

- Ta data utkwiła mi w pamięci – wspomina Kazimiera Subocz, wówczas młoda pielęgniarka, dziś – oddziałowa nadzorująca pracę pielęgniarek na neurologii - To był dzień imienin ówczesnego Lekarza Wojewódz-

kiego Pawła Gaydy, bardzo zaangażowanego w organizację pracy nowego szpitala. Wszystkim nam bardzo zależało, aby oba wydarzenia odbyły się tego samego dnia.

Moment przyjęcia do szpitala pierwszych pacjentów pamięta też Ewa Wiaderkowicz (wówczas Rosiak), pierwsza oddziałowa Izby Przyjęć.

- W Izbie Przyjęć były na początek – łącznie ze mną – tylko trzy pielęgniarki. A przecież musiałyśmy być na stanowisku przez całą

dobę – wspomina pani Ewa. - Pamiętam, jak pod szpital podjeżdżała karetka za karetką, a my wciąż miałyśmy pełne ręce pracy. Pamiętam też, zaraz pierwszego dnia, jak bardzo przykrym dla nas wszystkich wydarzeniem był zgon jednego z pacjentów na neurologii.

Inaugurację działalności szpitala i swoich pierwszych pacjentów pamięta też ówczesna ordynator Oddziału Neurologicznego Jadwiga Konarzewska – Kruszewska.

- To było dla nas ogromne wydarzenie – wspomina lekarka do dziś dyżurująca na neurologii – W Elblągu bardzo brakowało wówczas ogólnie dostępnego oddziału neurologicznego (neurologia w szpitalu wojskowym przyjmowała wyłącznie pacjentów „branżowych”- przyp. red). - Dla chorych była to zatem wielka szansa, dla nas, lekarzy, wielka zawodowa satysfakcja. Tym bardziej, że już kilka miesięcy później ( w listopadzie 1988 r.) otwarto w szpitalu także neurochirurgię. Do dziś wspominam nieocenioną współpracę z pierwszym ordynatorem tego oddziału śp. dr. n. med. Stefanem Kopczyńskim. To była wybitna osobowość. Pamiętam nasze wspólne starania o pozyskanie dla szpitala specjalistycznego sprzętu, zwieńczone zakupem m.in. pierwszego tomografu komputerowego czy aparatu USG.

Tylko w pierwszym półroczu działalności Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego (między 29 czerwca a 31 grudnia 1988 r.) uruchomiono łącznie 15 oddziałów, do których przyjęto blisko 8 tys. pacjentów. W tym samym czasie na Bloku Operacyjnym wykonano 2,5 tys. zabiegów operacyjnych.

Na koniec roku 1988 szpital zatrudniał 1.455 osób, w tym 165 lekarzy oraz 343 pielęgniarki i położne. Da porównania: aktualnie (I półrocze 2016) w WSZ pracują 1.492 osoby, w tym 325 lekarzy i 634 pielęgniarki i położne.

Anna Kowalska

## Ze szpitalnego archiwum:

*„Mimo, że szpital funkcjonuje dopiero od kilku tygodni, coraz częściej notuje się przypadki niszczenia kwiatów w doniczkach umieszczonych na terenie przychodni i poszczególnych oddziałów, dewastowanie desek odbojowych przymocowanych do ścian czy kradzieży – np. ostatnio powykręcano z wszystkich wind wiatraki! Plagą stają się również palacze, nierespektujący zarządzeń dyrekcji, za nic mający dobro chorych. Nie dość, że zatrująwają siebie i innych, to – jakby tego było mało! – dewastują wyposażenie, chociażby poprzez gaszenie papierosów wprost na krzesłach lub ścianach!”*

Lek. Jerzy Litwin Dyrektor WSZ w latach 1987-1990 oraz 1996-1998



# Elbląskie szpitale

## (część 2) SZPITAL ŚW. DUCHA

**Autorem cyklu „Elbląskie szpitale” jest lek. Bolesław Szatrański, specjalista chorób płuc, przez wiele lat kierujący szpitalnym Ośrodkiem Domowego Leczenia Tlenem, prywatnie – pasjonat i znawca historii Elbląga. Od kilku lat na emeryturze, proponuje Państwu wędrowkę po historii elbląskiego szpitalnictwa.**



lek. Bolesław Szatrański specjalista chorób płuc regulował życie społeczne i religijne na folwarku. Natomiast Dwornikowa zajmowała się hodowlą, wyrobem żywności dla szpitala i ogrodem warzywnym; podlegała jej żeńska część czeladzi.

