

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W ELBLĄGU

LIPIEC 2017 (3/67)

KRÓLEWIECKA 146

ISSN-1642-1922
Egzemplarz bezpłatny



W numerze m.in.: **WYSOKIE LOKATY
SZPITALNYCH ODDZIAŁÓW
W RANKINGU TYGODNIKA WPROST**



fol. Jarosław Mordal

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	Ginekologia doceniona. Szpital wojewódzki wysoko w ogólnopolskim rankingu	4
	Pierś do przodu, idź się zbadać!	6
	Po śmierci możesz uratować inne życie	8
	Co warto wiedzieć o padaczce!	9
	27 maja - Dzień Diagnostyki Laboratoryjnego	10
	Pielęgniarki - profesjonalistki	11
	Czasami wystarczy tylko potrzymać pacjenta za rękę	12
	Pielęgnacja pacjenta po laryngektomii (część 2)	14
	Karol Mingielewicz: Ratowanie życia ma we krwi	16
	Postaw na badania profilaktyczne!	17
	Na skuteczny system zarządzania BHP składa się współpraca wszystkich osób zatrudnionych	18
	Koordinator ds. Praw Pacjenta musi być dobrym psychologiem	19
	„Dama z gronostajem” w szpitalu	20
	Wolność w siodle	21
Krótko i na temat...	22	
Elbląskie szpitale (część 5)	23	
Zrób badania bez gadania	24	





Droży Czytelnicy!

Dobre lokaty Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu w krajowych rankingach bez wątpienia cieszą, bo czarno na białym dowodzą, że nasze starania o to, by leczyć coraz nowocześniej, skuteczniej i bezpieczniej – przynoszą zamierzony efekt. Pamiętajmy jednak, że każdy osiągnięty sukces zawsze i przede wszystkim mobilizuje nas, by tę już wysoko ustawioną poprzeczkę podnosić jeszcze wyżej. Tak też jest w przypadku naszych oddziałów, które w ogólnopolskim rankingu tygodnika „Wprost” znalazły się na wysokich pozycjach, stając ramię w ramię z największymi i najlepszymi oddziałami specjalistycznymi w kraju.

To satysfakcjonujące, że efekty pracy naszych oddziałów są doceniane nie tylko przez nas, tu na miejscu, ale że dostrzega je także krajowe gremium największych autorytetów i ekspertów medycznych, którzy opracowując ranking najlepszych polskich szpitali finansowanych przez NFZ, poddali je bardzo surowej ocenie. Skrupulatnie przeanalizowano to, co w szpitalu jest najważniejsze: zakres dostępnej diagnostyki, liczbę i rodzaj wykonanych zabiegów medycznych, liczbę specjalistów w danej dziedzinie, współczynnik zakażeń pooperacyjnych, dostępność sal operacyjnych i wiele innych istotnych aspektów.

W tym roku w zaszczytnej pierwszej dziesiątce „Najlepszych szpitali ginekologicznych” w kraju znalazła się (już po raz kolejny) nasza Ginekologia, osiągając bardzo wysoką 7 pozycję. Jeszcze wyższe, bo 3 miejsce w Polsce, oddział ten zajął w ilości wykonywanych tu specjalistycznych operacji związanych z leczeniem zmian w piersiach, wypadania żeńskich narządów płciowych i nietrzymania moczu. To oddział o III- a zatem najwyższym- stopniu referencyjności, gwarantującym najwyższy poziom opieki nad pacjentkami. A leczonych jest ich w oddziale rocznie ok. 2,5 tysiąca.

Swoją mocną pozycję w gronie „Najlepszych polskich szpitali chirurgicznych” utrzymała także nasza Chirurgia Onkologiczna: w tym roku była to 15 lokata w kraju. Dodatkową punktację przyznano oddziałowi za liczbę przeprowadzonych w ubiegłym roku zabiegów resekcji nowotworów: żołądka, odbytnicy, okrężnicy i wątroby. Nasi chirurdzy onkologiczni przeprowadzili łącznie prawie tysiąc zabiegów, wiele z nich- wymagających mistrzowskiej znajomości sztuki chirurgicznej.

Na 15 miejscu w kraju w kategorii „Najlepsze szpitale okulistyczne” znalazła się nasza Okulistyka, wyróżniona m.in. za ilość przeprowadzonych operacji leczenia zaćmy, jaskry i odwarstwienia siatkówki. W tym specjalistycznym oddziale leczonych jest rocznie ponad 2 tysiące pacjentów.

Na wysokiej pozycji w rankingu „Wprost” znalazła się również nasza Urologia („Najlepsze szpitale urologiczne”). Oddział doceniono za zakres leczenia kamicy układu moczowego oraz za ilość wykonanych tu zabiegów endoskopowych i operacji urologicznych. Nasi urolodzy pomogli w ub. roku ponad 2.200 pacjentom, przeprowadzając ponad 2.000 operacji, z czego aż jedna trzecia to trudne zabiegi onkologiczne.

Dobrą lokatę w zestawieniu najlepszych polskich szpitali kardiologicznych osiągnął nasz Oddział Kardiologiczny z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej. Doceniono dużą liczbę wykonanych tu zabiegów: ablacji, angioplastyki i elektrokardiografii, jak również dużą ilość wszczepionych stymulatorów serca i kardiowerterów- defibrylatorów. Kardiologia to największy oddział naszego szpitala, zarówno jeśli chodzi o liczbę łóżek, jak i o liczbę pacjentów: prawie 4.300 osób rocznie.

Co zawsze szczególnie podkreślam: żaden sukces nie byłoby możliwy, gdyby nie wzajemna profesjonalna i życzliwa współpraca pomiędzy poszczególnymi oddziałami a wieloma pozostałymi szpitalnymi specjalistami, jak chociażby anestezjologdy, radiolodzy, rehabilitanci czy diagnosty laboratoryjni. Tak naprawdę są to zawsze wspólnie wypracowane osiągnięcia wielu osób.

Ogromnie ciesząc się z Państwa zawodowych sukcesów, które są przecież sukcesami całego naszego szpitala, serdecznie gratuluję wszystkim oddziałom. Doskonale wiem, że osiągnięcie tak doskonałych wyników z pewnością nie jest łatwe. Ale potwierdza, że zawsze warto się starać.

Pozdrawiam i zapraszam do lektury

Elżbieta Gdert
Dyrektor Naczelna
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu

GINEKOLOGIA DOCENIONA.

Szpital wojewódzki wysoko w ogólnopolskim rankingu

Tylko w ciągu jednego dnia lekarze z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego szpitala wojewódzkiego przeprowadzili pięć dużych operacji i osiem małych zabiegów ginekologicznych. Do południa odebrali też trzy porody siłami natury i pomogli czterem pacjentkom, które rodziły przez cesarskie cięcie. W ogólnopolskim rankingu „Najlepszych szpitali ginekologicznych” elbląska placówka zajęła siódme miejsce.

Ranking „Najlepszych szpitali ginekologicznych” przygotował tygodnik Wprost. Oddział Ginekologiczno-Położniczy Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu znalazł się na siódmej pozycji w kraju. Jeszcze lepiej, bo na trzecim miejscu oceniono ten oddział w podkategoriach związanych z leczeniem zmian w piersiach oraz leczeniem wypadania żeńskich narządów płciowych i nietrzymania moczu.



lek. Hanicenta Rzepa

— To nasz ogromny sukces. Ale to wysokie miejsce opiera się na trzech głównych filarach naszego oddziału. Pierwszy to jego profesjonalny personel: położne, które są bardzo oddane, profesjonalne, pracowite i tworzą przyjazną atmosferę w oddziale, oraz lekarze. W tej chwili mamy 20 asystentów, w tym 14 ze specjalizacją. Posiadanie specjalizacji nie oznacza jednak dla lekarzy końca edukacji. Nasi specjaliści podnoszą kwalifikacje robiąc nadspecializacje z ginekologii onkologicznej, uroginekologii, endokrynologii czy ultrasonografii. Potrzeba nam tych specjalistów, bo medycyna ciągle się rozwija. A my wraz z nią. Nasza praca to ciągłe sympozja medyczne,

kursy i szkolenia, na których poszerzamy swoją wiedzę — mówi lek. Hanicenta Rzepa, od 2003 r. ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego WSZ w Elblągu.

Wysokiego miejsca w rankingu nie byłoby też, gdyby nie baza i wyposażenie medyczne oddziału. Od jesieni 2013 r. oddział ma swoją własną salę operacyjną na nowym Bloku Operacyjnym, dzięki czemu operacje można przeprowadzać codziennie. W pracy lekarzom pomagają także nowy ultrasonograf o dużych możliwościach diagnostycznych, który jest pomocny w ginekologii i położnictwie. Już niedługo na oddział ma także trafić nowy histeroskop, czyli aparat, który pozwala prowadzić nieinwazyjne zabiegi ginekologiczne, tzw. zabiegi jednego dnia, skracające po-

byt w szpitalu i dające większy komfort pacjentkom.

Lekarze mogą się też konsultować ze specjalistami z innych oddziałów i korzystać z dobrze wyposażonego laboratorium i Zakładu Radiologii.

— Mamy bardzo szeroką gamę tego, co robimy: ginekologię onkologiczną, operacje laparoskopowe, uroginekologię. Zakres zabiegów jest u nas pełen. Taki, jaki można zaoferować w obecnej dobie — mówi lek. Hanicenta Rzepa.

Sam oddział został także gruntownie wyremontowany. A w każdej chwili pomocą i dobrym słowem służą pacjentkom zatrudnieni tu psycholodzy. Bo czasem, przed poważną operacją, rozmowa jest nieoceniona.

Pacjentka Ewa Subocz z Elbląga jest świeżo po zabiegu usunięcia guza z narządów rodnych. Zanim trafiła na stół operacyjny długo rozmawiała z panią psycholog o swoich obawach.



Ginekologzy na co dzień korzystają ze specjalistycznego sprzętu, czekają też na kolejną. Na zdj. lek. ginekolog Sylwia Chęć podczas badania USG



Dostałam od pani psycholog kilka cennych rad – mówi dziennikarce pacjentka, pani Ewa

— Dostałam kilka cennych rad i tak po ludzku, jak człowiek człowiekowi mogłam się zwierzyć, porozmawiać... I tzy też były. Ale od razu się jakby lżej zrobiło — śmieje się pani Ewa. — Od operacji minęła doba, a ja czuję się bardzo dobrze. Na tym oddziale leżę po raz pierwszy i jestem pozytywnie zaskoczona, jak fachowo i troskliwie dbają tu o pacjenta. Bałam się np. pooperacyjnego bólu, ale lekarze i pielęgniarki zadbali, bym nie cierpiała, podając mi szybko znieczulenie. Leżymy w dwuosobowych salach, z klimatyzacją i łazienką. Pełen komfort. Już jutro wychodzę do domu. I liczę na to, że z moim zdrowiem będzie wszystko w porządku.

— Operacja, szczególnie inwazyjna, jest dla pacjentki często jednym z najtrudniejszych momentów — mówi **Joanna Baranowska, psycholog pracująca w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym**. — To przecież obca ingerencja w ich ciało. Bywa, że mają one wrażenie, że tracą swoją kobiecość, część siebie. I wtedy potrzebują fachowca, który porozmawia z nimi, ale nie pod kątem medycznym, ale zwyczajnie ludzkim. Posłucha o ich emocjach i obawach. Wyjaśniam także, jak psychicznie radzić sobie po operacji i jak wytrwać w oczekiwaniu na wynik. Kobiety nie boją się takich rozmów, a przede wszystkim rozmawiają bardzo chętnie.

Pracę Oddziału Ginekologiczno-Położniczego WSZ w Elblągu doceniono także w podkategorii związanej z leczeniem zmian w piersiach, które w sposób profesjonalny od wielu lat diagnozują i leczą specjaliści z Oddziału Chirurgii Onkologicznej, oraz w leczeniu wypadania żeńskich narządów płciowych i nietrzymania moczu. Jak podkreśla lek. Hanicenta Rzepa, operacje drogą pochwową to zadanie nietatwe: małe pole operacyjne sprawia, że specjaliście trudniej jest operować, niż

w przypadku klasycznych operacji brzusznych. Tylko w 2016 roku przeprowadzono tu ponad 2.100 zabiegów operacyjnych, w tym 57 onkologicznych.

