



KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W ELBLĄGU

STYCZEŃ 2018 (1/69)

KRÓLEWIECKA 146

ISSN-1642-1922
Egzemplarz bezpłatny

30 LAT

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
ZESPOLONEGO W ELBLĄGU



1988

2018





fot. Anna Kowalska

WYDAWCA

Wojewódzki Szpital
Zespołowy w Elblągu

REDAKTOR NACZELNA

Anna Kowalska

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Małgorzata Twardowska
Danuta Stanicka
Piotr Demczuk

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

Nowy ambulans dla Elbląga	4
Poródówka jak marzenie	5
Nie lekceważmy pierwszych objawów reumatyzmu	6
Męskie nowotwory przestają być tematem tabu	8
SAMOBADANIE PIERSI jako rekomendowany sposób edukacji prozdrowotnej	10
PRZY DŹWIĘKACH MUZYKI ... POŻEGNALIŚMY STARY ROK	12
Alanek. Mały WIELKI bohater	14
Cytologia – bardzo ważne badanie profilaktyczne każdej kobiety	16
Profilaktyka i edukacja: Czym skorupka za młodu nasiąknie...	17
Rozważania etyczne: UPORCZYWA TERAPIA	18
O sztuce porozumiewania się	19
Postępowanie z odpadami medycznymi – aktualności	20
Krótko i na temat	21
Taniec to samo zdrowie	22
Elbląskie szpitale (część 7)	23





Szanowni Państwo!



Rok 2018 jest dla nas Rokiem Jubileuszowym – obchodzimy 30-lecie powstania Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu. Dokładnie trzy dekady temu otworzyliśmy pierwsze szpitalne oddziały, przyjęliśmy naszych pierwszych pacjentów...

Dla nas, pracowników szpitala, to ważny czas, w którym pragniemy podsumować 30-letnie starania wielu wspaniałych, bardzo zaangażowanych w swoją pracę osób, których potrzebą i ambicją od zawsze było to, by szpital z każdym rokiem stawał się coraz bardziej nowoczesny, coraz lepiej wyposażony, by mógł sprostać wciąż rosnącym potrzebom pacjentów i zmieniającym się standardom leczenia. Aby działać w sposób przemyślany i perspektywiczny. Z myślą o ratowaniu zdrowia tych, którzy trafiają pod naszą opiekę dzisiaj, ale również ze świadomością, że przyszłość przyniesie nam wielu kolejnych pacjentów i postawi przed nami kolejne nowe wyzwania.

Prawie 900 tysięcy leczonych u nas pacjentów, ok. 300 tysięcy przeprowadzonych operacji, w tym znaczący procent zabiegów onkologicznych. Niemal 35 tysięcy dzieci, które przyszły na świat w naszym szpitalu w ciągu minionego 30-lecia! To kolejne już pokolenie mieszkańców Elbląga i regionu, którzy mają prawo oczekiwać od nas najlepszej opieki zdrowotnej, zaś w przypadku problemów ze zdrowiem – sprawnej, nowoczesnej diagnostyki i terapii.

Trzy dekady to dla szpitala milowy krok w przyszłość. To codzienne starania, by dotrzymać kroku błyskawicznie zmieniającej się rzeczywistości, w której każdy kolejny rok, dzięki ogromnemu postępowi medycyny, niesie naszym pacjentom nowe szanse i możliwości. I to właśnie naszym zadaniem jest po te nowe możliwości sięgać. Stąd – od początku – dobra współpraca szpitala wojewódzkiego z lokalnym samorządem, elbląskimi zakładami pracy, fundacjami, które wspomagały szpitalny budżet przy realizacji nowych inwestycji czy zakupie niezbędnego sprzętu medycznego.

Od kilkunastu lat to także liczne szpitalne projekty składane do programów finansowanych przez Unię Europejską i ponad 100 mln zł dofinansowania, jakie stamtąd otrzymaliśmy. Budowa nowoczesnego Bloku Operacyjnego, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Centralnej Sterylizatorni, kompleksowa modernizacja bazy Ratownictwa Medycznego czy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, to zaledwie „wierzchołek góry lodowej” tego, co udało się nam dokonać.

Dzięki tym dodatkowo pozyskanym środkom finansowym szpital w niczym nie przypomina dziś placówki sprzed 30 lat. Ogromne pieniądze zainwestowane w poprawę starzejącej się infrastruktury, w rozbudowę kolejnych oddziałów i poradni, w sprzęt medyczny, sprawiły, że możemy dziś z dumą stawać w szeregu najlepszych szpitali na Warmii i Mazurach, cieszyć się opinią bardzo dobrze ocenianego w skali kraju szpitala publicznego, a także być największym elbląskim pracodawcą.

Mamy też bardzo ambitne plany na przyszłość. Wiele naszych nowych projektów jest obecnie w trakcie realizacji, chociażby te związane z rozwojem Ginekologii i Położnictwa, Neonatologii czy dalszą informatyzacją szpitala. Wszystko po to, by otoczyć chorych jeszcze lepszą, jeszcze bardziej profesjonalną opieką w każdym możliwym zakresie. By pokazać naszym pacjentom, że jesteśmy w tym mieście właśnie dla nich.

Z serdecznymi pozdrowieniami

Elżbieta Gęłert

Dyrektor Naczelna

Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu

Nowy ambulans dla Elbląga

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu zakupił nowy ambulans wart ponad 550 tys. zł. Od października pojazd służy mieszkańcom miasta jako ambulans specjalistyczny, co oznacza, że w jego załodze, oprócz ratowników, znajduje się także lekarz. To piąta karetka w strukturach naszego Działu Ratownictwa Medycznego.

– Po wielu staraniach otrzymaliśmy od Wojewody Warmińsko-Mazurskiego zgodę na uruchomienie w Elblągu dodatkowego wyjazdowego zespołu ratowniczego. Dziękujemy także Radzie Miasta i Prezydentowi Elbląga Witoldowi Wróblewskiemu za podjęcie decyzji o przekazaniu szpitalowi 250 tys. zł na dofinansowanie zakupu nowego ambulansu – powiedziała Elżbieta Gelert, dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu, dodając - Wielkie podziękowania należą się oczywiście również Michałowi Missanowi, koordynatorowi naszego DRM, który od dawna starał się, aby do Elbląga trafiła jeszcze jedna karetka.

Uroczyste uruchomienie nowego zespołu ratowniczego wraz z symbolicznym oddaniem do użytku nowego ambulansu odbyło się 16 października 2017 r. w bazie Działu Ratownictwa Medycznego przy ul. Orzeszkowej 6 w Elblągu, z udziałem zaproszonych na tę okazję gości, w tym Prezydenta Witolda Wróblewskiego oraz przedstawicieli lokalnych mediów.

– W tej chwili mamy pięć ambulansów systemu ratownictwa medycznego, trzy z nich stacjonują w bazie DRM przy ul. Orzeszkowej, a dwa w szpitalu wojewódzkim. Mamy również po jednym zespole ratowniczym w Młynarach, Tolkmicku i Pasłęku. Wszystkie nasze ambulansy są bardzo podobnie wyposażone, ogólnie można powiedzieć, że karetki te, to taki mały OIOM – mówi Michał Missan, koordynator Działu Ratownictwa Medycznego w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu – Dysponowanie dodatkową karetką i dodatkowym zespołem ratowniczym powinno w praktyce skrócić czas oczekiwania pacjenta na przyjazd karetki pogotowia. To bardzo ważne, bo oznacza to zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Elbląga poprzez łatwiejszy dostęp do usług ratownictwa medycznego.



Ambulans wraz z nowoczesnym wyposażeniem kosztował ponad 550 tys. złotych, z czego 250 tys. zł pochodziło z budżetu miasta.

– Bardzo się cieszę, że mogliśmy umożliwić mieszkańcom miasta łatwiejszy dostęp do usług ratownictwa medycznego. Bezpieczeństwo – także to zdrowotne, to jeden z naszych priorytetów, dlatego zdecydowaliśmy się dofinansować zakup tego nowoczesnego ambulansu. Mam jednak nadzieję i tego życzę całemu zespołowi ratownictwa, aby nowa karetka była wyjeżdżała z bazy jak najrzadziej – podsumował Witold Wróblewski, prezydent Elbląga.

Każdego dnia ratownicy z Elbląga podejmują od 70 do 100 wyjazdów. Zakup nowego ambulansu pozwala odciążyć zespoły ratownicze działające w regionie i w praktyce skrócić czas oczekiwania pacjentów na pomoc.

Anna Kowalska



Od lewej: Michał Missan- koordynator DRM, Elżbieta Gelert- Dyrektor WSZ w Elblągu, Witold Wróblewski - Prezydent Elbląga, Jolanta Lisiecka - Radna RM w Elblągu



Nowocześnie wyposażone wnętrze ambulansu

Porodówka jak marzenie

20 października 2017 roku Marszałek Warmii i Mazur Gustaw Marek Brzezina i dyrektor WSZ w Elblągu Elżbieta Gelert podpisali umowę na realizację projektu dot. modernizacji Traktu Porodowego i Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Projekt realizowany w ramach RPO Warmia i Mazury opiewa na ponad 11,5 mln zł. Prace modernizacyjne trwać będą przez dwa najbliższe lata a ich efektem będzie „porodówka” na miarę XXI wieku wyposażona w nowoczesny sprzęt służący pacjentkom, w tym: nowy mammograf oraz aparat USG do wykrywania wad wrodzonych płodu i badania piersi.



Projekt przewiduje kompleksową modernizację pomieszczeń Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Powstaną nowoczesnie wyposażone sale łóżkowe z sanitariatami dostosowanymi do potrzeb osób niepełnosprawnych, szerokie drogi komunikacyjne,

centralny punkt pielęgniarstwa a także nowa sala operacyjna.

Długo oczekiwanej modernizacji doczeka się także Trakt Porodowy. Projekt zakłada budowę nowoczesnych 3-stanowiskowych

sal porodowych, sali do porodów rodzinnych, monitorowanego pomieszczenia dla pacjentek po porodach powikłanych i stanowiska pierwszej pielęgnacji i resuscytacji noworodka.