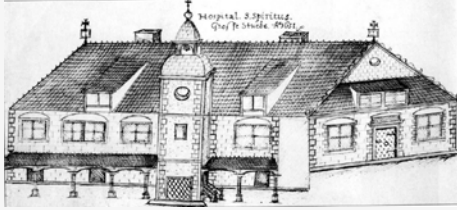
Od XV w. szpital dysponował wielkim majątkiem i nazywany był „bogatym szpitalem”. Do jego dóbr należały: młyn przy ul. Wigilijnej poruszany wodą z Kumieli, Szpitalny Dwór (współcześnie - Przedmieście Warszawskie), domy i ogrody na Starym i Nowym Mieście, wsie: Rychliki, Kusy, Brzezina i Buczyniec, łąki nad jez. Družno, grunty w Gronowie Górnym i Fiszwie, lasy wokół Buczyńca i Rychlik. Tak dobrą sytuację ekonomiczną szpital miał aż do XX wieku.

W 1821 r. doszło do wydzielenia ze szpitala zakładu opieki nad ludźmi starszymi. Magistrat i Rada Miasta przyjęła w 1834 r. Statut Szpitala. Opiekę nad nim przejęła Deputacja Szpitalna podlegająca Dyrekcji Ubogich Magistratu. Taki stan przetrwał aż do 1939 roku. Najmniej wiemy, niestety, o medycznej stronie ówczesnej posługi szpitalnej. Można przyjąć, że siostry zakonne korzystały głównie „arabskiej” wiedzy medycznej, nabytej przez ich poprzedniczki w szpitalach w Jerzolimie. Zatrudniano też lekarzy i cyrulików.

W lutym 1945 r. szpital św. Ducha został doszczętnie zburzony i wypalony. Jego odbudowę rozpoczęto dopiero w 1968 r. z przeznaczeniem na bibliotekę publiczną, która wprowadziła się tu w 1979r. Dziś w obiekcie mieści się Biblioteka Elbląska. W 1990 r. Rada Miejska przywróciła fragmentowi ul. Wigilijnej, przy której znajdował się szpital, jej historyczną nazwę: ul. Świętego Ducha.

Źródło: W. Długokęcki „Z dziejów Szpitala św. Ducha w Elblągu”

W kolejnym odcinku: *Staromiejski Szpital Św. Jerzego - Szpital Bożego Ciała*



Szpital św. Ducha

Przybyli na Ziemię Chełmińską Krzyżacy zbudowali w 1237 r. gród przy ujściu rzeki Elbląg. Już w 1242 r. Legat Papięski Wilhelm z Modeny wystawił dla elbląskiego szpitala św. Ducha Przywilej Fundacyjny, czyli zgodę na założenie „szpitala dla pielgrzymów, ubogich i chorych”. Szpital, początkowo w posiadaniu Zakonu, został w 1457 r. przekazany miastu przez króla Polski. W przywileju królewskim mowa jest o „obowiązku opieki nad chorymi jako celu tej instytucji”.

Prace budowlane szpitala zakończono ok. 1336 r. Zabudowania składały się z Wielkiego Domu i Wielkiej Izby. Wielki Dom miał długość 35 m, szerokość 14 m. Od strony dziedzińca było 6 sypialni, od ul. Wigilijnej – 9 komór sypialnianych. Osobne cele oddzielono ścianami tworzącymi korytarz. Wielki Dom nie był ogrzewany, zimą używano tam małych piecyków. Drugi z budynków - Wielka Izba, był ogrzewany i podzielony na 2 części: od wschodu były komory sypialniane i wielka izba zebrań ( jako pomieszczenie mieszkalne dla ubogich), po stronie zachodniej - sypialnie, 2 większe izby i 2 kuchnie. Oba budynki były podpiwniczone. W XVII w. rozbudowano zakład - wzniesiono nowe drewniane, piętrowe budynki. Od strony ul. Gimnazjalnej teren szpitala zajmowały obiekty gospodarcze.