A i same kobiety coraz częściej przełamują się i głośno mówią o swoich problemach. Tak jest w przypadku nietrzymania moczu, który kiedyś był problemem bardzo wstydliwym.

— W tej chwili powstała nawet nowa gałąź ultrasonografii ginekologicznej, przy której można z dużym prawdopodobieństwem ocenić ten problem przy badaniu i zapytać o niego. I bardzo często pacjentki się wtedy otwierają. W tej chwili każde nietrzymanie moczu rozpoczyna się od leczenia zachowawczego. Pacjentce w okresie od 3 do 6 miesięcy podaje się leki, które tonizują nadpobudliwość pęcherza, i jeśli nie ma efektu, to dopiero wtedy decydujemy się na zabieg ginekologiczny — mówi lek. Hanicenta Rzepa.

Aleksandra Szymańska, „Dziennik Elbląski”



Zespół lekarsko-pielęgniarski Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.
Fot. Michał Kalbarczyk

Pierś do przodu, idź się zbadaj!

Nowotwór piersi jest najczęstszym nowotworem występującym u kobiet. Jednak mimo zagrożeń, jakie niesie, wciąż zbyt mało pacjentek zgłasza się na badania. Dlaczego profilaktyka jest tak ważna i co robić, aby więcej kobiet zaczęło dbać o swoje zdrowie i życie?



Zbyt mało kobiet stawia na profilaktykę i bada swoje piersi - uważają lekarze radiolodzy
Joanna Gawieńczuk i Piotr Lassota

Program Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczący profilaktyki raka piersi (mammografia), kierowany jest do kobiet w wieku od 50-69 lat i pozwala pacjentkom na bezpłatne badania bez potrzeby okazywania skierowania. Jedynym warunkiem jest odstęp dwóch lat pomiędzy badaniami (wyjątkiem są pacjentki z grupy ryzyka – wtedy takie badanie można wykonywać co rok). Ten przedział wiekowy nie jest przypadkowy, ponieważ w tym okresie odnotowuje

się najwyższy odsetek zachorowalności na raka piersi. Każda kobieta z pewnością zdaje sobie sprawę, jak ważna jest profilaktyka, mimo tego na badania - w skali kraju - zgłasza się około 40 procent kobiet.

- **Liczba 40 procent kobiet zgłaszających się na mammografię jest wciąż wynikiem niezadowolającym** – mówi Joanna Gawieńczuk, lekarz radiolog, od ponad 17 lat specjalizująca się w mammografii. - Obecnie w naszym szpitalu na tego typu badania rocznie zgłasza się ok. 1300 kobiet, a w latach poprzednich liczba ta oscylo-

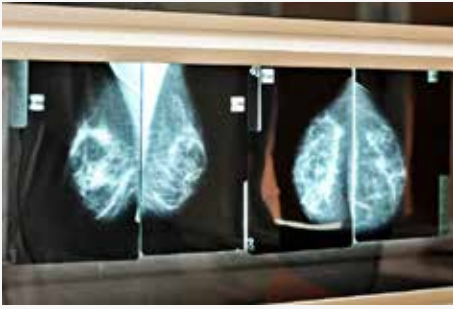
wała wokół 2,5 tysiąca – dodaje. - Jako, że rak piersi jest jednym z najlepiej poznanych nowotworów, to sposoby jego leczenia są bardzo zaawansowane. Wielu kobietom wydaje się, że rak to wyrok, natomiast wykrycie choroby we wczesnych stadiach - kiedy węzły chłonne nie są jeszcze zajęte i nie ma rozległych przerzutów – daje dużą szansę na jej pokonanie. W przypadku, gdy nowotwór jest bardziej rozwinięty, to mocno obniża się skuteczność i komfort leczenia. Dlatego kobiety muszą pamiętać o badaniach profilaktycznych – dodaje lekarka.

- Mammografia przesiewowa wykrywa ewentualne zmiany w piersiach. Przykładem zmian, których nie zobaczymy w żadnym innym badaniu są tzw. mikrozwapnienia, które zwiastują możliwość wystąpienia zmiany nowotworowej. Jeśli w badaniu wyjdzie coś, co zaniepokoi lekarza, to prowadzona jest dalsza, pogłębiona diagnostyka, w naszym szpitalu jest to zwykle USG. Wtedy mamy możliwość ocenić daną zmianę dwoma metodami. Gdy wciąż wydaje się ona podejrzana, wykonujemy biopsję, czyli pobranie materiału do badania histopatologicznego – tłumaczy Joanna Gawieńczuk.

Co spowodowało, że coraz mniej kobiet korzysta z bezpłatnych badań mammograficznych?

- Jeszcze kilka lat temu pacjentki o badaniach piersi informowane były listownie przez WOK (Wojewódzki Ośrodek Koordynujący). Niestety, WOK zaprzestał wysyłania zaproszeń na tego typu badania, dlatego też kobiety nie zdają sobie sprawy, że zbliża się termin wizyty. My – jako lekarze – staramy się robić wszystko, co w naszej mocy, aby informować nasze pacjentki o zbliżającym się badaniu – mówi Joanna Gawieńczuk.

Od kilkudziesięciu lat obserwuje się także dwukrotny wzrost wykrywalności raka piersi u kobiet między 20. a 50. rokiem życia, których nie dotyczy program bezpłatnych badań profilaktycznych. Te panie mogą poprosić ginekologa lub lekarza rodzinnego o wystawienie skierowania na



mammografię piersi. Jednak u młodych kobiet, które posiadają piersi o większej zawartości tkanki gruczołowej, bardziej wiarygodne będzie badanie USG.

- W przypadku młodych piersi zalecamy badanie USG. W badaniu mammograficznym tkanka gruczołowa nachodzi na siebie i ciężko znaleźć ewentualną zmianę nowotworową. Skuteczność tego badania - przy tak gęstej piersi - szacuje się na ok. 80%, jednak w praktyce ten procent jest niższy - mówi doktor Gawieńczuk.

- Aktualnie w szpitalu wojewódzkim posiadamy sprzęt do wykonywania mammografii analogowej. Co prawda, nie jest to urządzenie nowe, a kilkuletnie, jednak jego jakość jest porównywalna z innymi aparatami, które są w Elblągu - mówi kierownik Zakładu Radiologii Piotr Lassota? - **Jest jednak duża szansa na to, że w najbliższym czasie szpital zaopatrzy się w aparat cyfrowy z wieloma innowacyjnymi funkcjami, który będzie jedynym tak nowoczesnym sprzętem w naszym regionie. Nowym aparatem będziemy mieli możliwość wykonywania m.in. tomosyntezy. Wyjaśnię, co to takiego. Bolączką mammografii analogowej jest to, że cały gruczoł widoczny jest na jednym zdjęciu i jak zostało wcześniej wspomniane, elementy tkanki gruczołowej nakładają się sobie. Dzięki tomosyntezie będzie możliwość przejrzania całej piersi warstwa po warstwie. Daje to nieco podobny efekt jak**

w tomografii komputerowej. Wszystko więc będzie znacznie lepiej widocznie, a dawka promieniowania nie będzie przekraczała wartości wykonania zwykłego zdjęcia - wyjaśnia Piotr Lassota. - Dodatkowo będzie możliwość podania kontrastu do piersi, jest to tzw. mammografia spektralna, która znacznie podwyższy wykrywalność zmian, również w gęstych piersiach. Kolejną zaletą będzie możliwość wykonania biopsji gruboigłowej, czyli w momencie wykrycia zmiany będziemy mogli ją od razu nakłuć. Jeśli wszystko się uda to będziemy, póki co, jedynym ośrodkiem w Elblągu, który będzie posiadał tak zaawansowany aparat, który z pewnością pomoże wielu kobietom. Nie zalecamy jednak wstrzymywania się z badaniem do czasu pojawienia się nowej aparatury - każdy miesiąc, przy podejrzeniu choroby, jest cenny - dodaje kierownik zakładu, Piotr Lassota.

*Agnieszka Pawowicz, portel.pl
fot. Anna Dembińska*

BEZPŁATNA MAMMOGRAFIA dla kobiet w wieku 50-69 lat

Możliwość wykonania badania także w SOBOTĘ !



**Rejestracja: tel. 55/239-58-80 lub osobiście
poniedziałek - piątek godz. 8.00 - 15.30**
Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu
Zakład Radiologii (I piętro)
ul. Królewiecka 146, 82-300 Elbląg



Przed rejestracją prosimy przygotować nr PESEL
Badanie jest wykonywane co 2 lata

NFZ

Program profilaktyki raka piersi w ramach NFZ

Po śmierci możesz uratować inne życie

Sprzeciw rodzin zmarłych na pobranie narządów nadal spędza sen z powiek transplantologom. O tym, dlaczego część z nas nie zgadza się na pobranie po śmierci narządów do przeszczepu Anna Dawid z „Dziennika Elbląskiego” rozmawia z lek. Katarzyną Chylińską – Wachnianyn, anesteziologiem, koordynatorem ds. transplantacji w Wojewódzkim Szpitalu Zespołonym w Elblągu.

Anna Dawid: Od ilu dawców pobraliście w ubiegłym roku narządy do przeszczepu?

Katarzyna Chylińska - Wachnianyn: Od sześciu dawców, natomiast orzeczeń o śmierci mózgu mieliśmy dziewięć. W dwóch przypadkach rodzina sprzeciwiła się pobraniu narządów, raz zdyskwalifikowano osobę jako dawcę ze względów medycznych. Około 30 procent rodzin osób zmarłych nadal, mimo wielu akcji nagłaśniających i informujących o transplantacji (dla biorcy to jedyna szansa na przeżycie), nie wyraża zgody na pobranie narządów.

- Z czego to wynika?

- Przede wszystkim z niedowierzania, że dana osoba naprawdę... nie żyje. Niestety, nie brakuje też różnych politycznych akcji wokół transplantacji organów, co skutkuje naszą utratą zaufania i wiarygodności w społeczeństwie. Są też osoby, które mówią: nie, bo nie. Może uważają, że nie chcą się z nikim podzielić? Może wynika to trochę z zawiści? Jednak są to skrajne przypadki. Sądzę, że przede wszystkim rolę odgrywa tu brak społecznego zaufania. Ludzie nie wierzą, że robimy wszystko, by komuś uratować życie i nie mamy w tym żadnej korzyści. Nam nie zależy na tym, by kogoś uśmiercić. Zależy nam na tym, że gdy ktoś umrze, to może uratować życie komuś innemu.

- Ale wydanie orzeczenia o śmierci mózgowej poprzedza przecież wyjątkowo skomplikowana, ściśle określona procedura, której lekarze trzymają się skrupulatnie.

- Oczywiście, że tak. Postępujemy zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Dokładnie, punkt po punkcie. Jest to zbyt poważna sprawa, bo przecież sprawa życia i śmierci, i nie możemy sobie pozwolić na jakiegokolwiek, chociażby najmniejsze odstępstwa od tej procedury. Jeśli wymagane jest sześć godzin obserwacji danej osoby, to



lek. Katarzyna Chylińska-Wachnianyn

ją wykonujemy. Jeśli konieczne są badania instrumentalne, to są one wykonywane. W szpitalu wojewódzkim wykonujemy dwa takie badania: angiografię naczyń mózgowych albo EEG. Jeśli nie ma zapisu z fal mózgowych, to mózgowie umarło.

- To na pani ciąży obowiązek rozmowy z rodziną, której bliski umarł, a mógłby być dawcą?

- Nie jest to łatwa rozmowa, ale ja wiem, że temu człowiekowi już nie mogę pomóc. Natomiast oczami wyobraźni widzę tysiące ludzi, którzy oczekują na przeszczep, wśród nich są dzieci. Może dlatego mam w sobie tyle siły, by taką rozmowę prowadzić.

- Jak przebiega taka rozmowa?

- Przede wszystkim pytamy nie o zgodę, ale czy rodzinie wiadomo coś na temat sprzeciwu na oddanie narządów przez ich krewnego. Najczęściej nie mają takiej wiedzy, bo bliski umarł młodo i o tym nie myślał, nie rozmawiał. Wtedy jest też dla nas ważne, jaką osobą był zmarły. Czy był chętny do pomagania innym, czy był raczej osobą skupioną na sobie. Jeśli rodzina mówi „nie”, to staram się ją przekonać, że warto, że gdzieś tam ktoś czeka na ten przeszczep i jest on jego jedyną szansą na życie. Jeśli rodzina bardzo się zapiera, to nie nalegam. Odpuszczam, chociaż prawo nam pozwala pobrać organ. Sądzę, że to zrobiłoby więcej krzywdy idei transplantacji, niż pożytku — uważa lekarka.