Anna Kowalska

Tak po modernizacji będą wyglądały:



1. Sale pacjentek naszej Ginekologii



2. Sala porodów rodzinnych



3. Dyżurka pielęgniarek

Projekt pn. „Modernizacja Traktu Porodowego i Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu wraz z doposażeniem” zakłada: zwiększenie dostępności kobiet do wysoko wyspecjalizowanych usług w zakresie ginekologii i położnictwa, podniesienie standardów opieki nad noworodkami, w efekcie - podniesienie poziomu i jakości specjalistycznych usług medycznych w Elblągu i regionie.



Magdalena Romanowska
specjalista reumatolog
Oddział Reumatologiczny

Nie lekceważmy pierwszych objawów reumatyzmu

Potoczne stwierdzenie „reumatyzm” – jest powszechnie znane. Jednakże wiedza na temat przyczyn i objawów występowania chorób reumatycznych jest bardzo niska. Brak skutecznie postawionej diagnozy odkładający się w czasie może prowadzić u chorego do inwalidztwa, niepełnosprawności, i innych dysfunkcji. Lekceważenie pierwszych objawów wynika często z braku świadomości dotyczącej konsekwencji chorób reumatycznych. Trzeba pamiętać, że chorobami tymi mogą być dotknięte osoby w każdym wieku, także dzieci.

Choroby reumatyczne dzielą się na zapalne i niezapalne, każda z nich wymaga odmiennego, specjalistycznego leczenia. Oto najważniejsze z nich:

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) jest przewlekłą, zapalną, immunologicznie zależną układową chorobą tkanki łącznej charakteryzującą się nieswoistym, symetrycznym zapaleniem stawów, występowaniem zmian pozastawowych i powikłań układowych, prowadzącą do niepełnosprawności, kalectwa i przedwczesnej śmierci.

Toczeń układowy – choroba autoimmunologiczna rozwijająca się na skutek zaburzeń układu odpornościowego - prowadzących do przewlekłego procesu zapalnego w wielu tkankach i narządach m. in. skórze, układzie krwiotwórczym, nerkach, układzie nerwowym.

Zespół antyfosfolipidowy – choroba autoimmunologiczna manifestująca się zakrzepicą żylną, tętniczą, niepowodzeniami położniczymi.

Twardzina układowa - charakteryzuje się postępującym włóknieniem skóry i narządów wewnętrznych – prowadzącym do ich niewydolności, zaburzenia morfologii i funkcji naczyń krwionośnych oraz nieprawidłowościami układu immunologicznego.

Zapalenia wielo- i skórno-mięśniowe – nabyte, idiopatyczne zapalenie mięśni, mogą towarzyszyć im zmiany skórne, w sercu, tkance śródmiąższowej płuc, naczyniach krwionośnych.

Zapalenia naczyń – zapalenie ścian naczyń krwionośnych powodujące ich uszkodzenie, prowadzące do ograniczenia przepływu lub do krwawienia, niedokrwienia i martwicy tkanek zaopatrywanych przez zajęte naczynia. Do grupy tej należą m.in. ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń, choroba Schonleina Henocha.

Polimialgia reumatyczna – zespół chorobowy występujący u osób powyżej 50 r.ż., w którym dominują ból i ograniczenie ruchomości w obrębie obręczy barkowej i biodrowej. Często towarzyszy jej olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic, które nieleczone może prowadzić do utraty wzroku.

Zespół Sjogrena – w przebiegu choroby dochodzi do powstawania nacieków limfocytarnych w gruczołach wydzielania zewnętrznego oraz upośledzenia ich czynności a także zmian zapalnych w innych układach i narządach.

Sponyloartropatie seronegatywne - grupa chorób zapalnych zajmujących stawy kręgosłupa, krzyżowo – biodrowe oraz obwodowe, z ujemnym czynnikiem RF, często występuje dodatni antygen HLA B

27. Należą tu m.in. łuszczycowe zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, reaktywne zapalenie stawów czy zapalenie stawów w przebiegu zapalnej choroby jelit. Dochodzić może tu także m.in. do zajęcia innych narządów tj. oko, serce.

Dna moczanowa - zapalenie stawów spowodowane krystalizacją moczanu sodu w płynie stawowym, fagocytozą kryształów i powstawanie złogów w tkankach i narządach.

Osteoporoza - układowa choroba tkanki łącznej charakteryzująca się zwiększonym ryzykiem złamania kości w następstwie ich zmniejszenia odporności mechanicznej. W jej przebiegu dochodzi do złamańiskoenergetycznych tj. kręgow, szyjki kości udowej, żeber.

Fibromialgia - zespół bólowy mięśniowo – stawowy o charakterystycznych bólowych punktach typowych.

Choroba zwyrodnieniowa - osteoartroza - choroba będąca wynikiem zdarzeń zarówno biologicznych, jak i mechanicznych, które zaburzają powiązane ze sobą procesy degradacji i syntezy chrząstki stawowej, zarówno w chondrocytach, macierzy pozakomórkowej, jak i w warstwie podchrzęstnej kości. Towarzyszy jej powstanie wyrośli kostnych (osteofitów).

Cała grupa schorzeń niezapalnych – tzw. reumatyzm tkanek miękkich. Jego przyczyną są zazwyczaj tzw. mikrourazy. Tego typu niewielkie pęknięcia mogą powodować ból a nieleczone urazy tego typu mogą z czasem doprowadzić do złamania w tym miejscu kości lub właśnie do rozwoju choroby reumatycznej. Reumatyzm tkanek miękkich najczęściej dotyczy takich części ciała jak bark, ramię czy nadgarstek. Mówi się wtedy odpowiednio o tzw. barku tenisisty, ramieniu tenisisty czy zespole cieśni nadgarstka.



zdj. 1 Kapilaroskopia - nieinwazyjna metoda diagnostyczna stosowana w medycynie polegająca na przyżyciowej ocenie przy użyciu technik powiększających, mikrokrażenia krwi w obrębie skóry i błon śluzowych. Polega na obejrzeniu naczyń włosowatych pod specjalnym mikroskopem, po uprzednim nawilżeniu badanego miejsca płynem. Wyniki badania są natychmiastowe.

REUMATYZM. MITY I FAKTY

MIT: „Reumatyzm” – to choroba osób starszych, postępująca z wiekiem.

FAKT: Zachorowania na choroby reumatologiczne odnotowuje się w różnym wieku pacjentów, często u osób młodych (patrz przypadek kliniczny) i dzieci np. MIZS- młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, ZZSK czy toczeni!

MIT: „Reumatyzm” – to potocznie nazwane „strzykanie w kościach”, „kręcenie stawów”...

FAKT: Schorzenia reumatologiczne dotyczą narządu ruchu, ale także zajęcia innych układów i narządów – np. skóry, układu krążenia, naczyń krwionośnych, płuc, nerek, narządów zmysłu. Mogą prowadzić do niewydolności oddechowej, dużego białkomoczu, ślepoty i innych groźnych dla życia powikłań.

MIT: Na reumatyzm najlepiej działa „żółta maść z apteki”.

FAKT: Nieleczone choroby reumatologiczne skutkują dużym stopniem inwalidztwa i niepełnosprawności, utratą wzroku, a niektóre z nich- nierozpoznane- kończą się śmiercią, dlatego tak ważna jest szybka i trafna diagnostyka! Są to m.in. choroby zapalne i układowe, wymagające specjalistycznego leczenia przeciwzapalnego, immunosupresyjnego a czasem biologicznego.

MIT: Osteoporozę, jedną z chorób reumatycznych można leczyć wg wskazówek reklam telewizyjnych różnorodnymi suplementami diety.

FAKT: Osteoporoza to choroba polegająca na zmniejszeniu gęstości kości, zwiększająca ryzyko złamań. Wymaga specjalistycznego leczenia, w razie nieskuteczności także lekami biologicznymi. Trzeba pamiętać, że powikłania złamań osteoporotycznych mogą skutkować u osób starszych zgonem.

MIT: „Reumatyzm” dokucza na „zmianę pogody”, towarzyszy przebywaniu w zimnym, wilgotnym środowisku.

FAKT: Przyczyny chorób reumatologicznych nie są do końca znane, główne ich tło stanowią procesy autoimmunologiczne. Związane są z predyspozycjami genetycznymi, stresem, infekcjami bakteryjnymi.

MIT: Osoby z rozpoznaniem reumatologicznym muszą zrezygnować z pracy i innych dziedzin życia.

FAKT: Osoby chorujące na schorzenia reumatyczne powinny prowadzić normalny tryb życia, tak długo, jak to możliwe. Samo zdiagnozowanie dolegliwości nie stanowi podstawy niezdolności do pracy zarobkowej, rezygnacji z życia rodzinnego, sportu!

PRZYPADK KLINICZNY

Pacjentka lat 39, rozpoznana twardzina układowa – postać ograniczona.

Objawem zwiastującym u niej chorobę był od dłuższego czasu objaw Reynauda (zdj.1), czyli napadowy skurcz tętnic – u pacjentki dotyczył zarówno rąk jak i stóp – bez uchwytnej przyczyny, ale także nasilał go stres i zimno. Charakteryzuje się on trzema fazami – zblednięcia: kolor woskowo blady, spowodowany skurczem tętniczek; później faza zasinięcia; na końcu zaczerwienie i niewielki obrzęk. W mechanizmie takiego niedokrwienia u chorej, doszło do powstania naporstkowych blizn na opuszkach palców. Po pewnym czasie dołączyły się stwardnienie skóry dystalnych części kończyn oraz twarzy. Rysy twarzy stały się charakterystyczne: ścieńczenie czerwieni wargowej, utrata mimiki, naturalnych zmarszczek, przybrała wyraz maskowaty (zdj.2).



zdj. 2 Charakterystyczne dla wczesnej twardziny rysy twarzy: ścieńczenie czerwieni wargowej, utrata mimiki, naturalnych zmarszczek

Wykonano chorej RTG przetyku z kontrastem – nie stwierdzono cech zajęcia tego narządu, obraz HRCT klatki piersiowej podobnie bez zmian. W obrazie kapilaroskopowym typowe dla mikroangiopatii twardzinowej obszary awaskularyzacji, pętle naczyń poszerzone a także obecne megakapilary. Immuno-

logicznie obecność przeciwciał przeciwcentromerowych.