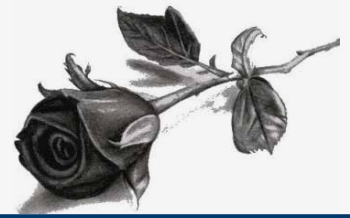
W szpitalu początkowo przebywało ok. 60 osób, w połowie XVII w. ok. 150. Na określonych zasadach i po wykupie miejsca przyjmowano tu chorych, ułomnych, niezdolnych do samodzielnego bytu, pozbawionych opieki rodziny, starców, także ubogich, którym zapewniano „opiekę, mieszkanie, posiłki aż do śmierci”. Posiłki były bardzo warto-

ściowe, głównie kasze i śledzie, ale też mięso wołowe i cielęcina, sery, jaja, jarzyny.

Podopieczni otrzymywali też co tydzień, zależnie od wielkości wkupnego, określoną kwotę pieniędzy do dyspozycji. Wielką wagę przywiązywano do życia religijnego mieszkańców. Przestrzegano surowo dyscypliny społecznej, spokoju, skromnego zachowania. Obowiązkiem mieszkańców było utrzymanie czystości swoich sypialni i izb, gaszenie światła na noc, dbałość o piece i kominy. Pensjonariusze mogli być zatrudniani przy pracach w ogrodzie, sprzątanii, opiece nad chorymi. Furtę szpitalną otwierano latem o 4.00, zamykano o 21.00. W tym czasie można było wyjść do miasta, nie wolno było jednak nocować poza przytułkiem. Pogrzeby odbywały się na koszt szpitala, zobowiązani byli wziąć w nim udział wszyscy jego mieszkańcy.

W 1314 r. Komtur Elbląski został Szpitalnikiem Zakonu. Połączenie funkcji Komtura i Wielkiego Szpitalnika nastąpiło w 1327r. – szpital elbląski stał się wówczas głównym szpitalem Zakonu. Bezpośrednim zarządcą szpitala był Podszpitalnik, prowadzący sprawy finansowe i prawne. Do personelu pomocniczego należeli bracia służebni, siostry zakonne oraz ochotnicy, którzy chcieli się poświęcić osobom starszym i cierpiącym. Po 1457 r. – przywilejem Kazimierza Jagiellończyka – patronat nad szpitalem i jego dobrami przejęła Rada Miejska. Szpitalem zarządzał Urząd Szpitalny w składzie: burmistrz i dwóch rajców. Rada określała ich obowiązki: troska o religijną stronę życia, zatrudnianie nauczycieli dla dzieci, troska nad sierotami i chorymi, nadzór nad Szafarzem – bezpośrednio kierującym szpitalem. Na Szafarzu ciążyły obowiązki administracyjne, zaopatrzeniowe i porządkowe m.in. sprowadzanie żywności z folwarków szpitalnych, kontrola nad piekarnią, browarem, spiżarnią i kuchnią, wyprawianie pogrzebów. Podlegali mu też: piekarz, rzeźnik, pomocnik i kucharka. Folwarkami zaś kierował Dwornik, który prowadził gospodarstwo rolne,

# Odeszli od nas...



## Janusz Olszewski

**Kiedy w ubiegłym roku niespodziewanie poszedł na zwolnienie lekarskie, nikt z nas nawet nie podejrzewał, że sprawy potoczą się aż tak błyskawicznie, a Janusz Olszewski już z tego zwolnienia do pracy w szpitalu nie wróci. Jednak choroba okazała się silniejsza.**

Janusz Olszewski całe swoje zawodowe życie (ponad 36 lat) spędził za kółkiem, początkowo w Wojewódzkiej Kolumnie Transportu Sanitarnego, od roku 1987 – w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym, jako kierowca - pracownik Sekcji Transportu.