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

Decyzję o tym, aby w przyszłości ofiarować komuś drugie życie, możemy podjąć w każdej chwili, świadomie. Na stronie

www.poltransplant.pl

dostępne jest specjalne „oświadczenie woli”, w którym można zadeklarować zgodę na pobranie po swojej śmierci tkanek i narządów do przeszczepiania. Oświadczenie takie można otrzymać także w Izbie Przyjęć Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Elblągu.



Co warto wiedzieć o padaczce?

Padaczka jest jednym z najczęstszych schorzeń neurologicznych. Dotyczy ok. 1-1,5 % populacji, co oznacza, że w Polsce choruje na nią ok. 400 000 osób. W większości przypadków rozpoczyna się bądź we wczesnym dzieciństwie, bądź u osób starszych po 65. roku życia. Pojedynczy napad nie stanowi podstaw do postawienia diagnozy (prawdopodobieństwo wystąpienia pojedynczego napadu wynosi 8 %), dopiero występowanie powtarzających się i nieprovokowanych napadów stanowi podstawę do rozpoznania padaczki.

Etiologia

Przyczyny padaczki mogą być różnorodne - od organicznych uszkodzeń mózgu (anomalie rozwojowe, wodogłowie, następstwa urazów, udarów, guzy, choroby metaboliczne), poprzez liczną grupę zespołów padaczkowych uwarunkowanych genetycznie, do przypadków padaczki skrytopochodnej o istniejącej, aczkolwiek niemożliwej do ustalenia za pomocą aktualnie dostępnych metod badawczych przyczynie. Komisja Klasyfikacji i Nazewnictwa Międzynarodowej Ligi Przeciwpadaczkowej opracowała podział zarówno napadów padaczkowych, jak i padaczek oraz zespołów padaczkowych. Pojedyncze napady w zależności od przebiegu dzielimy na ogniskowe (ze zlokalizowanym początkiem napadu w obrębie jednej półkuli mózgu) oraz uogólnione, gdzie wyładowania obejmują od początku obie półkule mózgu. Natomiast w zależności od rodzaju napadów występujących u danego pacjenta, jego wieku, rodzaju zmian w zapisie EEG stawia się rozpoznanie określonego zespołu padaczkowego, co ma wpływ na dobór odpowiedniego leku oraz dalsze rokowanie odnośnie przebiegu leczenia.

Diagnostyka

Jako że napad padaczkowy jest spowodowany zaburzeniem czynności bioelektrycznej mózgu, badaniem podstawowym w diagnostyce oraz kontroli przebiegu leczenia padaczki jest badanie elektroencefalograficzne (EEG). Badania neuroobrazowe (KT, MRI) oceniające strukturę mózgu pozwalają nam na stwierdzenie (lub wykluczenie) współistniejących zmian organicznych, ale ich prawidłowy wynik w żadnym razie nie wyklucza rozpoznania padaczki. Warto nadmienić, że w licznej grupie dziecięcych zespołów padaczkowych (np. dziecięca padaczka z napadami nieświadomości, padaczka rolandyczna) wg istniejących standardów diagnostycznych, nie ma wskazań do wykonywania badań obrazowych.

Istotna jest również diagnostyka różnicowa i odróżnienie padaczki od zdecydowanie częściej występujących niepadaczkowych stanów napadowych (omdlenia, tiki, napady psychogenne, migrena i wiele innych), których obraz kliniczny może niekiedy bardzo przypominać napad padaczkowy.

Terapia

Po ustaleniu rozpoznania padaczki na podstawie wywiadu zebranego od pacjenta oraz świadków napadu (ideałem jest, gdy dysponujemy nagraniem napadu, co w czasach wszechobecnych telefonów z wbudowanymi aparatami jest coraz powszechniejsze) oraz zapisu EEG, rozpoczynamy leczenie farmakologiczne. Dobór leku uzależniony jest od rodzaju występujących napadów oraz - niestety - od przepisów refundacyjnych narzuconych przez Ministerstwo Zdrowia. Zawsze dążymy do monoterapii, niestety w 20-30% leczenie pierwszym, bądź kolejnymi lekami w monoterapii jest nieskuteczne, i wówczas konieczne jest stosowanie dwóch lub niekiedy większej ilości leków. W przypadku nieskuteczności leczenia farmakologicznego albo w sytuacji napadów objawowych związanych z organicznym uszkodzeniem struktur mózgowia (dysplazje korowe, guzy, blizny po urazowe, tętniaki, stwardnienie hipokampa itd.) należy rozważyć leczenie chirurgiczne. Padaczka nie musi być chorobą całego życia - szczególnie, jeśli napady rozpoczynają się w dzieciństwie, po 2-3 latach bez napadów można rozważyć próbę bardzo powolnego, trwającego minimum 6 mie-



lek. Marek Szatanik
specjalista neurologii dziecięcej, epileptolog,
Poradnia Neurologiczna i Padaczkowa dla Dzieci

sięcy, odstawiania leków. Niestety, w części przypadków dochodzi do nawrotu napadów, ale w większości (wg różnych autorów 50-85 %) dochodzi do trwałego wyleczenia. Podstawą myślenia o końcowym sukcesie jest systematyczność leczenia, co pozwala utrzymać odpowiednie stężenie terapeutyczne leku w surowicy krwi oraz unikanie czynników prowokujących: wysoka gorączka, nadużywanie alkoholu, długotrwałe pozbawienie snu, nadmierna ekspozycja na błyski świetlne (głównie długotrwałe przebywanie przed ekranem komputera, ale również dyskoteki z efektami świetlnymi). Ograniczenie w codziennym funkcjonowaniu chorego na padaczkę uzależnione jest od stopnia natężenia jego choroby. Inaczej wygląda to w przypadku pacjenta miewającego po kilkanaście czy kilkadziesiąt napadów dziennie, zupełnie inaczej - u pacjenta ze sporadycznymi napadami występującymi wyłącznie podczas snu. W miarę możliwości należy jednak doprowadzić do normalnego funkcjonowania osoby chorej - udowodnione jest, że umiarkowany wysiłek fizyczny bądź umysłowy zmniejsza ryzyko wystąpienia napadu.

PIERWSZA POMOC

Pierwsza pomoc w sytuacji uogólnionego napadu toniczno- klonicznego polega na ochronie pacjenta przed możliwymi obrażeniami głowy, ułożeniu go w pozycji bezpiecznej, zapewnieniu drożności dróg oddechowych. Przesądem, z którym należy bezwzględnie walczyć, jest pogląd o konieczności włożenia czegokolwiek pomiędzy zęby pacjenta - takie działanie zwiększa jedynie ryzyko zachłyśnięcia lub uszkodzenia uzębienia pacjenta. Po ustąpieniu napadu jeszcze przez kilka- kilkanaście minut pacjent może znajdować się w stanie pomrocznym - należy zapewnić mu opiekę do momentu odzyskania pełnej świadomości lub przekazania go służbom medycznym.

27 maja – Dzień Diagnosty Laboratoryjnego

Pracują w naszych szpitalnych laboratoriach: diagnostycznym, mikrobiologicznym i transfuzjologicznym. Ich praca wymaga nie tylko ogromnej specjalistycznej wiedzy, ale i zegarmistrzowskiej precyzji. Choć dziś mają do dyspozycji nowoczesny sprzęt, który pomaga im wykonać najbardziej nawet szczegółowe badanie, to w dalszym ciągu niezbędna jest ogromna uważność. Bo w tej pracy nie ma miejsca na pomyłkę - od wyników badań wykonanych przez diagnostów laboratoryjnych w ogromnym stopniu zależy postawienie właściwej diagnozy lekarskiej.

W Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu pracuje 24 diagnostów laboratoryjnych. Zatrudnieni są w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej, Laboratorium Bakteriologicznym i w Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej z Ban-

kiem Krwi. To nadal bardzo sfeminizowany zawód – w tym gronie jest zaledwie dwóch panów. Pracę diagnostów laboratoryjnych wspomagają technicy analityki medycznej i technicy chemicy – w naszym szpitalu są to kolejne 22 osoby.

Z okazji przypadającego na 27 maja Dnia Diagnosty Laboratoryjnego przedstawiciele tego zawodu odwiedzili: Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Bożena Ropelewska i Dyrektor ds. Ekonomiczno-Finansowych Piotr Tomaszewski. Były kwiaty i okolicznościowe słodkości. Odwiedziny w szpitalnych laboratoriach były jednak przede wszystkim okazją do podkreślenia, jak ważną, niezbędną wręcz, rolę w szpitalnej strukturze pełnią diagnosty laboratoryjni. To wysokiej klasy specjaliści, których udział w procesie diagnozowania, a następnie leczenia naszych pacjentów, jest niepodważalny.



Pielęgniarki – profesjonalistki

Czuwają przy naszych łóżkach, kiedy jesteśmy chorzy, słabi i bezradni. Trudno wyobrazić sobie bez nich sprawne funkcjonowanie szpitala. Jest taki jeden dzień w roku, kiedy - choćby symbolicznie- możemy podziękować za ich codzienny trud. **8 maja obchodziliśmy Międzynarodowy Dzień Położnej, kilka dni później - 12 maja - Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki.**

W Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu pracują łącznie 634 pielęgniarki i położne. To ponad 40 % całej załogi naszego szpitala. W tym bardzo mocno sfeminizowanym zawodzie trafiają się także mężczyźni - pielęgniarze. Aktualnie szpital zatrudnia ich sześciu. Wybraли zawód piękny, ale trudny i niezwykle

odpowiedzialny. Przekonują się o tym od nowa każdego dnia. Bo pielęgniarstwo to profesja, w której nie ma miejsca na powierzchowność czy rutynę. Tu, obok ogromnej wiedzy i umiejętności, niezbędne są także: troskliwość, empatia, szacunek do chorego człowieka i... niekończąca się cierpliwość.

Z okazji majowego święta przedstawicielki naszych pielęgniarek spotkały się z dyrekcją szpitala, by przyjąć symboliczne podziękowania za pracę oraz życzenia dalszej wytrwałości w zawodzie. Były kwiaty i upominki. W pełni zasłużone. Była krótka chwila na odpoczynek i szybki powrót do swoich zajęć. Bo przecież - wiadomo - pacjenci nie mogą czekać...



Okazja do takiego spotkania zdarza się tylko raz w roku.

Czasami wystarczy tylko potrzymać pacjenta za rękę

To trudna praca, w której niekiedy emocje sięgają zenitu, a trzeba je umieć okiełznać. Najciężej jest, gdy pacjent odchodzi, nie do domu, ale... na zawsze. Z okazji obchodzonego w maju Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki red. Anna Dawid z „Dziennika Elbląskiego” spotkała się z Bożeną Ropelewską – Dyrektorem ds. Pielęgniarstwa oraz z Beatą Skoczeń – Pielęgniarką Oddziałową Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej.

To nie są panie od podawania basenu i robienia zastrzyków. Są mądre, ambitne i z ogromną wiedzą. Współczesne pielęgniarki to zawodowe partnerki lekarzy, bez których nie odbędzie się operacja czy zabieg. Pielęgniarstwo to trudna praca, w której niekiedy emocje sięgają zenitu, a trzeba je umieć okiełznać. Najtrudniej jest, gdy pacjent odchodzi, nie do domu, ale... na zawsze.

— Z upływem lat nabieramy dystansu i nie przeżywamy śmierci pacjentów dramatycznie. Są jednak odejścia bardziej dla nas bolesne. Patrzymy, jak człowiek gaśnie, ale do końca zachowuje świadomość i należy z nim umieć rozmawiać — przyznaje Beata Skoczeń, pielęgniarka w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym przy ul. Królewieckiej w Elblągu. Jak dodaje, czasami nie potrzeba słów, wystarczy tylko potrzymać go za rękę.