Pacjentka spełnia kryteria twardziny układowej ACR/EULAR 2013 rok. Włączono leczenie metotrexatem, leki rozszerzające naczynia krwionośne: amlodypinę, polfilinę, leki przeciwzakrzepowe tj. kwas acetylosalicylowy i sulodexyd.



zdj. 3 Objaw Raynauda, acroscleroderma

Chora wymaga ciągłej obserwacji w poradni reumatologicznej i okresowej w oddziale, wskazane regularne kontrole i ocena czasu aktywności choroby. Pacjentce tej zalecono także wykonywanie regularnego badania piersi. Matka chorej obciążona w wywiadzie rakiem gruczołu piersiowego. Twardzina może być objawem paraneoplastycznym i trzeba zawsze o tym pamiętać!!!

Na twardzinę układową chorują 3-4 razy częściej kobiety, najczęściej zachorowań odnotowuje się w wieku 30-50 lat. Rokowanie jest poważne, zależne od stopnia zajęcia narządów wewnętrznych, jest to choroba nieuleczalna, przewlekła. Zajęcie naczyń krwionośnych w twardzinie stanowi główny i dominujący objaw chorobowy. Natomiast zajęcie płuc i tętnicze nadciśnienie płucne, będące wynikiem obliteracyjnej angiopatii tętnic płucnych, stanowi wiodącą przyczynę zgonu. Trzeba też pamiętać, że owrzodzenia opuszek palców są przyczyną znacznego obniżenia jakości życia, mogą też prowadzić do nieodwracalnych zmian martwiczych.

MĘSKIE NOWOTWORY przestają być tematem tabu

Jakkolwiek kwestionowalibyśmy znaczenie nowotworów, statystyki pozostają nieubłagane. Nowotwory są najczęstszą przyczyną śmierci. Rak prostaty jest drugim, po raku płuc, najczęściej zabijającym mężczyzn schorzeniem, rak jąder zaś jednym z najszybciej rozwijających się. O tym, jak ważna jest profilaktyka oraz jakie badania warto wykonać, red. Aleksandra Garbecka z „Razem z Tobą” rozmawia z urologiem lek. Tomaszem Kazikiem.



lek. Tomasz Kazik
specjalista urolog
Koordynator Oddziału Urologicznego

Dużo słyszy się o raku piersi czy raku szyjki macicy. O męskich nowotworach mówi się rzadziej. Czy to wciąż temat tabu?

Na szczęście w ostatnim czasie świadomość społeczna zdecydowanie wzrosła w tym temacie. Dostęp do diagnostyki spowodował, że coraz więcej mężczyzn jest otwartych na badania i wybiera się do specjalistów w celach czysto profilaktycznych.

Co mężczyźni mogą zrobić w kwestiach profilaktycznych?

Są wytyczne, którymi kierują się urolodzy w zależności od historii pacjenta, szczególnie obciążenia rodzinnego. Genetyka rządzi niestety we wszystkich nowotworach, dlatego zawsze wcześniej wykryty guz daje większe szanse na wyleczenie. **W przypadku raka prostaty mężczyźni będący obciążeni genetycznie powinni w 40. roku życia bezdyskusyjnie odwiedzić urologa i ocenić wskaźnik PSA. Badanie to jest najbardziej wiarygodnym sposobem wczesnego wykrywania nowotworów prostaty. Zaleca się także, aby każdy mężczyzna po 50. roku życia poddał się badaniu urologicznemu,**

nemu, nawet ten, u którego nie występują objawy. Pamiętajmy, że wszelkiego rodzaju incydenty krwimoczny, nawet te bezbolesne, są zawsze niepokojące i warto je skonsultować ze specjalistą. Młodzi panowie, 20/30-latkowie raz w miesiącu powinni wykonać samobadanie jąder. Jest to szczególnie ważne, gdyż guzy jądra dają bardzo szybko zmiany przerzutowe i są jednymi z najszybciej rozwijających się nowotworów.

Jakie schorzenia dominują wśród mężczyzn?

Rak prostaty w tej chwili zaczyna wyprzedzać powoli nowotwory jelita grubego, wchodząc na drugie miejsce w ich rozpoznawalności u mężczyzn zaraz po raku płuc. W Europie Zachodniej ta tendencja widoczna jest już od wielu lat. W Polsce widzimy coraz większą wykrywalność raka prostaty, ale również większą świadomość istnienia tej choroby w młodszym pokoleniu.

Mimo że rak prostaty jest najbardziej dominującym nowotworem, jeśli chodzi o wykrywalność, to jedną z najpoważniejszych chorób onkologicznych i urologicznych jest rak pęcherza moczowego, którego pierwsze objawy – krwimocz czy bóle podczas oddawania moczu – są często bagatelizowane. W rezultacie powoduje to, że guz się rozwija i po kilku latach od wystąpienia pierwszych symptomów wykrywamy nowotwór często już w dość zaawansowanym stadium. Wówczas pacjenta czeka albo operacja, czyli wycięcie pęcherza moczowego, albo stała kontrola endoskopowa guza do końca życia. W obu przypadkach zetknięcie się z tym nowotworem skazuje pacjenta na ciągły kontakt z urologiem. Warto również dodatkowo wykonać USG jamy brzusznej, bowiem np. rak nerki coraz rzadziej wykrywany jest w przypadku objawów, a coraz częściej

przypadkowo podczas rutynowego badania USG. Im wcześniej wykryty guz, tym jest większa szansa na to, że pacjent zachowa swoją nerkę.

Jak mężczyźni reagują po diagnozie?

Mężczyźni reagują bardzo różnie. Kluczem do poznania pacjenta jest rozmowa. Czas poświęcony pacjentowi, któremu wykryto nowotwór, lub który oczekuje na wyniki oceny histopatologicznej, to okres niezwykle stresujący. Urolog musi porozmawiać i poznać oczekiwania pacjenta, poinformować go, w jakim jest momencie choroby i co będzie się dalej działo. Nie możemy go pozostawić bez informacji, bo to powoduje, że pacjent jeszcze bardziej się gubi. Rozmowa i wsparcie urologa są najważniejsze. W razie potrzeby warto skorzystać również z pomocy psychologa.

Jaką radę dałby Pan mniej odważnym mężczyznom?

Z jednej strony mamy XXI wiek, w którym wykrywalność nowotworów jest olbrzymia, dzięki m. in. dostępności do diagnostyki, ale z drugiej mamy kolejki do poradni specjalistycznych, co w jakimś sensie przyhamowuje ten proces. Dlatego zawsze powtarzam swoim pacjentom, żeby nie patrzyli tylko i wyłącznie na skierowania. **Warto wybrać się samemu do lekarza i wziąć sprawę w swoje ręce.** Najważniejsze jest to, abyśmy nie bagatelizowali objawów, bowiem nie każdy krwimocz jest infekcją, ale może być symptomem poważnej choroby onkologicznej. **Apeluję do wszystkich mężczyzn, aby przełamali swój strach i wstyd przed wizytą u urologa. Badanie jest zupełnie bezbolesne, a wnieść może bardzo wiele – radość z dobrego zdrowia na długie lata.**

Specjaliści są zgodni, że wszyscy mężczyźni w wieku 18-40 lat powinni raz w miesiącu badać swoje jądra. Systematyczne samobadanie pozwala szybko wykryć wszelkie nieprawidłowości i w porę rozpocząć leczenie. Rak jąder jest stosunkowo rzadko występującą chorobą, ale gdy zostaje wcześniej zdiagnozowany, szanse na pełne wyzdrowienie są bardzo wysokie. Samobadanie jąder nie jest skomplikowane i nie zajmuje dużo czasu, dlatego warto pamiętać o nim w każdym kolejnym miesiącu.

4 KROKI BLIŻEJ ZDROWIA

SAMOBADANIE JĄDER

Badanie przeprowadzaj raz w miesiącu!
Najlepiej po kąpieli lub w trakcie, ciepła woda rozluźnia mosznę i pozwala lepiej przeprowadzić badanie.

1. Złap jedno jądro przy pomocy obu dłoni



Podczas badania nie powinieneś odczuwać żadnego bólu.

2. Sprawdź każde jądro przy pomocy obu dłoni



Delikatnie obracając je pomiędzy kciukiem a pozostałymi palcami. Powinno ono być gładkie.

3. Zapoznaj się z budową swoich jąder



W szczególności z powrózkiem nasiennym i najądrzem.

4. Szukaj zgrubnienia w wyglądzie lub kolorze skóry



To normalne, że jedno jądro jest nieco mniejsze od drugiego.

Miej oko na wszelkie zmiany.
Jeśli zauważysz zmiany **nie panikuj!** Udaj się jak najszybciej do urologa.

Program zdrowotny pt. „Najlepszy czas na działanie jest TERAZ! Profilaktyka nowotworowa wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych prowadzona przez Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu”.

Zadanie realizowane na podstawie umowy pomiędzy Wojewódzkim Szpitalem Zespołowym w Elblągu a Województwem Warmińsko – Mazurskim reprezentowanym przez Zarząd Województwa Warmińsko - Mazurskiego.



Anna Maksimczyk
pielęgniarka
Oddział Chirurgii Onkologicznej

SAMOBADANIE PIERSI

jako rekomendowany sposób edukacji prozdrowotnej



Nowotwory złośliwe to druga przyczyna zgonów w Polsce. Wśród kobiet najczęściej występują nowotwory: piersi (22,2%), płuca (8,7%) i trzonu macicy (7,1%). Rak piersi stanowi 13,3% zgonów Polek z powodu nowotworów, zajmuje zatem drugie miejsce (wiodącą pozycję zajmuje rak płuc – 15,3%). Przewidywania wskazują, że w 2025 roku liczba kobiet z rakiem piersi wzrośnie prawie dwukrotnie. Największy wzrost przypadnie w grupie kobiet między 50 a 69 r. ż. Wzrośnie także liczba kobiet z nowotworem piersi w grupie wiekowej 20 – 49 lat.