– Bardzo lubię prowadzić samochód – zapewniał często, podkreślając, że nie męczą go nawet dalekie, wielogodzinne trasy. Uważny i skupiony, pewnie i płynnie pokonujący meandry krajowych dróg, przez niemal 30 lat zawsze bezpiecznie dowoził

nas, pracowników szpitala, do celu podróży. Jazda z takim kierowcą to była „czysta przyjemność” – pod każdym względem – tak uważaliśmy. Jednakże „Pan Janusz” - bo tak o nim mówiliśmy, i każdy od razu wiedział, o którego Janusza chodzi – jako kierowca szpitalnej służbowej „osobówki” - był przede wszystkim do dyspozycji dyrekcji szpitala, a najwięcej wspólnych kilometrów w trasie spędził z dyrektorem naczelną szpitala.

- Miałam przyjemność jeździć z Januszem Olszewskim przez prawie 18 lat – wspomi-

na Elżbieta Gelert. - Zawsze był perfekcyjny, obowiązkowy, dyskretny. A ujął mnie już na samym początku pracy, gdyż nigdy nie powiedział ani słowa na temat poprzednich dyrektorów, z którymi jeździł, i wtedy wiedziałam już, że to odpowiedni człowiek. Swoją samochód traktował jak drugi dom. Nie lubił, gdy ktoś ruszał jego auto, samochód zawsze musiał błyszczeć i pachnieć. Niewiele rozmawialiśmy na tematy rodzinne. Czasami wspominał o swojej pasji, którą były motory. Wiem, że każdego roku z całą rodziną wyjeżdżał do Stegny - to był ich wspólny wakacyjny czas. Zawsze mogłam liczyć na Pana Janusza. Był uczynny, gdy tylko mógł komuś pomóc. Odeszedł przedwcześnie, ale to już od nas nie zależy. Będzie przeze mnie zawsze dobrze, ciepło i miło wspomniany.

Janusz Olszewski zmarł 13 sierpnia 2016 roku. Miał tylko 53 lata.

## Maria Dąbkowska

**W sierpniu pożegnaliśmy także Marię Dąbkowską, pracującą jako pomoc laboratoryjna w Dziale Dezynfekcji i Centralnej Sterylizacji, Wspaniałą Osobę od 34 lat związaną z elbląską ochroną zdrowia. Nasza Koleżanka i Współpracownica odeszła 17 sierpnia 2016 roku w wieku zaledwie 59 lat.**

- Pani Maria pracowała z nami od lipca 2007 roku, przeniosła się wówczas do nas ze 110. Szpitala Wojskowego, gdzie przez wiele lat pracowała również w Centralnej Sterylizatorni – wspomina Jarosław

Czapliński, kierownik Centralnej Sterylizatorni. - Zatrudnienie Pani Marii było dla nas szczególnie korzystne ze względu na jej ogromne doświadczenie i wiedzę praktyczną wyniesioną z poprzedniej pra-

cy. Dzięki jej wszechstronnym umiejętnościom można jej było od razu powierzyć dowolne, nawet najbardziej skomplikowane zadania. Od samego początku była też osobą bardzo zaangażowaną w pracę działu, dbającą o jego prestiż i wysoki poziom jakości pracy. Często zgłaszała pomysły na różne usprawnienia i jako pierwsza zauważała pojawiające się problemy.

- Zawsze była pogodna i uśmiechnięta. Chętnie służyła innym radą i pomocą. Ale przede wszystkim była po prostu dobrym człowiekiem. Kimś, kogo będzie nam bardzo brakować - podkreślają współpracownicy pani Marii.

## Jadwiga Harcuła

**We wrześniu pożegnaliśmy również jedną z naszych położnych. Jadwiga Harcuła zmarła tragicznie w wieku 57 lat. Ceremonia Ostatniego Pożegnania Jagody, bo tak nazywały Ją koleżanki z Oddziału Ginekologiczno – Położniczego, odbyła się 16 września w rodzinnym Górowie Iławeckim.**

- Jagoda pracowała z nami od 2010 roku – mówi przełożona Jadwigi Harcuły pielęgniarka oddziałowa Teresa Warecka – Kuźmiczuk. - Chociaż na dyżury do naszego

szpitala dojeżdżała aż z Ornety, była wyjątkowo zdyscyplinowana i punktualna. Ja osobiście zapamiętam Jagodę jako osobę niezwykle oddaną swojej pracy. To była

jedna z tych osób, o których mówi się, że w potrzebie oddałyby drugiemu człowiekowi własne serce. Bardzo troskliwa i delikatna wobec pacjentek miała w sobie mnóstwo tak potrzebnej w tym zawodzie empatii. A wobec nas, koleżanek z oddziału, zawsze była uczynna i taktowna.