— To nie jest tak, że zamyka się drzwi oddziału po dyżurze, na którym ktoś umarł

i się o tym nie myśli. Pielęgniarka czuwa również nad rodziną, której bliski umiera. Wymaga to dużej delikatności. Gdy spodziewamy się odejścia pacjenta, to staramy się zachęcić rodzinę, by przy nim została. Nie zawsze rodzina jest do tego chętna i wtedy zostajemy my — opowiada. Beata Skoczeń pacjentami opiekuje się już od 32 lat. Zaczynała w szpitalu miejskim, dzisiaj jest Pielęgniarką Oddziałową. Choć, jak mówi, z tak długiej perspektywy czasu spędzonego w zawodzie nauczyła się dystansu do dramatycznych wydarzeń, z którymi styka się na oddziale, to nigdy nie jest to możliwe w 100 procentach.

— Nie jestem automatem, który można włączyć i wyłączyć. Powołanie to może wzniosłe słowo, ale ten zawód zawsze się z nim wiązał. Przede wszystkim trzeba mieć stabilną i mocną psychikę, bo nie da się do końca oddzielić pracy od domu. Uczono nas, że sprawy rodzinne trzeba zostawić w domu, a zawodowe za drzwiami oddzia-

łu. To jest trudne i nie do końca możliwe. Za drzwiami oddziału też się myśli o pacjentach. Co się działo z nimi po dyżurze, czy wszystko zrobiłam dobrze? — wyjaśnia.

Ten zawód należy do grup największego ryzyka. Dlaczego? Bo pielęgniarka ciągle pracuje z drugim człowiekiem, koncentrując się na jego potrzebach. A wieczny altruizm i samopoświęcenie szybko może prowadzić do zawodowego wypalenia.

Bożena Ropelewska kieruje 600-osobowym zespołem pielęgniarek i położnych szpitala wojewódzkiego. Pracę w zawodzie zaczynała 30 lat temu na oddziale położniczym.

— Do dzisiaj pamiętam pierwsze wkłucie do żyły za pomocą wenflonu. To były zupełnie inne czasy w medycynie.... Dostawaliśmy jeden wenflon na dyżur, i gdy trafiły się dwa cięcia cesarskie, to zastanawiałam się, której pacjentce go założyć? Pacjentki, oczywiście, tego nie wiedziały — wspomina dyrektor ds. pielęgniarstwa szpitala wojewódzkiego.

O tamtej porze w pielęgniarstwie, jak i w medycynie, upłynęły lata świetlne.

— Kiedyś ten zawód kojarzył się jedynie z czynnościami pielęgnacyjnymi. Dzisiaj pielęgniarki są specjalistkami w wielu dziedzinach: diabetologii, pielęgniarstwie zachowawczym, chirurgicznym, operacyjnym, czy epidemiologii. Są zawodowymi partnerkami lekarzy, asystentkami w zabiegach operacyjnych. Czasem słyszę od lekarza, że nie będzie mógł operować, bo nie ma pielęgniarki. Nie jesteśmy paniami od podawania basenów i robienia zastrzyków. Czynności pielęgnacyjne oczywiście należą do naszego zawodu, ale dzisiejsze pielęgniarstwo, to wysoko specjalistyczna wiedza i czynności — mówi Bożena Ropelewska.

Niekiedy cierpienie pacjenta boli równie mocno, jak śmierć.

— Śmierć jest szpitalną codziennością. To jeden z elementów życia. To chwila, w któ-



Beata Skoczeń

Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej

rej ktoś rozstaje się z bliskim. My też rozstajemy się z pacjentami, których znamy. Czasem znamy też ich rodziny, bo przebywają oni w szpitalu kolejny już raz. Nie ukrywam, że takie śmierci pielęgniarka również przeżywa — mówi Bożena Ropelewska. — Ale nie mniej przeżywa się cierpienie. Pracując na oddziale neurologii spotykałam młodych „skoczków” do wody: 20-latkowie, przed którymi życie stało otworem, a tu nagle mogą ruszać jedynie głową i mówić, żadnych innych czynności. Cierpię razem z nimi. Oni nie znają swojej przyszłości, nie mają perspektywy, co będzie dalej z ich życiem. Ja ją znam i to jeszcze bardziej boli. Takim pacjentom wybaczymy wiele,... zresztą wszystkim wybaczymy wiele.

Wybaczą dużo, a w sumie wszystko: złe słowa, zachowanie, czasem obelgi. Bo rozumieją, że chorobie towarzyszą trudne emocje i nie są skierowane do nich, tylko związane są z sytuacją, z którą człowiekowi przyszło się zmierzyć.

— Nie da się pracować z pacjentami, nie starając się ich zrozumieć. Najczęściej pocieszamy, ale musimy to robić „rozumnie”. Na przykład: chory pyta, siostrzo, czy będzie mnie bolało po zabiegu? Nie mogę odpowiedzieć: nie, proszę się nie bać, są leki przeciwbólowe i nic pana nie będzie bolało. Wówczas byłabym nieuczciwa. Musimy mówić prawdę pacjentowi. Odpowiem więc tak: będzie miał pan leki przeciwbólowe, jeśli nie będą one skuteczne, zgłosimy to lekarzowi i podamy kolejny lek, by pan nie cierpiał. Chorych nie wolno oszukiwać — zastrzega Beata Skoczeń.

To zawód, w którym trzeba się ciągle szkolić i uczyć, ale, jak mówi Beata Skoczeń, największą szkołą pokory jest dla pielęgniarki znalezienie się w roli pacjenta.

— Sądzimy, że tak świetnie pracujemy przy pacjencie, a wcale tak nie musi z jego perspektywy to wyglądać. Dostrzegamy, że takie doskonałe to my wcale nie jesteśmy. Widzimy wówczas więcej, bo patrzymy inaczej na pielęgniarki i lekarzy. Czy na pewno możemy powiedzieć o sobie, że jesteśmy empatyczne? — mówi. — Ja mam dwie nogi, a pacjent ma jedną amputowaną. Mnie się wydaje, że mogę go zrozumieć. Nie, ja nigdy go do końca nie zrozumieję. Dlatego, że nie potrafię tak naprawdę wyważyć, ile trudności sprawia mu usadzenie się na łóżku, czy przejście z tego łóżka na wózek. Albo, gdy spotykam mło-



Bożena Ropelewska
Dyrektor ds. Pielęgniarstwa

dego człowieka z niewydolnością nerek, a on do mnie mówi: siostrzo miałem przeszczep nerki 10 lat temu i teraz znów ta nerka nie pracuje. Czy ja go rozumiem? Jak mam go pocieszyć? Zaczynam rozmowę: a może ma pan szansę na kolejny przeszczep? Mam, odpowiada, ale muszę jeszcze jedną chorobę wyleczyć. To są wielkie dramaty — mówi pani Beata.

Ten zawód daje jednakże satysfakcję. Skrada się ona niekiedy małymi kroczkami, a czasem ledwo dowleka się do dyżurki, ale właśnie wówczas jest największa.

— Pyta pani o najmilsze sytuacje? Na przykład, kiedy pacjent, który ma problemy z poruszaniem się, zada sobie trud, przyjdzie do dyżurki i usłyszymy: dziękuję paniom za opiekę — opowiada pani Beata. — Nam nie chodzi o kwiatki, czekoladki i kawę. Szczere „dziękuję” cieszy najbardziej. Czasem ta satysfakcja przychodzi drobnymi kroczkami: uśmiech pacjenta, czy dobrze założony wenflon, gdy pacjenta po wkłuciu nie boli.

Kłopoty współczesnej pielęgniarki? To między innymi wyszukiwarka internetowa Google oraz Leśna Góra, gdzie mieści się szpital marzeń z serialu „Na dobre i na złe”.

— Pacjenci bardzo dużo czytają o chorobie w Internecie i dostosowują te wiadomości do swojej sytuacji medycznej. Często są przerażeni tym, co przeczytali, podejrzewają nowotwór. Musimy tłumaczyć, że te informacje nie dotyczą ich sytuacji. Czasem porównują nasz szpital do tego z Leśnej

Góry, a on przecież jest bajką. Denerwują się, że u nas nie jest tak, jak w Leśnej Górze. Na dzień dobry proszą na przykład o pojedynczą salę — mówi Beata Skoczeń.

Chociaż to trudny zawód, to coraz więcej młodych ludzi jest nim zainteresowanych.

— Przekonuje ich m.in. stabilność zatrudnienia. Społeczeństwo się starzeje, więc jest zapotrzebowanie na pielęgniarki i pielęgniarzy. Zawodem zainteresowali się również mężczyźni. Predysponuje ich nie tylko siła fizyczna, ale też mniej emocjonalnie podchodzą do wielu sytuacji — mówi Ropelewska.

Czy gdyby mogły cofnąć czas, wybrałyby inny zawód?

Beata Skoczeń. — Nie. Ten zawód daje mi dużo satysfakcji. Brakuje mi może jedynie większej samodzielności w wykonywaniu tej pracy. Chciałabym być w większym stopniu panią własnego czasu w pracy, aby więcej ode mnie zależało. W szpitalu tego trochę brakuje, jest się trybikiem w maszynie.

Bożena Ropelewska. — Gdybyśmy miały jeszcze więcej czasu dla pacjenta, teraz nie mamy go tyle, ile byśmy chciały. Wystłuchać, porozmawiać, pomóc pacjentowi, czasami trochę brakuje na to czasu.

Anna Dawid, „Dziennik Elbląski”
fot. Michał Kalbarczyk



Jadwiga Kopytowska
pielęgniarka

Oddział Otolaryngologiczny
z Pododdziałem Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej

LARYNGEKTOMIA CAŁKOWITA

– to całkowite wycięcie (resekcja) krtani, którego konsekwencją jest brak emisji głosu przez chorego. Zabieg polega na odcięciu krtani od tchawicy, nasady języka, gardła i przełyku oraz na usunięciu krtani, łącznie z kością gnykową i przetrzeźnię przednagłośniową. Następnie zespala się kikut tchawicy ze skórą szyi i zamyka rozciętą część krtaniową gardła i przełyk. W wyniku tego następuje całkowite oddzielenie drogi pokarmowej i oddechowej z koniecznością utrzymania na stałe tracheostomy, z utratą czynności fonacyjnej i zwierającej krtani.

Opieka po zabiegu

Po zabiegu pacjent wypisany jest do domu zazwyczaj w 7-8 dobie. Przez cały okres pobytu w szpitalu jest edukowany przez personel. W momencie wypisu wie, jak pielęgnować ranę pooperacyjną, wykonywać czynności przy toalecie tracheostomy i czyszczeniu rurki tracheostomijnej. Potrafi samodzielnie karmić się przez sondę. Edukowana jest też jego rodzina zwłaszcza, jeśli chory nie potrafi samodzielnie wykonywać wymienionych wyżej czynności pielęgnacyjnych. W dniu wypisu pacjent umawiany jest na wizyty kontrolne, ich częstota w dużej mierze zależy od zaawansowania choroby i jej leczenia

Pielęgnacja pacjenta po laryngektomii (część 2)

W poprzednim odcinku omówiłam przyczyny powstawania raka krtani oraz sposób przygotowania pacjenta do zabiegu usunięcia krtani (laryngektomii całkowitej). W odcinku 2 podpowiem, jak prawidłowo dbać o pacjenta po takim zabiegu. Opieka po laryngektomii dotyczy głównie problemów pielęgnacyjnych wynikających z powstałej dysfunkcji oddechowej, pokarmowej, fonacyjnej oraz psychologiczno-społecznej.

Pielęgnacja wynikająca z dysfunkcji oddechowej

Po zabiegu usunięcia krtani, jeżeli nie ma konieczności obserwacji pacjenta na OIOM-ie, chory monitorowany jest przez pierwsze 24 godziny na Oddziale Otolaryngologicznym. Obserwowane są jego podstawowe parametry życiowe: ciśnienie tętnicze krwi, czynność serca, saturacja. Największym problemem jest utrudnione oddychanie, spowodowane obecnością wydzieliny gromadzącej się w rurce tracheostomijnej. W zależności od parametrów wysycenia tlenem prowadzona jest tlenoterapia oraz oczyszczanie dróg oddechowych i inhalacje. W trakcie operacji zostaje wytworzony na stałe otwór tracheostomijny (tracheostoma), przez który powietrze trafia bezpośrednio do tchawicy i płuc z pominięciem nosa, jamy ustnej i gardła. W pierwszej i drugiej dobie po zabiegu, dla bezpieczeństwa chorego i możliwości podłączenia respiratora, do tchawicy jest włożona rurka tracheostomijna z tworzywa sztucznego z mankietem uszczelniającym. W drugim dniu po operacji rurka ta jest wymieniona na rurkę bez uszczelnienia – dwuczęściową (z tzw. wymiennym wkładem). Rurka ta składa się z części zewnętrznej i wewnętrznej, co daje łatwość ułatwia utrzymania jej w czystości.