PRZYCZYNY RAKA PIERSI

W naszym kraju nadal zbyt często wykrywa się zaawansowane zmiany nowotworowe, które dużo gorzej rokują i trudniej poddają się procesowi pielęgnowania i leczenia. Przyczyn takiego stanu rzeczy można upatrywać m.in. w niewystarczającej wiedzy pacjentów na temat wczesnych symptomów choroby nowotworowej.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (INC - International Council of Nurses) uważa, że ważne zadania w aspekcie wpływu na zdrowie ludzi i prewencję chorób nowotworowych wykonują pielęgniarki. Dzieje się to poprzez prowadzenie profilaktyki oraz udział w edukacji prozdrowotnej. Realizując programy edukacyjne można zaobserwować wzrost świadomości i wiedzy onkologicznej.

Jak wynika z badań, znaczący wpływ na zmiany w zachowaniach prozdrowotnych kobiet mają programy profilaktyczne, których idea jest możliwie wczesne wykrywanie zmian chorobowych w piersi.

W Polsce realizowany jest profilaktyczny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. Co 2 lata zaprasza się kobiety w wieku od 50 do 69 lat do udziału w badaniu bilansowym (mammografia), przeprowadza edukację na temat samobadania piersi, a kobiety z wynikiem dodatnim - kieruje się na dalszą diagnostykę. Pomimo dwukrotnego wzrostu liczby kobiet, które uczestniczyły w badaniach w 2006 roku (23,3%), zgłaszalność jest nadal, poniżej 50% (2013 r.).

Przyczyny raka piersi nie są znane. Na proces wystąpienia choroby składa się wiele czynników: starzenie się organizmu, predyspozycje osobnicze (uwarunkowania genetyczne, zaburzenia hormonalne), również środowisko i styl życia. **Znajomość czynników ryzyka raka piersi jest bardzo ważna, ponieważ początkowe stadium choroby przebiega bezobjawowo.**

Profilaktyka pierwotna polega na eliminacji czynników ryzyka, na które kobiety mają wpływ. Unikanie alkoholu, uwzględnienie w diecie warzyw i owoców, zastąpienie tłuszczów zwierzęcych tłuszczami roślinnymi, dbanie o regularną aktywność fizyczną, wczesne macierzyństwo, czyli przed 30 r. ż., przemyślane stosowanie hormonalnej terapii zastępczej, zwłaszcza u kobiet z grup podwyższonego ryzyka, unikanie napromieniania oraz zaprzestanie palenia tytoniu. Nadwaga predysponuje do wystąpienia raka sutka około 1,4 – 3 razy częściej niż u kobiet szczupłych. Utrzymanie masy ciała w granicach BMI: 19-25 zmniejsza ryzyko zachorowania nawet o 30 %. Codzienne picie alkoholu nawet w małych ilościach zwiększa natomiast ryzyko zachorowania na nowotwór sutka nawet o 11%.

Podstawowym celem wtórnej profilaktyki raka piersi jest wykrycie choroby w fazie przedinwazyjnej. Stosując się do zaleceń American Kancer Society i Polskiej Unii Onkologii należy wykonywać badania przesiewowe, które pozwalają zmniejszyć umieralność. Rekomendowaną metodą wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet, które nie mają objawów klinicznych jest mammografia. **Kobiety w wieku 50–69 lat powinny wykonywać mammografię co 2 lata, natomiast kobietom w wieku 40 do 49 r.ż. zaleca się zebranie dokładnego wywiadu rodzinnego, który dotyczy objawów oraz czynników ryzyka i ustalenie wykonywania mammografii co 12–18 miesięcy (częstotliwość badań zależy od ryzyka zachorowalności i potencjalnych korzyści kobiety).**

Dla kobiet młodszych od 20 do 39 r. ż. wskazane jest USG oraz badanie palpacyjne piersi. Samobadanie piersi lub badanie palpacyjne wykonane przez lekarza lub pielęgniarkę, przez wiele lat było propagowane jako badanie skriningowe. Od kilku lat odchodzi się od postrzegania samobadania piersi jako badania przesiewowego, ponieważ jest duża dostępność wykonania mammografii i USG, które odznaczają się bardzo wy-



Jolanta Grzegótkowska - technik elektroradiologii podczas wykonywania mammografii

soką czułością. Prawdłowo wykonywana mammografia pozwala wykryć zmiany nieme klinicznie, a czułość badania oceniana jest na 77–95%, podczas gdy samobadania na 12–41%. **Samobadanie piersi jest zatem rekomendowane jako sposób edukacji prozdrowotnej.** Wykrycie zmian w piersi podczas regularnej samokontroli oraz badanie mammograficzne to zasadnicze elementy wtórnej profilaktyki nowotworów piersi, które - właściwie zaplanowane i przeprowadzone - przyczyniają się do zmniejszenia umieralności.

SAMOBADANIE PIERSI

Samobadanie piersi, powinno być realizowane od 18 r. ż. i wykonywane raz w miesiącu kilka dni po miesiączce, u kobiet, które nie miesiączkują – w wybranym dniu miesiąca. Jest to najprostsze kliniczne badanie piersi, które pozwala na wczesne rozpoznanie zmian chorobowych. Samobadanie piersi jest tanią, prostą oraz skuteczną metodą wczesnej diagnostyki zmian w piersi.

Badanie rozpoczyna się od oceny wizualnej, należy zwrócić uwagę na symetrię piersi, zmiany na ich powierzchni. Zaobserwować, czy nie występuje ucieplenie i czy nie pojawiły się poszerzone podskórne naczynia żyłne, uwypuklenie, owrzodzenie skóry lub obraz tzw. „skórki pomarańczy”. Bardzo dokładnie ogląda się brodawkę, czy nie jest wciągnięta lub zniekształcona, lub czy nie ma wycieku. Oglądanie piersi należy wykonać z ramionami wzdłuż ciała następnie z podniesionymi do góry. Kolejno z rękami za głową i rękami położonymi na biodrach.

Kolejnym etapem badania jest badanie palpacyjne obu piersi oraz węzłów chłonnych pachowych oraz pod – i nadobojczykowych, nie zapominając o wypustce sutkowej – ogonie Spensey’a. Badanie wykonuje się płaską powierzchnią trzech środkowych palców. Przeprowadza się je w dwóch pozycjach: stojącej oraz leżącej na plecach. Stojąc należy unieść zgiętą w łokciu lewą rękę, położyć lewą dłoń z tyłu głowy, a prawą na lewej piersi wykonać badanie. Na początku powinno się wykonać ruchy okrężne wokół całego gruczołu od największego jej obwodu do brodawki sutkowej, zgodnie z ruchem wskazówek zegara, lub ruchy okrężne od brodawki sutkowej do podstawy piersi i odwrotnie, lub ruchy okrężne wykonywane naprzemiennie w górę i w dół. Badanie przeprowadza się powoli, nie odrywając palców od piersi, przesuując je po skórze, starając się nie ominąć żadnego miejsca. Tak samo należy zbadać drugą pierś, nie zapominając o zbadaniu dołu pachowego.

W kolejnym etapie badania należy ścisnąć brodawkę palcem wskazującym i kciukiem, obserwując przy tym, czy nie wycieka z niej płyn. W celu wykonania badania w pozycji leżącej należy położyć się na plecach i prawą rękę położyć pod głowę. Takie ułożenie daje lepsze ułożenie całej piersi, a przez to ułatwia przeprowadzenie badania palpacyjnego. Kobiety, które mają duży biust, powinny podłożyć poduszkę pod lewy bark. Trzema środkowymi palcami należy badać pierś tak samo, jak w pozycji stojącej: naciskać i zataczać kółka wzdłuż piersi, z góry na dół, tam i z powrotem. Badanie powinno być przeprowadzone bardzo dokładnie, aby nie pominąć żadnego miejsca. Badając się, należy zbadać również pachę, a następnie dołki nadobojczykowe. Służy to sprawdzeniu, czy nie ma tam guzków, zgrubień lub powiększonych węzłów chłonnych. Po zakończeniu badania, należy powtórzyć całą procedurę dla piersi lewej. Badanie w pozycji leżącej jest niezbędne do zbadania dolnych kwadrantów piersi.

Pomimo, iż samobadanie jest znacznie mniej precyzyjne niż mammografia, szacuje się, że może w Polsce co roku uchronić przed rozwojem nowotworu od 800 do 1000 kobiet. Należy pamiętać, że kobieta bada się nie po to, aby wykryć guza, lecz po to, aby sprawdzić, czy go nie ma. Samokontrola nie zwalnia jednak z regularnych wizyt lekarskich.