Pracowała bardzo, bardzo sumiennie. Ostatnio dosięgnęły Ją kłopoty zdrowotne i zaczęła nieśmiało wspominać o czekającej ją za kilka lat emeryturze. Los jednak zdecydował inaczej...

# Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna

## KTO – KIEDY - JAK, czyli o zasadach funkcjonowania

**Możliwość uzyskania porady lekarskiej w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej to dla wielu pacjentów „ostatnia deska ratunku” w święta czy dni wolne od pracy. Dlatego nie zaszkodzi przypomnieć, kto, kiedy i na jakich zasadach może z takiej pomocy skorzystać.**

**Porada lekarska w NiŚOZ udzielana jest po uprzedniej obowiązkowej rejestracji pacjentów w szpitalnej Izbie Przyjęć. Pacjent powinien mieć ze sobą dokument potwierdzający jego tożsamość, a co za tym idzie, prawo do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych.**

1. Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna udzielana jest w dni powszednie od godz. 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz całodobowo w dni wolne od pracy.
2. Opieka lekarska i pielęgniarska udzielana jest niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta oraz deklaracji wyboru lekarza/ pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej.
3. Lekarz NiŚOZ udziela porad w warunkach ambulatoryjnych, telefonicznie, a w przypadkach medycznie uzasadnionych - w domu pacjenta.
4. Jeśli zajdzie potrzeba, lekarz NiŚOZ może skierować pacjenta do szpitala lub wezwać karetkę pogotowia ratunkowego.
5. Świadczenia NiŚOZ są bezpłatne dla osób ubezpieczonych i udzielane bez skierowania.
6. Z opieki lekarskiej i pielęgniarskiej udzielanej w NiŚOZ można skorzystać w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, gdy:
  - a. nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub grożących istotnym uszczerbkiem na zdrowiu
  - b. zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy
  - c. zachodzi obawa, że oczekiwanie na otwarcie przychodni może znacząco niekorzystnie wpłynąć na stan zdrowia

**Skorzystanie ze świadczeń POZ w nocy i w święta uzasadniają:**

1. Zaostrzenie dolegliwości znanej choroby przewlekłej (np. kolejny napad astmy oskrzelowej z umiarkowaną dusznością).
2. Infekcja dróg oddechowych z wysoką gorączką, szczególnie u małych dzieci i ludzi w podeszłym wieku.
3. Bóle brzucha, nieustępujące mimo stosowania leków rozkurczowych.
4. Bóle głowy, nieustępujące mimo stosowania leków przeciwbólowych.
5. Biegunka lub wymioty, szczególnie u dzieci lub osób w podeszłym wieku.
6. Zatrzymanie wiatrów, stolca lub moczu.
7. Nagłe bóle krzyża, kręgosłupa, stawów, kończyn itp.
8. Zaburzenia psychiczne (z wyjątkiem agresji lub dokonanej próby samobójczej – wtedy należy wezwać pogotowie ratunkowe).

**W ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej nie można uzyskać:**

1. Wizyty kontrolnej w związku z wcześniej rozpoczętym leczeniem.
2. Recepty na stosowane stale leki w związku ze schorzeniem przewlekłym.
3. Rutynowego zaświadczenia o stanie zdrowia.
4. Skierowania do specjalisty. W tym celu pacjent powinien udać się do swojego lekarza POZ.

**Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu informuje, że na terenie całej placówki obowiązuje**



# ZAKAZ PALENIA

**WYROBÓW TYTONIOWYCH I PAPIEROSÓW ELEKTRONICZNYCH**

Art. 5 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, tj.: Dz.U. z 2015 r. poz. 298.