W początkowym okresie po operacji występują trudności w oddychaniu spowodowane gromadzeniem się dużych ilości wydzieliny w drogach oddechowych. W pierwszych dniach usuwa się ją za pomocą cewnika jednorazowego podłączonego do pompy ssącej. Podstawową czynnością zapobiegającą niedrożności rurki tracheostomijnej jest jej mycie pod bieżącą wodą specjalną szczoteczką. Ważna jest wczesna edukacja pacjenta przez pielęgniarkę w tym zakresie. Dotyczy ona dokładnego wyjaśnienia budowy rurki, sposobu jej zamocowania, wyjmowania i zakładania wewnętrznej części oraz mycia i pielęgnacji. Najlepszą jednak meto-

dą oczyszczania drzewa oskrzelowego jest nauka samodzielnego odczyszczenia wydzieliny przez chorego. Należy wypracować u pacjenta odruch zasłaniania dłońmi z lignianą wylotu rurki w czasie kaszlu.

Pielęgnacja dotycząca uruchamiania chorego oraz wykonywania opatrunków

W dniu operacji pacjent pozostaje nieuruchomiony w łóżku, wezwłowie jest uniesione do 30 stopni – pomaga to w oddychaniu i drenażu wydzieliny. W 2-3 dobie zaleca się przebywanie w łóżku oraz krótki spacer pod kontrolą personelu. W następnym dniach zwiększa się wysiłek indywidualnie dla każdego pacjenta. W okresie pierwszych 7 dni od zabiegu nie zaleca się intensywnych skrętów głową na boki, a w trakcie wstawania z łóżka głowa powinna być podnoszona za pomocą ręki. Pomaga to w prawidłowym gojeniu rany. Na szyi na ranie pooperacyjnej założony jest opatrunek, który zmieniany jest codziennie. Jest to opatrunek uciskowy, który może wywoływać u chorego dyskomfort, ale jest niezbędny do gojenia się rany. W celu ucisku używany jest plaster i/lub/ bandaż. Z rany wyprowadzone są jeden lub dwa dreny połączone z butelką próżniową Redona lub strzykawką, przez które z rany usuwany jest nadmiar płynów (krew, chłonka). Butelki lub strzykawki są zmieniane w miarę potrzeby. Zazwyczaj dreny usuwane są w 2-3 dobie po zabiegu, szwy z rany skóry w 7-8 dobie, a szwy z otworu tracheostomijnego w 9-10 dniu. Niekiedy na twarzy i szyi pojawia się obrzęk tkanek miękkich, który z czasem się zmniejsza. Pod rurką tracheostomijną założony jest opatrunek, który zmieniany jest zawsze wtedy, gdy jest brudny i mokry. Rurka zabezpieczona jest przed wysunięciem za pomocą tasiemki zawiązanej dookoła szyi. Podczas opatrunku codziennie sprawdza się, czy w tych miejscach skóra nie uległa podrażnieniu lub otarciom. Po zabiegu złeczone są leki przeciwbólowe, które zazwy-

czaj podawane są drogą dożylną. Pielęgniarka lub lekarz proszą pacjenta o ocenę bólu w skali od 0 – 10 (0 – brak bólu, a 10 – ból nie do zniesienia). Daje to możliwość skorygowania dawek leków b/bólowych. Ból ogranicza ruchy, oddech, kaszel; może to wpłynąć niekorzystnie na gojenie się rany i doprowadzić do powikłań.

Pielęgnacja dotycząca odżywiania chorego po zabiegu

W 1 i 2 dobie po operacji odżywianie pacjenta odbywa się dożylnie. W następnych dniach - przez sondę odżywczą założoną przez nos do żołądka. Pokarm podawany jest do sondy strzykawką typu Żaneta. Sonda pozostaje przez okres ok. 2 tygodni, do chwili wygojenia się rany pooperacyjnej w gardle i przełyku. W karmieniu stosuje się dietę przemysłową i kuchenną.

W diecie przemysłowej przez sondę podaje się Nutrison. Stosowany jest on głównie u chorych ze schorzeniami onkologicznymi, którzy są często niedożywieni i wyniszczeni. W pierwszych dniach jednorazowo podaje się po 200 – 300 ml Nutrisonu, 2-3 razy dziennie, następnie zwiększa się ilość oraz częstość w zależności od tolerancji chorego. Nutrison podaje się we wlewie kroplowym przez około 12 godzin z przerwą nocną. W odżywianiu pacjenta po operacji stosuje się też Protifar - dietę cząstkową o wysokiej zawartości białka i wapnia. Występuje on w postaci proszku stanowiącego dodatek do diety kuchennej. Dawkę ustala lekarz, w zależności od stanu odżywienia chorego.

W diecie kuchennej do sondy podaje się pokarmy zmiksowane o temperaturze pokojowej, małymi porcjami po 200 – 300 ml, 5 razy dziennie. Po każdym karmieniu sondę przepłukuje się wodą mineralną niegazowaną w ilości 30 – 50 ml.

W odżywianiu chorych po zabiegu usunięcia krtani zazwyczaj stosuje się obie diety. Czasami, gdy pacjent nie toleruje diety przemysłowej, wprowadzana jest tylko dieta kuchenna. Właściwe odżywianie ma wpływ na prawidłowe gojenie się rany pooperacyjnej.

Przed operacją laryngektomii do pęcherza moczowego założony jest cewnik Foleya. W pierwszych dniach prowadzony jest bilans płynów. Pozwala on ocenić, czy została podana odpowiednia ilość płynów dożylnie i do sondy. Cewnik jest usuwany, kiedy pacjent zaczyna samodzielnie się przemieszczać po oddziale, zwykle w 2-3 dobie po operacji.

Pielęgnacja wynikająca z dysfunkcji fonacyjnej i psychologiczno - społecznej

Wynikiem laryngektomii jest trwałe okaleczenie w postaci utraty możliwości komunikowania się. Pacjenci na początku porozumiewają się przez pisanie na kartce. Po wyjściu ze szpitala kierowani są do logopedy lub foniatry w celu nauki mowy zastępczej. Do czasu opanowania nowego głosu posługują się tzw. pseudoszeptem. Najlepszym sposobem komunikowania się jest wyuczona mowa przełykowa. W procesie rehabilitacji głosu i mowy wykorzystuje się przełyk. Naukę rozpoczyna się od 3 tygodnia po operacji. Pacjenci, którzy w trakcie zabiegu mieli wszczepioną protezę głosową, podejmują pierwsze próby nauki mowy po około 2 tygodniach od zabiegu (tzw. mowa tchawiczo-przełykowa).

Pacjent, który trafi przed zabiegiem na oddział, odczuwa niepokój związany z pobytem w szpitalu, rozpoznaniem choroby nowotworowej i czekającym go zabiegiem operacyjnym. Okaleczenie fizyczne i utrata głosu po operacji powoduje u chorego obniżenie nastroju, lęk, a nawet depresję. Dlatego podstawowym zadaniem personelu jest uspokojenie chorego, przekazanie mu niezbędnych informacji, cierpliwe udzielanie odpowiedzi na zadawane pytania oraz wsparcie psychiczne. rzed zabiegiem każdy chory ma zorganizowane spotkanie z psychologiem.

Zalecenia dla pacjenta do domu

Dbanie o drożność dróg oddechowych m. in. dbanie o wilgotność w drogach oddechowych, a także wilgotność powietrza w pomieszczeniu mieszkalnym (np. nawilżacz). Suche powietrze przyczynia się do tego, że wydzielina w drogach oddechowych staje się gęsta i lepka, którą trudno usunąć. Zasnęta wydzielina może tworzyć „korki”, które zmniejszają światło w tchawicy utrudniając oddychanie. Dlatego ważne jest utrzymanie odpowiedniej wilgotności w drogach oddechowych. Ważne jest też osłanianie tracheostomy przed zmianami temperatur, pyłami, kurzami, owadami, np. za pomocą apaszki, chustki. Osłona zapobiega przed dostawaniem się ciał obcych do dróg oddechowych, ogrzewa wdychane powietrze oraz zapobiega wysychaniu błon śluzowych. W celu filtrowania, ogrzewania i nawilżania wdychanego powietrza zaleca się pacjentom noszenie wymiennika ciepła i wilgoci (HME), zwanego „sztucznym nosem”.



Pacjent po zabiegu laryngektomii

Pielęgnacja tracheostomy i rurki tracheostomijnej

Skóra wokół tracheostomy powinna być sucha i czysta, co zapobiega rozwojowi zakażenia. Pielęgnacja odbywa się 2 razy w ciągu dnia (rano i wieczorem) lub częściej, zwłaszcza w pierwszych dniach po wyjściu ze szpitala. Do przemywania skóry wokół tracheostomy najlepiej używać środka, który nie ma przeciwwskazań do stosowania na błony śluzowe gdyby przypadkowo przedostał się do dróg oddechowych (np. Octenisept). Następnie pod kołnierz rurki zakłada się kompres gazowy nacięty do połowy w kształcie litery „Y”. Kompresy gazowe wchłaniają wydzielinę oraz zapobiegają odleżynom na skórze.

Rurka tracheostomijna, z którą pacjent jest wypisany do domu, posiada kaniulę wewnętrzną. Powinna być ona czyszczona kilka razy dziennie w zależności od potrzeby, po to, aby utrzymać czystość i usunąć wydzielinę. Duża ilość wydzieliny, która osiada na ściankach kaniuli może zamknąć jej światło, a tym samym utrudnić oddychanie. Czyszczenie kaniuli wykonuje się specjalną szczoteczką pod bieżącą wodą. Zalecana jest także pielęgnacja rany pooperacyjnej na szyi - mycie wodą z mydłem oraz stosowanie diety wysokobiałkowej i wysokowitaminowej.

Po wypisie ze szpitala pacjent wychodzi do domu z sondą, która podczas zabiegu została założona na okres około 2 tygodni. Przez ten czas pacjent karmi się w domu przez sondę podając zmiksowany pokarm. Po usunięciu sondy stopniowo przechodzi od diety płynnej do papkowej, aż wreszcie może jeść wszystko, jak przed zabiegiem. Należy zawsze kontrolować temperaturę posiłków, by nie doszło do poparzenia przełyku. Dodatkowe zalecenia to: oszczędzający tryb życia - unikanie ciężkiego wysiłku fizycznego i głosowego, zakaz palenia papierosów i spożywania napojów alkoholowych, a także unikanie infekcji i osób zainfekowanych.

Karol Mingielewicz: Ratowanie życia ma we krwi



Karol Mingielewicz
ratownik medyczny

Agnieszka Pawowicz: - Ratownik medyczny?

Karol Mingielewicz: - Ratownikiem chciałem być od zawsze. Pomysł narodził się, kiedy zobaczyłem ratowników harcerskich niosących na noszach pacjenta do karetki. Wstąpiłem wtedy do harcerstwa, gdzie zrobiłem kurs sanitariusza, ale chciałem więcej. Dołączyłem do harcerskiej grupy ratowniczej. Zdołem nawet brązową odznakę ratownika medycznego. Później było długo- długo nic, aż nastąpił pewnego rodzaju przełom. Zamykałem stary etap życia i zdecydowałem, że trzeba coś z tym życiem zrobić. Poszedłem więc do szkoły policealnej i zdobyłem wymarzony zawód ratownika medycznego. Podjąłem pracę w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu – najpierw jako sanitariusz. Pomagałem przy reanimacji, uczestniczyłem przy prostych zabiegach czy transporcie pacjentów z miejsca na miejsce np. na Blok Operacyjny czy OIT. Po roku dostałem informację, że poszukują ratowników w szpitalu w Braniewie. Aktualnie pracuję w dwóch miejscach: w szpitalu w Elblągu już jako ratownik medyczny oraz w Powiatowym Centrum Medycznym w Braniewie na Izbie Przyjęć i w transporcie sanitarnym.