	<p>Stać przed lustrem, aby obejrzeć kształt i kolor skóry piersi oraz sutków. Należy obejrzeć, czy:</p> <ul style="list-style-type: none"> nie ma zmian w kształcie i wielkości piersi na skórze nie pojawiły się zaczerwienienia lub wypryski nie pojawiły się wciągnięcia sutków, fałdki lub dołki dookoła nich
	<p>Unieść ręce ku górze, następnie położyć na biodrach i obejrzeć każdą pierś z przodu oraz z boku. Należy obejrzeć, czy:</p> <ul style="list-style-type: none"> nie ma zmian w kształcie i wielkości piersi na skórze nie pojawiły się zaczerwienienia lub wypryski nie pojawiły się wciągnięcia sutków, fałdki lub dołki dookoła nich
	<p>Najpierw w pozycji stojącej całą wewnętrzną powierzchnią palców lewej ręki należy zbadać prawą pierś. Po czym analogicznie należy zbadać lewą pierś.</p>
	<p>Należy rozpocząć od zewnętrznej ćwiartki (u większości kobiet tkanki w tej części są twardsze). Badanie należy przeprowadzić zgodnie z ruchem wskazówek zegara. Należy sprawdzić, czy:</p> <ul style="list-style-type: none"> nie ma obrzeków, torbieli, stwardnień wyjątkowo dokładnie zbadaj górną, zewnętrzną ćwiartkę piersi
	<p>Następnie należy ścisnąć każdy sutek pomiędzy kciukiem i palcem wskazującym. Należy sprawdzić, czy:</p> <ul style="list-style-type: none"> nie wydzielą się żadne płyny z jednego lub obu sutków nie ma zmian sutka np. wyciągnięć, zmian pozycji lub kształtu sutka
	<p>Leżąc na plecach, należy ponownie zbadać każdą ćwiartkę piersi zgodnie z ruchem wskazówek zegara. Należy sprawdzić, czy:</p> <ul style="list-style-type: none"> nie ma obrzeków lub dołków
	<p>Palcami należy sprawdzić obie pachy. Należy zbadać tkanki: pod względem powiększenia węzłów chłonnych</p>

Krajowy Rejestr Nowotworów podaje, że w Polsce rejestruje się rocznie ponad 150 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, a zgonów z tego powodu jest ponad 90 tys. Analizy KRKN na najbliższe lata pokazują, że zarówno u kobiet jak i mężczyzn, liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe będzie wzrastać, stając się pierwszą przyczyną zgonów przed 65 rokiem życia, deklasując nawet zgony spowodowane chorobami układu sercowo-naczyniowego.

Według przewidywań WHO przedstawionych w raporcie „World Cancer Report 2008” do 2030 roku zaobserwować będzie można wzrost populacji świata (z 6,7 miliarda w 2008 roku do 8,3 miliarda w 2030). Wzrośnie również liczba nowych zachorowań na nowotwory, nawet, jeśli współczynniki umieralności pozostaną na stałym poziomie.

PRZY DŹWIĘKACH MUZYKI ...

20 grudnia 2017 roku w sali konferencyjnej odbyło się doroczne przedświąteczne spotkanie dyrekcji z pracownikami szpitala. Dyrektor Naczelna Elżbieta Gelert podsumowała mijający, bardzo pracowity dla szpitala rok. Mówiła także o planach szpitala na najbliższą przyszłość. Spotkanie uświetnił występ uczniów Zespołu Państwowych Szkół Muzycznych w Elblągu, którym serdecznie dziękujemy za przyjęcie naszego zaproszenia.



... POŻEGNALIŚMY STARY ROK

Przedświąteczne spotkanie zamykające kolejny rok działalności Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu to okazja, by przypomnieć sobie odniesione sukcesy, by oficjalnie podziękować pracownikom, którzy podnieśli swoje kwalifikacje zawodowe, by pożegnać osoby odchodzące na emeryturę i rentę. Przede wszystkim jednak to okazja, by w bardzo zapracowanej szpitalnej rzeczywistości znaleźć chwilę na wytchnienie, przyjazną rozmowę, złożenie sobie świątecznych i noworocznych życzeń. Na przypomnienie sobie, że jesteśmy wielką szpitalną rodziną.



Alanek. Mały WIELKI bohater



Historia małego chłopczyka poruszyła serca tysięcy ludzi w całym kraju. Alanek to malec, który półtora roku temu przyszedł na świat w naszym szpitalu. Po dramatycznym urazie, jakiego doznał w 10 dobie życia, nie dawano mu szans na przeżycie. Jednak chłopczyk nie tylko przeżył, ale i znalazł nową kochającą rodzinę, która pomaga mu wychodzić z kłopotów zdrowotnych. Swoje serce otworzyła dla niego nasza pielęgniarka Magdalena Madeja. Dziś nie wyobraża sobie, żeby Alanka miało nie być w jej życiu.

HISTORIA ALANKA

Historia maleńkiego chłopca jeszcze do niedawna obfitowała wyłącznie w cierpienie. Kiedy miał zaledwie 10 dni, wypadł z wózka wnoszonego po schodach przez mamę. W stanie krytycznym, z poważnym urazem mózgowo-czaszkowym, trafił do szpitala. Przeszedł kolejne skomplikowane operacje, w tym trepanację czaszki i plastykę ubytku kości czaszki. Życie Alanka praktycznie wisiło wówczas na włosku. Prognozowano, że jeśli przeżyje – będzie „roślinką”. Jego mama nie uniosła takiego ciężaru. Przestała kontaktować się z synkiem, ze szpitalem...

I wówczas zdarzył się cud. W życiu Alanka pojawiła się... nowa mama.

Magdalena Madeja, pielęgniarka pracująca w naszym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, otrzymała wyjątko-

wo trudną propozycję rodzicielstwa zastępczego. Do dziś pamięta obawy, jakie towarzyszyły jej, kiedy po raz pierwszy odwiedzała Alanka w szpitalu. Ujrzała bezbronnie, ciężko pokrzywdzone przez los niemowlę. I zrozumiała, że KTOŚ musi dać temu dziecku szansę. I zdecydowała, że to tym KIMŚ będzie ona.

MIESIĄCE PEŁNE MIŁOŚCI

Od ponad roku Alanek jest adopcyjnym synem rodziny Madejów. Mieszka w Jegłowniku pod Elblągiem ze swoją nową mamą, z tatą, ze starszymi braćmi. Jest dla wszystkich „oczkiem w głowie”. Jest tam kochany prawdziwie, bo – bezwarunkowo. Mama – Madzia, po narodzie z rodziną, zdecydowała się zawiesić zawodową aktywność. Niezwykle trudno byłoby jej pogodzić obowiązki pielęgniarki z całodobową opieką nad niepełnosprawnym chłopczykiem.

- Dziś nie wyobrażam sobie, żeby miało być inaczej – mówi Madzia tuląc swojego synka do serca. Wierzy, że najlepszą terapią dla niego jest MIŁOŚĆ. I że ta terapia jest skuteczna.

Alanek, otoczony miłością, rozkwita, rozwija się. Staje się coraz bardziej ciekawy świata, czyni postępy.

- Lekarze mówią, że intelektualnie niemal dogonił już rówieśników – podkreśla mama Alanka.

- Synek rozwija się wolniej, ale mimo uszkodzeń mózgu wciąż „idzie” do przodu! I wciąż zadziwia nas tą swoją wolą życia!

TRUDNA CODZIENNOŚĆ

Konsekwencje wypadku Alanka okazały się jednak bardzo poważne. Życie chłopczyka i jego nowej rodziny wypełnione jest codzienną rehabilitacją i regularnymi wizytami u specjalistów.

- Wciąż walczymy z padaczką pourazową oraz lewostronnym niedowładem ciała. Staramy się dbać o każdy szczegół rozwoju synka poprzez właściwą stymulację psychoruchową. Cały czas jesteśmy pod opieką wielu specjalistów z terenu całej Polski (neurochirurdzy, neurolog, okulista, ortopeda, poradnia ryzyka okołoporodowego z powodu wcześniactwa, poradnia rehabilitacyjna, psycholog i logopeda).

Aby postawić kolejny ważny krok na drodze do przywracania malcowi fizycznej sprawności, niezbędne stało się zakupienie pionizatora, bucików ortopedycznych i małych ortezy – specjalnych stabilizatorów, które pomagają usprawniać nóżki chłopca. To specjalistyczny sprzęt wykonywany indywidualnie dla każdego z pacjentów. Sprzęt, z którego dziecko co kilka miesięcy nieuchronnie... wyrasta.

- Dlatego postanowiliśmy poprosić o pomoc – mówi mama Alanka.



Alanek ze swoją nową, kochającą rodziną: mamą, tatą, braćmi

KONCERT DLA ALANKA



Alanek z przyjacielską wizytą w szpitalu, w którym pracowała jego mama. Na zdjęciu z Barbarą Chomik, ordynator Oddziału Noworodka, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka.

W listopadzie 2017 roku w elbląskim klubie „Mjazga” odbył się charytatywny koncert na rzecz Alanka. Pojawiło się na nim mnóstwo przyjaciół. Była piękna, bo płynąca z serc muzyka, były liczne i atrakcyjne licytacje. W efekcie udało się zebrać kwotę zabezpieczającą zakup sprzętu aktualnie niezbędnego do rehabilitacji chłopca.

- Brakuje nam słów, by podziękować tym wszystkim, którzy dołożyli swoją cegiełkę, by pomóc naszemu synkowi – mó-

wiła mama Alanka po koncercie. – Każda ofiarowana z serca złotówka jest dla nas bezcenna. Dodaliście nam wszyscy sił, byśmy mogli walczyć dalej. Zdajemy sobie sprawę, że przed Alankiem, także przed nami, jeszcze długie lata ciężkiej pracy. Chcemy jednak zrobić wszystko, żeby naszemu małemu, a zarazem wielkiemu, bohaterowi dać szansę na powrót do zdrowia.

Miesięczny koszt rehabilitacji Alanka i jego niezbędnych wizyt u specjalistów wynosi kilka tysięcy złotych. Dlatego chłopczyk jest cały czas pod opieką fundacji „Szlachetny gest”. Na stronie internetowej <http://szlachetnygest.pl/alanek> można poznać wzruszającą historię Alanka i dowiedzieć się, w jaki sposób można mu pomóc.

Sukcesem zakończyły się także starania, by Alanak znalazł się pod opieką Fundacji TVN „Nie jesteś sam”. To pozwoli rodzicom tego wyjątkowego chłopca spokojnie patrzeć w jego przyszłość.

Anna Kowalska



Alanek i jego mama zostali bohaterami licznych reportaży w mediach lokalnych i ogólnopolskich mediów. Na zdjęciu nagranie do „Pytania na śniadanie” w TVP



Cytologia – bardzo ważne badanie profilaktyczne każdej kobiety

Dlaczego warto pamiętać o regularnym wykonywaniu cytologii?

Dlatego, że jest to podstawowe badanie profilaktyczne pozwalające wykryć raka szyjki macicy. Choroba dotyka każdego roku ok. 4 tys. Polek. Jednak jej odpowiednio wczesne wykrycie daje kobiecie szansę na stu procentowe wyleczenie – podkreśla koordynator projektu Anna Szuszczyk z olsztyńskiej Fundacji Instytut Badań i Edukacji Społecznej.