- Każde wezwanie karetki to wyzwanie dla ratowników?

- Wezwania są naprawdę różne np. dzwoni pani, że z czwartego piętra widzi leżącego na ulicy człowieka. Bez żadnego wywiadu, a wywiad jest dla nas najważniejszy. Musimy wiedzieć, gdzie się to stało – dokładny adres, ilu jest poszkodowanych, czy poszkodowany oddycha, bo w przypadku zatrzymania

Jego największą pasją jest ratowanie ludzkiego zdrowia i życia. O tym, jak wygląda praca ratownika medycznego i dlaczego wybrał taką, a nie inną, drogę zawodową, opowiada Karol Mingielewicz.

krążenia wysłana jest zazwyczaj karetka „S”, czyli karetka specjalistyczna z lekarzem. Mieliśmy kiedyś wezwanie, że doszło do zatrzymania krążenia. Pojechaliśmy wtedy karetką podstawową z całym zespołem a kiedy dojechaliśmy pod wskazany adres otworzył nam pan... ze złamanym palcem, który przyznał, że specjalnie powiedział o zatrzymaniu krążenia tylko po to, żebyśmy przyjęli wezwanie. Za nami wpadł jeszcze zespół specjalistyczny i w ten sposób dwie karetki były wezwane do jednego przypadku, a w tym czasie mogły być potrzebne komuś, kto naprawdę tej pomocy potrzebował.

- Czy osoby, które bezpodstawnie wzywają karetkę ponoszą jakieś konsekwencje?

- Decyduje o tym ratownik lub lekarz, który może wezwać policję. Za bezpodstawne wezwanie może grozić mandat w wysokości do 500 zł. Karetka pogotowia służy bowiem do niesienia pomocy przy nagłych wypadkach, utracie przytomności, napadzie drgawek, bólu o mocnym nasileniu, masywnych krwotokach czy wypadkach komunikacyjnych. Gorączka, ból ramienia czy ból w klatce piersiowej, który towarzyszy pacjentowi od tygodni, to nie jest powód do wezwania karetki. W Elblągu mamy 4 karetki podstawowe i 3 specjalistyczne, trzeba więc z rozważą wzywać pomoc.

- Sytuacja podczas pracy w karetce, która utkwiła mi w pamięci to...

- Asystowałem kiedyś przy reanimacji rocznego dziecka, które było obciążone kardiologicznie i, niestety, reanimacja była nieskuteczna. Do tej pory kręci się łezka w oku, jak się o tym przypomina. Na dzieci nie ma mocnych, do tego nie da się przyzwyczaić. Zapamiętałem też pierwszy śmiertelny wypadek, w którym zginęło starsze małżeństwo. Więcej na pewno mogą powiedzieć moi starsi koledzy po fachu, bardziej doświadczeni, którzy jeżdżą od lat na karetkach.

- Jakie są minusy pracy w ratownictwie?

- Z pewnością wszystkie przypadki, kiedy nie udaje się uratować życia. Kolejnym słabym

aspektem jest roszczeniowość społeczeństwa. Pamiętam, że kiedyś przeprowadzaliśmy reanimację na oddziale ratunkowym i cały personel był zajęty, a za drzwiami czekał bardzo niecierpliw pacjent, który krzyczał „Ile jeszcze będę czekać?!”. Teraz nasz oddział w szpitalu wojewódzkim w Elblągu wyposażony jest w tzw. lukasy – są to specjalistyczne maszyny do automatycznej reanimacji, które bardzo nam pomagają w pracy. Jednak ludzie nie zdają sobie sprawy, że gdy przyjmujemy pacjenta, który zgłasza się np. z kołataniem serca, to musimy sprawdzić podstawowe funkcje życiowe, czyli m.in. saturację, EKG, ciśnienie, pobrać krew, założyć wkłucie i zbadać pacjenta, a to wszystko trwa. W ratownictwie zauważyliśmy, że gdy komuś naprawdę coś dolega, to jest spokojny, a ci krzyczący i najbardziej roszczeniowi zwykle nie potrzebują natychmiastowej pomocy. Rozumiem, że ludzi mogą irytować kolejki, ale społeczeństwo powinno się też postawić w naszej sytuacji, że nas, personelu, jest mało i robimy, co możemy. Każda praca jest ciężka, ale jak mechanik popełni błąd, to zawsze można go jeszcze naprawić. U nas nie ma miejsca na błędy, bo błąd kosztuje życie lub zdrowie pacjenta.

- To ciężka praca.

- Ta praca to moje zamiłowanie, całe życie chciałem to robić. Może kiedyś uda mi się jeszcze zrobić studia wyższe w tym kierunku, a może coś się zmieni, może wypalę się zawodowo i stwierdzę, że nie nadaję się do tego. Na razie Kocham to, co robię i chciałbym to kontynuować. Każdą pracę robimy „po coś”. Jadę z pacjentem i wiozę go do szpitala, żeby mu pomóc i uratować życie. Na Izbie Przyjęć pobieram mu wyniki, żeby sprawdzić, co mu dolega. Pamiętam sytuację, kiedy podczas praktyk jechaliśmy do pana, który zasnął i wykonywaliśmy mu reanimację. Później, mając praktyki na kardiologii, robiłem temu samemu pacjentowi EKG. Fajnie było zobaczyć, że żyje, śmieje się, oddycha. To jest najpiękniejsze w tej pracy. Jest to jednak praca ciężka fizycznie i psychicznie, praca dla ludzi z pasją.

Rozmawiała Agnieszka Pawowicz, portel.pl,
fot. Michał Skroboszewski/portel.pl

Postaw na badania profilaktyczne!

Profilaktyka jest istotną dziedziną medycyny, która w dużym stopniu pomaga w walce z chorobami, często tymi, które wydają się być nieuleczalne. Profilaktyka zdrowia obejmuje działania zapobiegające chorobom głównie dzięki ich wczesnemu wykryciu i leczeniu, jak również utrwalaniu prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia. Jest ona skierowana do osób w różnym wieku i o różnym stanie zdrowia. Pamiętajmy także, iż posiada ogromny wpływ na rozwój i funkcjonowanie dzieci i młodzieży.

Zdrowie jest stanem ulotnym. Dlatego aby je zachować, należy stosować szeroko rozumianą prewencję. Często nie zdajemy sobie sprawy, że dzięki jednemu badaniu można dostać drugą szansę na życie. Zapominamy również jak wiele czynników, które oddziałują na nasz organizm codziennie, może zmniejszyć lub zwiększyć ryzyko wystąpienia np. choroby nowotworowej. Ważne jest abyśmy zadbali o edukację zdrowotną naszych dzieci i zwiększali własną świadomość. Pozwoli nam to zmniejszyć ryzyko zachorowania przez nas na wiele chorób oraz ustrzec przed nimi naszych najbliższych.

Należy pamiętać także, że z pozoru drobne, nieznaczące, codzienne zachowania pomagają nam utrzymać zdrowie lub zapobiegać chorobom. Regularne przestrzeganie pewnych zasad przynosi bowiem wielkie korzyści. Zjedzenie codziennie porcji warzyw i owoców oraz regularne posiłki czy picie wody powinno być standardem. Natomiast regularne wykonywanie badań profilaktycznych pozwoli na kontrolę stanu naszego zdrowia i szybką reakcję w przypadku pojawienia się choroby.

Korzyści wynikające z działań prewencyjnych:

- > poprawa świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz stanu zdrowia populacji,
- > obniżenie kosztów leczenia,
- > zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów, absencji chorobowej oraz ilości osób z powikłaniami chorób czy trwałym inwalidztwem,
- > zwiększenie odsetka wyleczeń oraz wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju,
- > mniejsze straty finansowe (np. zasiłki chorobowe).

Profilaktyka zdrowotna skierowana jest na wspieranie człowieka w jego prawidłowym rozwoju i zdrowym stylu życia i nie ogranicza się jedynie do działań poprzedzających wykrycie choroby. Wyróżnia się 4 rodzaje profilaktyki:

1. Wczesna, utrwalająca prawidłowe wzorce zdrowego stylu życia.
2. Pierwotna (I fazy), zapobiegająca chorobom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka.
3. Wtórna (II fazy), przeciwdziałająca chorobom przez jej wczesne wykrycie i leczenie.
4. III fazy, hamująca postęp choroby i ograniczająca powikłania.



Danuta Stanicka
Edukator Zdrowia

Badania profilaktyczne, nazywane również badaniami przesiewowymi, są bardzo ważne. Pozwalają wcześniej wykryć ewentualną chorobę, bardzo często jeszcze we wczesnym jej stadium. Tym samym można podjąć odpowiednie leczenie, które daje dużo większą szansę na całkowite wyleczenie.

W naszym szpitalu dostępne są następujące badania profilaktyczne:

- > **mammografia** - dla Pań w wieku od 50 do 69 roku życia,
- > **cytologia** - dla Pań w wieku 25 – 59 roku życia,
- > **kolonoskopia** - dla osób, które otrzymały imienne zaproszenie z Ministerstwa Zdrowia.



Z akcji profilaktycznych organizowanych przez Wojewódzki Szpital Zespołowy skorzystały w ostatnich latach dziesiątki tysięcy mieszkańców Elbląga i regionu

Na skuteczny system zarządzania BHP składa się współpraca wszystkich osób zatrudnionych



Hanna Szpuga
Służba BHP

Mówiąc wprost - system zarządzania BHP to całość podejmowanych przez organizację (firmę) działań, zarówno prawnych, jak i technicznych oraz organizacyjnych, które mają na celu ochronę człowieka w procesie pracy przed zagrożeniami, które wynikają z materialnego środowiska pracy, (do którego zaliczyć można m.in. temperaturę, stopień czystości powietrza, oświetlenie, czy hałas), jak również przed chorobami zawodowymi i wypadkami przy pracy.

Jest wiele korzyści z wdrożenia Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem i Higieną Pracy, należą do nich między innymi:

- ◇ zapewnienie zgodności stanu faktycznego z przepisami prawa
- ◇ szybkie wykrywanie i usuwanie wszelkich potencjalnych nieprawidłowości (zapobieganie możliwym np. wypadkom czy chorobom zawodowym a nie korygowanie ich skutków po ich zaistnieniu)
- ◇ zmniejszenie liczby wypadków przy pracy i chorób zawodowych (zmniejszenie absencji chorobowej, zmniejszenie potencjalnych kwot odszkodowań)
- ◇ zatrzymanie w organizacji wartościowych pracowników, dla których istotną sprawą jest poczucie bezpieczeństwa
- ◇ podniesienie świadomości załogi w zakresie BHP
- ◇ poprawa warunków pracy a przez to wydajności pracy
- ◇ zmniejszanie liczby pracowników narażo-

nych na czynniki szkodliwe dzięki bieżącej identyfikacji zagrożeń

◇ zmniejszenie poziomu ryzyka zawodowego w organizacji;

◇ podniesienie wiarygodności firmy, poprawa jej wizerunku na rynku

◇ wzrost zaufania klientów, partnerów biznesowych oraz organów kontrolnych

Na podstawie wymienionych powyżej korzyści można śmiało stwierdzić, że warto wprowadzić system zarządzania BHP w organizacji. Toteż nie dziwi fakt, że z roku na rok wzrasta w Polsce liczba firm, które są żywo zainteresowane podejmowaniem wszelkich działań na rzecz poprawy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy.

Ważne jest jednak nie samo wprowadzenie systemu do organizacji, ale by działania podejmowane w tym zakresie były skuteczne.

Sukces każdego systemu zarządzania BHP nie jest zależny tylko od działań podejmowanych przez pracodawcę i kadre kierowniczą, ale w dużej mierze od zaangażowania i współpracy wszystkich osób zatrudnionych w danej organizacji.

Elementem nieodzownym staje się w tym momencie komunikacja, dzięki której można przeciwdziałać wszelkim zauważonym nieprawidłowościom, w myśl zasady „lepiej zapobiegać, niż usuwać skutki”. Można by pomyśleć, że brzmi to jak bajka, brakuje tylko stwierdzenia, „żyli długo i szczęśliwie”, ale aż tak bajkowo nigdy nie będzie, bo żaden system nie zapewni stuprocentowego bezpieczeństwa. Ktoś zapyta: „Ale dlaczego”? Odpowiedź jest bardzo prosta, mimo iż najistotniejszym zasobem każdej organizacji

jest człowiek, to jednak ten sam człowiek jest „czynnikiem”, który najczęściej powoduje wypadki lub inne potencjalnie negatywne sytuacje.

W związku z tym, że nie da się wykluczyć, iż nikt już nie popełni błędu, który wyniknie z przeoczenia, zaniedbania lub niewiedzy, tak ważne jest oparcie systemu o zasadę ciągłego doskonalenia. Dopiero wtedy wszelkie przedsięwzięcia będą miały sens.

Większość systemów zarządzania jest oparta na opracowanej w 1992 roku koncepcji E. Deminga. Cykl Deminga zakłada uporządkowane w logicznym porządku, następujące po sobie działania.

Są to:

1. PLANOWANIE – na tym etapie zostaje określony sposób działania, który ma zapewnić określony cel
2. WYKONANIE – polega na wykonaniu zaplanowanych wcześniej działań
3. SPRAWDZENIE – tutaj sprawdza się, w jakim stopniu zrealizowano założone w planie cele
4. POPRAWIANIE – podczas sprawdzenia formułuje się wnioski, które należy wdrożyć w kolejnym udoskonalonym planie (nowe rozwiązania i pomysły)

Wysiłek, jaki trzeba włożyć w skutecznie działający system jest bardzo duży, jednak korzyści z niego wynikające są jeszcze większe, bo przekładają się na wysoki poziom bezpieczeństwa i higieny pracy, a co za tym idzie, na ochronę zdrowia i życia pracowników.

Koordynator ds. Praw Pacjenta musi być dobrym psychologiem



Małgorzata Twardowska
Koordynator ds. Praw Pacjenta

- Od kiedy w Szpitalu Wojewódzkim w Elblągu funkcjonuje stanowisko Koordynatora ds. Praw Pacjenta i jakie są jego zadania?

- Koordynator funkcjonuje od 1 czerwca 2005 roku. Mnie obowiązki Koordynatora powierzono 17 lutego 2014r. Pacjenci mogą przychodzić z problemami od poniedziałku do piątku, w godzinach od 12.00 do 14.00. Można też do mnie zadzwonić pod nr tel. 55/239-56-63. Czuwam nad przestrzeganiem praw pacjenta przez personel placówki, na bieżąco i na miejscu pomagam pacjentom rozwiązywać ich sprawy, czy reagować na skargi. Dysponuję ustawowymi narzędziami. Reaguję i podejmuję działania w każdej sytuacji, gdy prawa pacjenta są niewłaściwie realizowane. Jednym z takich narzędzi jest

O pacjentach i udzielaniu im pomocy rozmawiamy z Małgorzatą Twardowską, która od ponad trzech lat pełni funkcję Koordynatora ds. Praw Pacjenta Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu.

prowadzenie postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych zarówno na wniosek pacjenta lub osoby działającej w jego imieniu, jak i z własnej inicjatywy, zgodnie z *Ustawą z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t. j. Dz. U. z 2016r. ze zm.).

- Jak scharakteryzowałaby Pani pacjentów, którzy korzystają z pomocy Koordynatora ds. Praw Pacjenta?

- Pacjenci są naprawdę bardzo różni. Zdarzają się tacy, którzy od wejścia są agresywni, pełni pretensji i wręcz krzyczą na mnie. Proszę wtedy o wyciszenie i spokojną rozmowę. Przekonuję, że jako Koordynator jestem tu po to, żeby pomóc. Jeśli pretensje pacjenta dotyczą np. nerwowej sytuacji pod poradnią, to idę sprawdzić, jak sytuacja wygląda w rzeczywistości. Podobnie ma się rzecz, jeśli chodzi o kłopoty związane z rejestracją. Oczywiście są też pacjenci spokojni i zrównoważeni, którzy bez emocji i z wielką logiką potrafią przedstawić swój problem.

- Jakie cechy powinien mieć dobry szpitalny Koordynator ds. Praw Pacjenta?

- Na podstawie mojego dotychczasowego doświadczenia mogę powiedzieć, że pełniąc tę funkcję, trzeba przede wszystkim posiadać cechy umiejętności rozmowy i bycia otwartym na otoczenie, na jego problemy, i nigdy nie zbywać pacjentów bez pomocy. Trzeba wsłuchać się w pacjenta i pozwolić mu się wygadać. Praca ta wymaga dużej odporności psychofizycznej. Szczególnie w momentach, gdy emocje biorą górę i trzeba opanować sytuację. Winno się być po prostu dobrym psychologiem!

Ponieważ sezon wakacyjny i urlopowy rozpoczął się właściwie już na dobre, na czas wypoczynku chciałabym życzyć Pacjentom dużo zdrowia i dobrego humoru, który sobie cenię, ponieważ „Człowiek nawet bardzo poważny wewnętrznie, a właśnie często tak bywa, potrafi być niepoważny. Człowiek naprawdę niepoważny nie zawsze potrafi być poważny.”

OGÓLNOPOLSKA BEZPŁATNA INFOLINIA

800 – 190 – 590

czynna od poniedziałku do piątku
9:00 – 21:00

ROLA PEŁNOMOCNIKA DS. PRAW PACJENTA W PLACÓWCE MEDYCZNEJ:

- > Wygaszanie konfliktów.
- > Udzielanie pomocy pacjentom na miejscu w podmiocie leczniczym.
- > Współpraca z personelem medycznym.
- > Edukacja personelu medycznego w zakresie praw pacjenta.
- > Wysłuchanie pacjenta i zidentyfikowanie jego potrzeb. Dopiero w dalszej kolejności osób towarzyszących pacjentowi (z wyjątkiem sytuacji opiekuńczej, osoby z dysfunkcją).
- > Edukacja pacjenta w zakresie przysługujących mu praw mając na uwadze również niezdefiniowane w ustawie obowiązki pacjenta w tym, np. punktualność, życzliwość w stosunku do personelu medycznego.

Biurowisko Rzecznika Praw Pacjenta

Wydział Spraw Świadczeniobiorców – Sekcja Skarg i Wniosków Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki NFZ w Olsztynie

ul. Żołnierska 16, 10 – 361 Olsztyn
poniedziałek: 8. 00 – 18. 00
wtorek – piątek: 8. 00 – 16. 00

tel. 89 539 97 93, 89 532 74 14,
infolinia 194 88
fax. 89 533 91 74

adres e-mail: wss@nfz-olsztyn.pl

„Dama z gronostajem” w szpitalu...

- Na wystawę w szpitalu wojewódzkim staraliśmy się wybrać takie prace, które ucieszyłyby oczy pacjentów, przykuły ich uwagę – mówi Zbigniew Chrostek, nauczyciel rysunku i malarstwa w Liceum Plastycznym w podelbłęskim Gronowie Górnym. Ekspozycję, na którą składają się kopie obrazów mistrzów światowego malarstwa wykonane przez uczniów tegoż liceum, można oglądać w holu za szpitalną Izbą Przyjęć.



- Kopiowanie znanych dzieł sztuki jest nieodłączną częścią nauki w Liceum Plastycznym – wyjaśnia Zbigniew Chrostek. – Taki właśnie obowiązkowy przedmiot mają nasi uczniowie klas II i III. Kopiowanie to świetny sposób, by młodzież uczyła się spostrzegawczości, dokładności, umiejętności precyzyjnego odwzorowania na płótnie tego, co się widzi.

Pomysł, by prace uczniów Liceum Plastycznego eksponowane były właśnie w szpitalu, to inicjatywa dyrektora szkoły Krystyny Brinkiewicz.

- Pomyślałam, że nasze obrazy mogłyby teraz na jakiś czas zagościć w szpitalu, rozwe-

selając jego wnętrze, powodując, że pacjenci będą mogli choćby na chwilę podążyć myślami gdzie indziej – mówi dyrektorka szkoły.

W szpitalu wojewódzkim to druga już odsłona wystawa pt. „Kopie mistrzów światowego malarstwa”. Wcześniej gościliśmy m.in. kopie dzieł van Gogha, Boticelli czy Chagalla. Tym razem ze szpitalnego holu zerka na nas np. „Autoportret” Rubensa czy słynna „Dama z gronostajem” Leonarda da Vinci.

- Każdy z nas doskonale wie, jak wygląda oryginalna „Dama z gronostajem” – uśmiecha się Zbigniew Chrostek. - Jeśli więc ktośkolwiek chciałby porównać obraz naszego ucznia z pierwowzorem, nie będzie miał z tym, oczywiście, problemu. Osobiście uważam – dodaje artysta - że niektóre prace naszych uczniów są naprawdę bardzo udanymi kopiami. Wybraliśmy te najbardziej interesujące.

Aktualna ekspozycja składa się z kopii prac słynnych malarzy z różnych epok, od Renesansu, poprzez Barok, Impresjonizm, aż po sztukę współczesną.

Autorami prac są: Bartosz Alchimowicz, Iwona Charyton, Karol Dudziński, Magdalena Gawron, Kamil Januszkiwicz, Urszula Kałabun, Adrianna Leszczyńska, Wioletta Orzechowska, Aldona Puchalska i Kinga Ślęzak.

Anna Kowalska



Joanna Baranowska - psycholog

Arteterapia, czyli terapia za pomocą sztuki, daje jej odbiorcom praktycznie nieograniczone możliwości. Sztuka, oprócz walorów estetycznych i duchowych, ma także właściwości terapeutyczne, lecznicze. Już samo obcowanie z nią tworzy bezpieczną przestrzeń pozwalającą oderwać się od rzeczywistości, a w przypadku pobytu w szpitalu - odwrócić uwagę od choroby i bólu, jaki ona powoduje. Pozwala, co bardzo ważne, zredukować skumulowane napięcie i stres nieuchronnie towarzyszący wszelkim problemom zdrowotnym. Co ciekawe, obcowanie ze sztuką, poprzez utożsamianie się z tym, co dzieje się np. na obrazie, który oglądamy, pozwala nam łatwiej przeżyć te najtrudniejsze emocje, często bardzo głęboko w nas ukryte, i wydobyć z nas tak bardzo pożądane emocje pozytywne. W końcu - kontakt ze sztuką rozwija nas także intelektualnie, szczególnie jeśli możemy podyskutować o tym, co widzimy, z innymi osobami. No i walor edukacyjny - przecież nie na co dzień mamy możliwość przypomnienia sobie, jak wyglądają prace największych mistrzów pędzla takich jak Leonardo da Vinci czy Rubens.

Wolność w siodle

Kiedy siedzę w siodle, czuję się po prostu wolna. Wszystko inne przestaje istnieć, bo trzeba się skoncentrować na tym, co tu i teraz. W galopie, niemal zjednoczona ze zwierzęciem, mam wrażenie, jakbym leciała. Każda jazda jest inna, każda budzi inne emocje. Zawsze jednak jest to przede wszystkim przyjemność. I nieustająca od lat fascynacja. Obustronna – bo koń też potrafi wyczuć, czy człowiek jest nastawiony do niego przyjaźnie.

Nie sztuką jest pokochać konie, sztuką jest, by to one pokochały ciebie - nawet wtedy, kiedy nie masz marchewki – napisała na swoim facebooku Justyna Sawicka. W tych słowach zawiera się, jej zdaniem, cała kwintesencja końsko - ludzkiej przyjaźni. Te wyjątkowe chwile, kiedy ma się poczucie, że panuje się nad ogromnym, silnym zwierzęciem, potrafiącym osiągać naprawdę dużą prędkość, są bezcenne.

- Z pewnością, gdyby konie wiedziały, że są dużo silniejsze od nas, nie pozwoliły się nam tak ujarzmić - mówi Justyna. – Zresztą – podkreśla – moje wyjazdy do stajni to nie tylko żmudna nauka techniki jazdy w siodle. To cała końska psychologia, o której warto wiedzieć jak najwięcej. Chociażby to, że koń, pomimo swojej siły, jest w gruncie rzeczy zwierzęciem płochliwym. Czasem wydaje się, że nie zwraca uwagi na to, co dzieje się wokół. Tymczasem potrafi się gwałtownie się spłoszyć, przestraszyć czegoś, co dla nas, ludzi, jest nieistotne. A skutki tego mogą być poważne.