Najbardziej narażone na zachorowanie są panie w wieku 25 – 59 lat. Dlatego finansująca bezpłatną cytologię NFZ nie bez powodu koncentruje się na tej właśnie grupie wiekowej.

Bezpłatna cytologia „przysługuje” paniom raz na trzy lata. Badanie można wykonać m.in. w Poradni Konsultacyjnej Położniczo - Ginekologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu (I piętro, pok. 1050). Wystarczy tylko umówić się wcześniej na termin pod nr. tel. 55/ 239 – 58 – 43. Poradnia czynna jest we wtorki i czwartki w godz. 9.00 – 12.00 oraz w środy od 12.00 do 15.00.

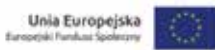
- Podczas sobotniej akcji udało się przebadać 20 kolejnych pań – informuje pielęgniarka Małgorzata Bilińska. – Chcielibyśmy więcej, ale system NFZ pozwala nam wykonać bezpłatną cytologię po raz pierwszy – po ukończeniu 25. roku życia, a po raz kolejny - po upływie 3 lat od poprzedniego badania, a nie wszystkie zainteresowane badaniem panie te kryteria

Przez trzy najbliższe lata Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu wspólnie z Fundacją Instytut Badań i Edukacji Społecznej w Olsztynie realizować będzie projekt, który ma zmobilizować kobiety do regularnego wykonywania bezpłatnej cytologii finansowanej przez NFZ. Projekt pn. „Wdrażanie działań edukacyjnych i informacyjnych zwiększających zgłaszalność na badania profilaktyczne raka szyjki macicy – subregion elbląski” dotrzeć ma nie tylko do mieszkank Elbląga, ale i wielu miejscowości naszego regionu. Przedsięwzięcie zainaugurowaliśmy szpitalną „Białą Sobotą”, podczas której panie mogły wykonać dodatkowo również bezpłatną mammografię oraz podstawowe badania profilaktyczne.



spełniały. Chcę jednak podkreślić, że dla nas ważna jest każda pacjentka. Pracuję w Oddziale Ginekologiczno - Położniczym i doskonale wiem, jak skomplikowane mogą być przypadki, kiedy rak szyjki macicy zostanie wykryty zbyt późno. Z całego serca zachęcam panie do zadbania o swoje zdrowie.

W spotkaniu w ramach „Białej Soboty” wzięło udział łącznie około 100 pań. Obok cytologii udało się skorzystać także z możliwości wykonania bezpłatnej mammografii (NFZ: 50 – 65 lat, raz na dwa lata) oraz z badań profilaktycznych proponowanych przez nasze pielęgniarki.



JESTEM KOBIECĄ
CHCĘ BYĆ ZDROWA



Spotkanie zrealizowano w ramach projektu „Wdrażanie działań edukacyjnych i informacyjnych zwiększających zgłaszalność na badania profilaktyczne raka szyjki macicy – subregion elbląski”.

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko – Mazurskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 10 Regionalny rynek pracy, Działanie 10.07 Aktywne i zdrowe starzenie się.

Profilaktyka i edukacja: Czym skorupka za młodu nasiąknie...

Do znużenia słyszymy, że wczesne wykrycie choroby, szczególnie nowotworowej, to podstawowy warunek jej skutecznego wyleczenia. Dlatego zdecydowanie uważam, że zachowania i nawyki prozdrowotne należy zaszczepiać i konsekwentnie kształtować już wśród dzieci i młodzieży. Jest to przecież grupa społeczna najbardziej chłonna wiedzy.



Danuta Stanicka
Edukatorka Zdrowia

Odpowiednio wcześnie podana wiedza na temat profilaktyki nowotworowej daje młodym ludziom możliwość poznania prawidłowości funkcjonowania swojego ciała, a w razie wystąpienia niepokojących nieprawidłowości – ułatwia szybsze wykrycie, zdiagnozowanie i leczenie choroby.

Dlatego od kilku lat – obok tradycyjnych akcji profilaktycznych skierowanych do mieszkańców Elblągu i regionu – nasz szpital stara się pozyskiwać dodatkowe środki na projekty edukacyjne dedykowane młodzieży. W tym roku otrzymaliśmy na ten cel 11 tys. zł z budżetu Województwa Warmińsko-Mazurskiego. Pozwoliło nam to opracować i zrealizować program pn. „Najlepszy czas



na działanie jest TERAZ! Profilaktyka nowotworowa wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych prowadzona przez Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu”.

W ramach projektu w listopadzie 2017 r. w IV Liceum Ogólnokształcącym w Elblągu odbyły się dwa kolejne spotkania, w których uczestniczyli uczniowie kilku elbląskich szkół ponadgimnazjalnych (łącznie ok. 300 osób). Zaproponowaliśmy wykłady specjalistów na temat nowotworów piersi i nowotworów jąder oraz warsztaty, podczas których uczyliśmy młodych ludzi technik samobadania piersi i jąder. Użyliśmy do tego celu specjalistycznych fantomów, które zakupiliśmy także w ramach projektu. Każde ze spotkań zakończone było zdrowym poczęstunkiem. Młodzież otrzymała też pamiątkowe koszulki.

Najcenniejsze dla nas było jednak zainteresowanie uczniów ważnym tematem, jakim jest potrzeba dbałości o swoje zdrowie. Były zatem ciekawe pytania do naszych specjalistów. Były mądre wnioski wyciągane przez młodych ludzi po każdym ze spotkań.

Zasiewamy zdrowotne „ziarno” z nadzieją, że przyniesie ono w przyszłości oczekiwane „plony” w postaci większej świadomości zdrowotnej młodego pokolenia. Podobne działania skierowane do młodzieży uczącej się w Elblągu planujemy realizować także w kolejnych latach.

Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna to działania, które umożliwiają człowiekowi oddziaływanie na własne zdrowie a także jego bieżącą kontrolę i poprawę. Głównym ich celem jest kreowanie zdrowej przyszłości jednostki, społeczeństw i przyszłych pokoleń. Promocja zdrowia ma wpływać na jakość życia, by nie tylko chronić je przed chorobą, ale także pozwolić na pełnię życia. Ale każdemu z nas niezbędna jest choćby elementarna wiedza w tym zakresie.



Dyrektor IV LO Sylwester Stanicki, psycholog Dorota Browarczyk, Anna Maksimczyki i Irena Kąkol - pielęgniarki WSZ w Elblągu

Rozważania etyczne: UPORCZYWA TERAPIA

Ludzkie życie jest wartością bezcenną. Dążymy nieustannie do przedłużania naszego życia. Rozwój medycyny sprawia, że coraz częściej żyjemy dłużej. Z jednej strony lekarze mają coraz więcej możliwości, by leczyć choroby, które dawniej powodowały śmierć pacjenta, z drugiej zaś - współczesna medycyna stawia lekarzy przed dylematem: czy leczyć pacjenta w nieskończoność, za wszelką cenę, czy też pozwolić mu umrzeć, kiedy stosowana terapia nie przynosi poprawy zdrowia a jedynie przedłuża cierpienie i przesuwa w czasie nieuchronną śmierć. W kontekście tym pojawia się problem uporczywej terapii, która na pewno nie jest rutyną w polskich szpitalach, jednak sytuacje, w których jest ona stosowana zdarzają się, i to dość często.



Piotr Demczuk

Termin „uporczywa terapia” jest używany w Kodeksie Etyki Lekarskiej (artykuł 32) oraz w innych dokumentach dotyczących zagadnień związanych z umieraniem. Dokumenty te nie rozróżniają ściśle pomiędzy różnymi określeniami podobnej sytuacji terapeutycznej. Używa się więc terminów: „terapia nieproporcjonalna”, „terapia nadmierna”, „terapia zbyt duża”, „terapia daremna”. Brak jest jednak szczegółowego określenia sytuacji, używanych metod czy środków, sposobu potwierdzenia, czy mamy do czynienia z taką sytuacją oraz wiążących zaleceń odnośnie postępowania w konkretnych przypadkach.

Uporczywa terapia to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłużają jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta.

Problem „uporczywej terapii” dawno już został rozwiązany w innych krajach europejskich. Polskie ustawodawstwo wciąż jednak

nie precyzuje, jakie działania są dozwolone w sytuacji, w której należałoby ograniczyć lub wstrzymać prowadzone leczenie, ponieważ po prostu nie ma już szans na uzyskanie powodzenia prowadzonej terapii.

Brak uregulowań prawnych związanych z „uporczywą terapią” stwarza sytuację, w której lekarze kierując się swoim własnym, różnie pojmowanym zdrowym rozsądkiem, światopoglądem czy też typem osobowości, pozwalają sobie na dowolność działania, która w rzeczywistości oznacza albo prowadzenie „terapii uporczywej”, albo różnego stopnia ograniczenie terapii, co może skutkować balansowaniem na granicy obowiązującego prawa.



Problem „uporczywej terapii” najczęściej zapewne pojawia się na oddziałach intensywnej terapii. W intensywnej terapii najtrudniejsze z etycznego i prawnego punktu widzenia są sytuacje, gdy: pacjent bezspornie wkracza na ścieżkę „terapii uporczywej”, lekarz ma pełną świadomość, że nie ma żadnych szans na jego wyleczenie a rodzina nie przyjmuje tego faktu do wiadomości. Wszel-

kie tłumaczenia personelu leczącego pacjenta natrafiają na niezrozumienie, wzmagając nieufność i podejrzliwość. Wyjściem z takiej sytuacji jest bardzo szczerą rozmową z rodziną pacjenta, która zazwyczaj przynosi pozytywny efekt.

Kwestia poruszona w artykule jest bardzo trudna a sam artykuł nie wyczerpuje poruszonego zagadnienia. Ma on jednak na celu skłonić do refleksji i uświadomić, że problem „terapii uporczywej” istnieje i możemy spotkać się z nim zarówno w życiu osobistym, jak i zawodowym.