- Oprócz takich zwyczajnych, nieuchronnych na początku, upadków z konia, zdarzyło mi się kiedyś wylecieć z siodła bardzo spektakularnie – wspomina Justyna Sawicka. - Koń, na którym galopowałam, nagle czegoś się wystraszył, i rozpędzony ruszył wprost na grupę stojących ludzi. Zamarłam, widząc, że stoją tam moje córki, mój mąż. I nic nie mogłam zrobić! Byłam jak sparaliżowana! Koń, oczywiście, w ostatniej chwili ominął „przeszkodę”, a ja zaliczyłam bardzo efektowny przelot ponad końską głową. Upadek okazał się niegroźny w skutkach, niemniej przez pewien czas miałam poważne wątpliwości, czy powinnam jeździć dalej. Bo pozostał we mnie strach. Pomógł mi wówczas mój ówczesny instruktor, który przekonał mnie, że taki lęk po upadku jest czymś jak najbardziej naturalnym, że jest nawet potrzebny, żeby pamiętać, że koń to duże, silne zwierzę, dla którego trzeba czuć respekt, do którego należy mieć szacunek.

- Koń, podobnie jak człowiek, także potrafi mieć swoje humory. Nie zawsze chce słuchoać jeźdźcy, wykonywać jego polecenia. Wtedy dobrze jest pokazać „kto tu rządzi”.



- Konie mają precyduzny w dotyku, miękki, aksamitny nos. Taki do głaskania, do całowania – mówi Justyna

Zawsze pod ręką mam „bacik” - ale, mówiąc szczerze, staram się go nie używać. Wolę współpracować po dobroci.

O swojej końskiej pasji Justyna mogłaby mówić bardzo długo. Podobnie, jak jej kilkuno-stoletnie córki: Amelka i Zuzia, które także są „zarażone” miłością do koni.

- Obie dziewczynki od kilku lat świetnie radzą sobie w siodle. Starsza, Amelka, jest członkinią szkoły jeździeckiej stajni Lipnik w Kikołach za Kadynami. Jeździ najlepiej z nas wszystkich. Mąż? – raczej woli konie mechaniczne. Chociaż to właśnie on kilkanaście lat temu ofiarował mi w prezencie pierwszą lekcję jazdy konnej!

- No i „zatrzybiło”! - śmieje się Justyna, wspominając swoje początki w stajni: jazdę na lonży, następnie naukę jazdy klusem, galopem, anglezowania. Ale także koński wolontariat w stadninie: czyszczenie konia, naukę siodłania... Od roku Justyna może o sobie powiedzieć, że jeździ na koniu dobrze, swobodnie, klika razy w miesiącu. Jeszcze wciąż tylko po terenie stadniny, ale już marzy jej się wyprawa np. przez las, czy po plaży, brzegiem Zalewu Wiślanego...

I jeszcze jedno marzenie Justyny i jej córeczek: żeby mieć kiedyś własnego konia. Oby się spełniło.

Justyna Sawicka jest z zawodu księgową. Od roku 2007 pracuje w naszym Szpitalu w Sekcji Analiz, Planowania i Budżetu.



- Miłość do koni jest we mnie od dzieciństwa. Najczęściej spędzałam wówczas wakacje u dziadków na wsi

Wysłuchała: Anna Kowalska

Krótko i na temat...



Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego przyznał naszemu szpitalowi dotację w wysokości 11 tys. zł na realizację kolejnego programu profilaktycznego skierowanego do młodych elblązan! Jego tytuł to „Najlepszy czas na działanie jest TERAZ! Profilaktyka nowotworowa wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych prowadzona przez WSZ w Elblągu”. Dzięki wsparciu Marszałka Województwa szpital kupi nowoczesne fantomy przydatne w nauce samobadania piersi i jąder. Spotkania z młodzieżą, połączone z wykładami lekarzy specjalistów oraz warsztatami zaplanowaliśmy tuż po wakacjach.

Dokładnie 20 lat temu (16 czerwca 1997 roku) rozpoczął działalność nasz Oddział Noworodka, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Środki na jego utworzenie – ponad 2 mln zł – zapewnił ówczesny Wojewoda Elbląski Władysław Mańkut. Oddział powstał w tzw. Pawilonie Dziecięcy. Wyposażono go w 5 stanowisk intensywnego nadzoru (inkubatory), 10 stanowisk opieki pośredniej a także w specjalistyczną karetkę „N” posiadającą inkubator transportowy. Pierwszym ordynatorem oddziału była lek. Felicja Małkowska – Głazewska. W ciągu 20 lat pod opiekę lekarzy neonatologów i pediatrów trafiło blisko 25 tysięcy noworodków (głównie wcześniaków) wymagających szczególnej pomocy.



Od wielu lat nie możemy sobie bez nich wyobrazić Dnia Dziecka. Z tej jakże miłej okazji naszych najmłodszych pacjentów leczonych w Oddziałach Pediatricznym i Niemowlęcy odwiedziły motocykliści z MotoTeam Elbląg. Miłośnicy stalowych rumaków tradycyjnie wprowadzili mnóstwo radosnego zamętu, obdarowali nasze dzieci upominkami i z warkotem silników odjechali. Motocyklistom z pasją i sercem najserdeczniej dziękujemy. Podobnie jak Wy wiemy, że uśmiech dziecka (a szczególnie chorego) jest bezcenny.

W naszym szpitalu nieprzerwanie trwają inwestycje budowlane. Już w sierpniu planujemy ukończenie termomodernizacji budynku, w którym mieści się Zakład Patomorfologii. W ramach tego zadania ocieplone zostaną ściany budynku oraz przestrzenie stropodachowe. Całkowicie wymieniono już także stolarkę drzwiową i okienną. Warto podkreślić, że tak kompleksowej modernizacji zewnętrznej obiekt został poddany po raz pierwszy, po niemal 30. latach.



Elbląskie szpitale (część 5)

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 wędrówkę szlakiem dziejów elbląskiego szpitalnictwa.

SZPITAL ŚW. ELŻBIETY

Na przełomie XIV i XV wieku, na zewnątrz murów miejskich, na wschód od Bramy Kowalskiej, na działce przy rowie w kierunku Nowego Miasta, stały budy mieszkalne, które były własnością Bractwa Ubogich pod wezwaniem św. Elżbiety. Bractwo nabyło działkę w 1408 r. i wzniosło na niej po 1410r. budynek przyszłego szpitala. Zakład przyjmował w połowie XV w. „chorych, dzieci i nędzników”, pozostawał do końca wieku w ręku Bractwa, potem został przejęty przez miasto. Jako społeczna instytucja charytatywna niósł pomoc i opiekę potrzebującym np. pielgrzymom, ubogim, podróżnym etc. W latach 1589 – 1640 przyjmował chorych, sieroty i żebraków, „których żywił, ubierał i kazał nauczać”. Posiadał też zakład pracy, w którym żebracy zajmowali się robieniem na drutach i innymi pracami ręcznymi. W czasie wojny Napoleona z Rosją Francuzi mieli tu lazaret wojskowy.

Nowe skrzydło położone wzdłuż dzisiejszej ul. Szpitalnej zostało odbudowane w latach 1825-26. Budowa północnego skrzydła, wzdłuż Wewnętrznej Grobli Młyńskiej (obecnie 1 Maja), nastąpiła w 1832 r. W latach 1905/06 przebywało tu 81 hospitalizowanych.



Ulica Szpitalna dochodziła dawniej do ul. Giermków, przecinając istniejącą wówczas ul. Nowomiejską Stajenną (ul. Północną za Stajniami). Ul. Szpitalna była też nazywana ul. Polskiego Kaznodziei, stał tu bowiem dom polskiego kaznodziei z kościoła św. Ducha. Na rogu z ul. Giermków znajdowała się „Polska Apteka”, (nazwa pochodzi z czasów, kiedy to do Elbląga przyjeżdżali polscy królowie, którzy zaopatrywali się tam w różne medykamenty), a przy

skrzyżowaniu ul. Szpitalnej z ul. 1 Maja rozciągał się obszerny teren należący do szpitala. Budynek szpitala św. Elżbiety wyburzono w latach 20-tych XX wieku a na jego miejscu postawiono zachowany do dzisiaj blok mieszkalny ze sklepami i bankiem oraz czynną do dziś Aptekę. Tak było do stycznia 1945r., kiedy cały ten obszar uległ zniszczeniu. Ciąg ulicy Szpitalnej do Giermków został zamknięty przez wybudowane pod koniec lat 50-tych XX w. bloki mieszkalne i boisko szkolenie.

SZPITAL ELBLĄSKIEJ FUNDACJI DLA CHORYCH (SZPITAL ŁOŻY)

Ulica Pestalozziego, choć leżąca dawniej poza murami obronnymi miasta, ma bardzo długą, sięgającą średniowiecza historię. W 1629 r. w pobliżu Bramy Targowej wybudowano bastion, na wschód od niego przebiegał rów miejski. Uliczka zwana Pszą, biegnąca z południa na północ między murami a rowem miejskim łączyła Groblę Młyńską (dzisiejsza ul. 1 Maja) z Groblą Złodziejską (Teatralna). Po opanowaniu Elbląga przez Prusy powstała tu loża wolnomularska, od której uliczka przybrała w 1790 r. nazwę ul. Łoży.

Przez następne lata brak szpitala był dla miasta bardzo dotkliwy, szczególnie po zakwaterowaniu w mieście armii francuskiej w 1807 r., a zwłaszcza podczas jej odwrotu w latach 1811/12. Miasto bardzo wówczas zubożało i nie było w stanie zbudować i utrzymać szpitala. Znaleźli się jednak obywatele miasta, tzw. „138 odważnych ofiarodawców” – fundatorów, którzy zgromadzili środki na budowę szpitala. W roku



lek. Bolesław Szatrański, specjalista chorób płuc

1814 prezydent miasta uruchamia przy ulicy Łoży pod nr 5 budowę nowego szpitala. Fundatorzy podarowują go miastu jako „Elbląska Fundacja dla Chorych”. Budowlę, jako Szpital Miejski, poświęcono 8 sierpnia 1819 roku. Szpital usytuowano po wschodniej stronie ul. Łoży (obecnie Pestalozziego), blisko rowu miejskiego. Po jego zasypaniu ul. Łoży doprowadzono do ul. Słonecznej.

Do szpitala w 1871 dobudowano barak na 25 łóżek (obecnie rejon pawilonów handlowych przy ul. Pestalozziego). W 1844 r. dr Samuel Cohn w domu przy ul. Łoży nr 3 urządził instalację wodoleczniczą dla bezpłatnego leczenia biednych, szczególnie cierpiących na gorączkę, która dawała się wyleczyć wodą w kilka dni.

Fundacja Szpitalna utrzymywana była głównie dzięki legatowi mieszkańca Elbląga kupca Richarda Cole. Sprawdzala się bardzo dobrze, jednak pod koniec XIX w. szpital przestał spełniać jakiegokolwiek wymogi higieniczne i organizacyjne. Biorąc pod uwagę doskonałą sytuację finansową miasta, postanowiono nie zwracać się o dofinansowanie do rządu pruskiego czy cesarstwa, lecz pieniędzy szukać w budżecie miasta. Finansowanie budowy nowego szpitala opierało się na fundacji PottCowla oraz dotacjach rodziny Schichau. W r. 1895 Ferdynand Schichau ofiarował na ten cel 150.000 marek. Warunkiem było stałe utrzymanie dwunastu łóżek w dwóch salach dla pracowników Zakładów Schichau'a. Zapowiedź tego datku Honorowego Obywatela Miasta doprowadziła do rychłego zrealizowania budowy w miejscu, gdzie obecnie znajduje się Szpital Miejski (ul. Żeromskiego).

W 1906 r. budynek szpitala przy ul. Łoży przebudowano na szkołę. W 1934 r. ul. Łoży przemianowano na ul. Pestalozziego. Szkoła istniała do końca II wojny światowej. W styczniu 1945 r. pełniła funkcję lazaretu wojskowego. Została zniszczona w toku walk o Elbląg.

ZRÓB BADANIA BEZ GADANIA

**SKORZYSTAJ Z PAKIETÓW
BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH**

**DLA KOBIET
I MĘŻCZYŹN**

**O SZCZEGÓŁY ZAPYTAJ
W ZAKŁADZIE DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ**

[www.szpital.elblag.pl/pakiet profilaktyka](http://www.szpital.elblag.pl/pakiet%20profilaktyka)