Więcej na ten temat w książce „Uporczywa terapia we współczesnej medycynie”. Praca zbiorowa. Gdańskie Debaty Lekarskie. Tom II

O sztuce porozumiewania się

Na co dzień nie zastanawiamy się, w jaki sposób komunikujemy się między sobą. Wydaje się nam, że jest to sprawa oczywista. Tymczasem...



Rys. Jacek Mroczek

Twoja rodzina, twój partner, twoi najbliżsi przyjaciele nie poznają cię naprawdę, jeśli nie podzielisz się z nimi wszystkimi swoimi doświadczeniami. Oznacza to, że nie możesz pomijać pewnych spraw, ukrywać swojej złości czy tłumić swoich potrzeb. Oznacza to także precyzyjne dzielenie się swoimi obserwacjami, jasne wypowiedzianie swoich wniosków, wyrażanie swoich uczuć oraz formułowanie swoich prośb i sugestii, jeśli czegoś potrzebujesz lub widzisz możliwość zmiany. Połączenie tego, co widzimy, myślimy, czujemy i potrzebujemy jest tzw. pełną komunikacją. **OD TEGO ZALEŻY TWOJE SZCZĘŚCIE!!!**

Wyrażanie uczuć sprawia nam chyba najwięcej trudności w kontaktach z ludźmi. Niektórzy nie chcą poznawać naszych uczuć – wydają się być znudze-

ni lub zdenerwowani, kiedy próbujemy o nich mówić. Inni filtrują uczucia, zauważając tylko niektóre. Mogą usłyszeć, jak mówisz o swoim przygnębieniu po rozwodzie, ale nie zauważają już twojego lęku przed zmianą miejsca zamieszkania. Najbardziej niepożądanym uczuciem jest złość, gdyż jest ona zagrożeniem dla poczucia wartości własnej słuchacza.

Skoro niektórzy boją się uczuć, możesz zdecydować, że niektóre z nich zachowasz dla siebie. Jednakże w dużej mierze to właśnie twoje uczucia czynią Cię tym, kim jesteś – osobą wyjątkową. **A uczucia dzielone z drugą osobą są cegiełkami budującymi bliskość.** Kiedy pozwalasz innym dowiedzieć się, co cię denerwuje, przeraża czy cieszy, z jednej strony lepiej cię rozumieją i współodczuwają z tobą, z drugiej strony – mogą zmodyfikować swoje zachowania, aby zaspokoić twoje potrzeby, np.

Czuję, że cię zawiodłam i to naprawdę nie daje mi spokoju,

Jestem sama w domu i aż drżę z niepokoju,

Kiedy cię widzę, budzi się we mnie radość,

Czuję niesamowity przepływ uczuć.



Małgorzata Twardowska
Koordynator ds. Praw Pacjenta

Dzielenie się uczuciami nie jest tym samym, co dzielenie się obserwacjami, wygłaszanie wartościujących sądów czy opinii, np. Czasem czuję, że jesteś bardzo surowy, nie ma nic wspólnego z uczuciami – jest to zakamuflowany osąd.

Nikt, z wyjątkiem ciebie, nie wie, czego potrzebujesz. **Jesteś ekspertem i najwyższym autorytetem w dziedzinie swoich potrzeb.** Może jednak istnieć w tobie silny wewnętrzny zakaz ich wyrażania. Masz nadzieję, że przyjaciele i rodzina będą na tyle wrażliwi i domyślni, aby wiedzieć, czego chcesz.

Większość z nas zakłada Gdybyś mnie naprawdę kochał, wiedziałbyś, co jest nie tak. Pod złością kryje się treść „Nie powinienem prosić; ty powinnaś/powinieneś domyślić się moich potrzeb”.

Próbę stworzenia bliskiego związku bez wyrażenia swoich potrzeb można porównać do prowadzenia samochodu bez używania kierownicy. Możesz jechać dość szybko, ale nie możesz zmienić kierunku, ani omijać dziur na drodze.



Agata Sawicka
pielęgniarka epidemiologiczna

Postępowanie z odpadami medycznymi – aktualności

24.10.2017 r. w życie weszło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5.10.2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. poz. 1975). Określa ono szczegółowy sposób postępowania z odpadami medycznymi powstałymi w miejscu ich wytwarzania, w tym sposób postępowania przy gromadzeniu ich w pojemnikach lub workach, warunki transportu wewnętrznego pojemników lub worków oraz warunki ich przechowywania. Co się zmieniło w praktyce?

Po pierwsze - zrezygnowano z wymogu nieprzezroczystości worków do zbierania odpadów medycznych w miejscach ich powstawania.

Po drugie - doprecyzowano poprzednie regulacje w zakresie oznaczenia kolorami. Opakowanie wewnętrzne złożone musi być z:

- worka jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru czerwonego, wytrzymałego, odpornego na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia, które wypełnia się do 2/3 jego objętości (dotyczy odpadów medycznych zakaźnych o kodach 18 01 02*, 18 01 03*, 18 01 80* i 18 01 82* - części ciała, pojemniki na krew i jej składniki, inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, zużyte kąpiele lecznicze aktywne biologicznie o właściwościach zakaźnych, pozostałości z żywienia pacjentów oddziałów zakaźnych ;
- sztywnego, odpornego na działanie wilgoci, mechanicznie odpornego na przekłucie lub przecięcie pojemnika koloru czerwonego co najwyżej do 2/3 jego objętości – w przypadku odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach; a koloru żółtego jeśli chodzi o odpady niebezpieczne inne niż zakaźne opisane poniżej;
- worka jednorazowego użycia z folii polietylenowej, koloru żółtego, wytrzymałego, odpornego na działanie wilgoci i środków chemicznych, z możliwością jednokrotnego zamknięcia, , które wypełnia się do 2/3 jego objętości (dotyczy odpadów niebezpiecznych, innych niż zakaźne, o kodach 18 01 06*, 18 01 08* i 18 01 10* - chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne, leki cytotoksyczne i cytostatyczne, Odpady amalgamatu dentystycznego).

Po trzecie rozporządzenie określiło czas gromadzenia odpadów w miejscu powstawania do 72 godzin, z wyłączeniem odpadów wysoce zakaźnych, które mogą być przechowywane w miejscu powstawania nie dłużej niż 24 godziny.



Nowością są odpady medyczne, w których zidentyfikowano, lub co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że zawierają biologiczne czynniki chorobotwórcze, które podlegają zakwalifikowaniu do kategorii A zgodnie z pkt 2.2.62.1.4.1 załącznika A do Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 1119), zwane dalej „wysoce zakaźnymi odpadami medycznymi”. Oprócz worka w kolorze czerwonym odpady te muszą być zapakowane dodatkowo w opakowanie zewnętrzne, które stanowi pojemnik koloru czerwonego, wytrzymały, odporny na działanie wilgoci i środków chemicznych, wykonany w sposób umożliwiający dezynfekcję, z możliwością szczelnego zamknięcia. Wysoce zakaźne odpady medyczne mogą być przechowywane w miejscu ich powstawania nie dłużej niż 24 godziny. Zgodnie z przepisami pojemnik jest dodatkowo oznaczony znakiem ostrzegającym przed zagrożeniem biologicznym określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 222¹ § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666, z późn. zm.) oraz umieszczonym poniżej napisem „MATERIAŁ ZAKAŻNY DLA LUDZI”.

Kolejnymi nowinkami jest opis pojemnika, worka:

- kod odpadów medycznych w nim przechowywanych,
- nazwą wytwórcy odpadów medycznych,
- numerem REGON wytwórcy odpadów medycznych,
- numerem księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260) wraz z podaniem organu rejestrowego,
- datą i godziną otwarcia (rozpoczęcia użytkowania),
- data i godziną zamknięcia.

W dalszych paragrafach opisano jak ma wyglądać, w co ma być wyposażone pomieszczenie i przenośne urządzenie chłodnicze do magazynowania odpadów medycznych oraz ich transport.

Nowe rozporządzenie wniosło trochę zmian, ale miejmy nadzieję, że usystematyzuje, ulepszy to naszą pracę i zadbamy jeszcze lepiej o nasze środowisko.

Krótko i na temat



Nowa tymczasowa lokalizacja SOR

Od października zmieniła się lokalizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Na czas trwającej modernizacji SOR funkcjonować będzie na parterze szpitala vis a vis Laboratorium Analitycznego, w pomieszczeniach po dawnym Bloku Operacyjnym. Równocześnie budowlancy kontynuują wewnętrzne prace remontowe w oddziale. Inwestycja, której finał zaplanowano na sierpień 2018, to prawie 8 mln zł pozyskanych w ramach unijnego Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020.



Odnaczeni z okazji Dnia Ratownictwa Medycznego

Podczas wojewódzkich obchodów Dnia Ratownictwa Medycznego, odbywających się 13 października 2017 r. w Olsztynie pracownicy WSZ w Elblągu odebrali najwyższe odznaczenia państwowe i resortowe przyznane przez Prezydenta RP i Ministra Zdrowia. Medal Złoty za Długoletnią Służbę otrzymała Wiesława Kokosza - pielęgniarka DRM. Medal Srebrny za Długoletnią Służbę - Artur Sierżęga - ratownik medyczny DRM. Honorowe Odznaki „Za Zasługi dla Ochrony Zdrowia”: Robert Ejdrygiewicz - ratownik medyczny/kierowca DRM i Janusz Rogulski - ratownik medyczny DRM. Wyróżnienia wręczył Artur Chojecki - Wojewoda Warmińsko – Mazurski.



Trzy siostrzyczki z Bielicy

Po prawie miesięcznym pobycie w Oddziale Intensywnej Terapii Noworodka szpitalne pielęszki opuściły nasze trojaczki – trzy siostrzyczki urodzone 14 września. Basia, Ania i Hania przyszły na świat w 32 tygodniu ciąży metodą cesarskiego cięcia. Ważyły od 1,6 do 1,99 kg. Trafiły do inkubatorów, gdzie pod czujnym okiem naszych specjalistów szybko nadrobiły „zaległości”. To kolejne już trojaczki, jakie przyszły na świat w naszym szpitalu w 2017 roku. W 30-letniej historii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu był to już ósmy przypadek narodzin trojaczek.



Monitorujemy szpitalne zdarzenia niepożądane

Od listopada w szpitalu działa specjalny Zespół ds. Monitorowania Zdarzeń Niepożądanych. Ma to związek z naszym przystąpieniem do projektu pn. „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki” realizowanego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. Chodzi tu o zmniejszenie ryzyka opieki medycznej poprzez wdrożenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych, ich analizowania i wprowadzania zmian na podstawie uzyskiwanych wyników w celu poprawy bezpieczeństwa i jakości opieki medycznej.



Certyfikat Akredytacyjny

Przełom listopada i grudnia był dla nas wszystkim czasem kolejnej próby a jednocześnie uwieńczeniem wielomiesięcznej ciężkiej pracy całej załogi. Przez trzy dni gościliśmy wizytatorów z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z Krakowa, którzy bardzo skrupulatnie sprawdzili prawidłowość funkcjonowania szpitala we wszystkich aspektach. Udało się! Czekamy teraz na oficjalne potwierdzenie, że Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu spełnia standardy akredytacyjne dla lecznictwa szpitalnego. Serdeczne podziękowania od dyrekcji szpitala dla pracowników za ogromny wysiłek, jaki włożyli w przygotowania do recertyfikacji szpitala.

TANIEC TO SAMO ZDROWIE



Elbląg jest jednym z ważniejszych ośrodków tanecznych w Polsce. Przy tej okazji w mieście równolegle kwitnie taniec amatorski, co może być z jednej strony ciekawym i nietypowym hobby, z drugiej - stanowi całkiem konkretny trening fizyczny uzupełniający niedobory ruchu u zapracowanych ludzi. Nic więc dziwnego, że coraz większa grupa pracowników naszego szpitala regularnie spotyka się w wolnym czasie, kilka razy w tygodniu, na treningach różnych form tanecznych, wśród których dominuje taniec towarzyski oraz formacje latynoamerykańskie.



Marta Dobrowolska - Jaśkiewicz i Michał Jaśkiewicz są lekarzami. Oboje pracują w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu.

Razem z grupą przyjaciół regularnie trenujemy w elbląskiej szkole tańca Broadway, gdzie przygotowujemy się do corocznych pokazów w elbląskim teatrze, a od niedawna grupa zapaleńców przygotowuje się również do występów w turniejach tańca.

W gronie roztańczonych pracowników naszego szpitala są: Beata Paliszewska (Anestezjologia i Intensywna Terapia), Joanna Pawlik (Kardiologia), Małgorzata Czaplinska (Krwiodawstwo), Elżbieta Jarzabek (Radiologia Zabiegowa), Katarzyna Rychcik (SOR), Renata Machnik (SOR), Natalia Borof (Radiologia), Damian Borof (Neurochirurgia), Monika Antonowicz-Szydłowska (Radioterapia), Paulina Jachimowicz (Radioterapia), Justyna Ordańska (Neonatologia), Damian Ordański (Chirurgia Ogólna), Marta Dobrowolska-Jaśkiewicz (Anestezjologia i Intensywna Terapia) i Michał Jaśkiewicz (Kardiologia Inwazyjna).

Wszyscy – tanecznym krokiem i własnym przykładem - zachęcamy do dołączenia do nas i równie przyjemnego i aktywnego spędzania wolnego czasu.



Elbląskie szpitale (część 7)

Budynek Szpitala przy ul. Zw. Jaszczurczego wybudowano w 1868 r. w ciągu 15 miesięcy (!) jako „Szpital Diakonisek”. W pierwszych latach były tam sale dla 60 - 70 chorych. Na poddaszu mieściły się pokoje sióstr zakonnych. W 1902 r. budynek zmodernizowano (105 łóżek), wybudowano też sale operacyjne. Przez kolejne 45 lat obiekt pełnił funkcje szpitala ogólnego. Tylko w czasie I i II wojny światowej stanowił zaplecze bazy szpitalnej dla wojsk niemieckich.

SZPITAL PRZY UL. ZW. JASZCZURCZEGO 22

W wyniku zniszczenia miasta w 1945 r. stan szpitala był tragiczny. Uszkodzony był dach, brakowało szyb, c.o., opału, wody i światła, zniszczone sale chorych i korytarze, szyb windy, sprzęt medyczny i gospodarczy. Po wstępnym uporządkowaniu pomieszczeń w maju 1945 przeniesiono tu ze szpitala przy ul. Trybunalskiej 93 Oddział Wewnętrzny na 40 łóżek. Prowadził go Stanisław Wąsowski. Potem utworzono oddziały: Chirurgiczny (40-łóżek, ordynator Eugeniusz Barański), Ginekologiczno- Położniczy (16 łóżek, ordynator - Józef Nowicki), Laryngologiczny (10 łóżek - Izabella Kozłowska). Łącznie szpital liczył 106 łóżek, jego dyrektorem został Stanisław Netzer. W styczniu 1946 r. uruchomiono Ambulatorium dla nagłych zachorowań. Osiągnięciem tamtych czasów było zorganizowanie ambulatoryjnych dyżurów nocnych. Pełnił je mieszkający na terenie szpitala lekarz Brunon Geszke. Działała też pracownia analityczna, RTG i apteka.

W grudniu 1947r. zakończono remont budynków szpitala „epidemiologicznego” przy Żeromskiego i przeniesiono tam oddział z ul. Zw. Jaszczurczego. Do zwolnionego budynku przy Zw. Jaszczurczego przeniesiono w 1948 r. z Warszawy Szkołę Szturmanów Żeglugi Śródlądowej. W 1951 r. przeniesiono ją do Wrocławia. Przez kilka miesięcy 1952 r. pozostały resztki modelarni i warsztat szkutniczy związany z harcerstwem. Organizowano tam też kursy szkoleniowe dla pielęgniarek.

Dopiero w 1954 r. przy ul. Zw. Jaszczurczego otwarto **Wojewódzki Szpital Przeciwgruźliczy im. Dr Alfreda Sokołowskiego** dla ówczesnego woj. gdańskiego. Dyrektorem zostaje lek. Jan Rayski. Początkowo szpital liczy 90 łóżek, w wyniku dalszej przebudowy - 130. Po przebudowie poddasza, gdzie były pokoje mieszkalne dla personelu, dochodzi kolejnych 20 łóżek. Łącznie było 150 łóżek rozmieszczonych na trzech piętrach, będących trzema oddziałami szpitalnymi. Była także sala zabiegowa, Pracownia RTG, Apteka, Laboratorium Analityczne i Bakteriologiczne.



Rozbudowano zaplecze gospodarcze z własną kuchnią i pralnią. Zadbano o odbudowę otaczającego szpital parku i ogrodu. Dzięki wielkiej energii i pracy organizatorskiej dra Rayskiego szpital lśnił czystością i szybko zyskał opinię najpiękniejszego zakładu przeciwgruźliczego w woj. gdańskim. Przybywali tu chorzy z całego województwa, od Słupska, Kaszubi i Kociewia, aż po zachodnie powiaty Warmii.

W 1965 r. szpital traci status Szpitala Wojewódzkiego (szpital przeciwgruźliczy dla woj. gdańskiego utworzono w Sopocie). Szpital przy Zw. Jaszczurczego dysponujący 129 łózkami staje się **Oddziałem Chorób Płuc Szpitala Miejskiego**. Ordynatorami oddziałów zostają: kobiecego- Grzegorz Niemcewicz, męskiego –Jan Rayski, a po jego śmierci w 1968 r. - Bolesław Szatrański. W 1975 r. w nowo utworzonym woj. elbląskim znajduje się Sanatorium Przeciwgruźlicze w Prabutach z prawie tysiącem łóżek. W tym aspekcie O. Chorób Płuc przeniesiono do Prabut, a w budynku po nim w 1976 r. utworzono dwa Oddziały Wewnętrzne (ordynatorzy: Sławomir Bukato i Władysław Bałasz).

Równocześnie rozpoczęto przebudowę obiektu dla potrzeb stacji dializ i intensywnego nadzoru kardiologicznego. W 1979 r. na stanowisko ordynatora zostaje powołany Andrzej Natoński, który doglądając prac remontowo- modernizacyjnych, a równocześnie zbierając sprzęt i oprzyrządowanie, doprowadza do pierwszej hemodializy w Elblągu (kwiecień 1983). Powstaje Poradnia Chorób Nerek. Zastępcą ordynatora jest Andrzej Kruszewski, następnie Zygfryd Reszka. Ordynatorem O. Wewnętrznego III - Władysław Bałasz, jego zastępcą- Bolesław Wiatrowski. Ordynatorem O. Wewnętrznego II –lek. Sławomir Bukato, zastępcą - Halina Pingol, która po śmierci dra Bukato w 1986 r. przejmuje obowiązki ordynatora. Do lipca 1988 r. w budynku przy Zw. Jaszczurczego mieszczą się 3 oddziały wewnętrzne. Po tym terminie zostaje tu tylko I O. Wewnętrzny, który wraz z INK i Stacją Dializ- wchodzi w skład SZOZ.

W 1999 r. 7 lekarzy O. Wewnętrznego wraz z 50 pielęgniarkami tworzą spółkę pracowniczą **Centrum Chorób Wewnętrznych „EL-VITA”** przejmując administrację nad nieruchomością. Była to pierwsza tego typu placówka w kraju prowadzona przez spółkę pracowniczą. Szpital dysponował wówczas 40 łózkami internistycznymi, 8 - intensywnego nadzoru kardiologicznego i 17 stanowiskami dializacyjnymi. Dyrektorem NZOZ był Andrzej Natoński, jego zastępcą- Adam Majewski. W 2003 r. dyrektorem „EL-VITY” został Janusz Urbański (do 2008 roku). W 2004 r. ordynatorem O. Wewnętrznego i Stacji Dializ został Adam Majewski.

W 2008 r. „EL-VITA” przechodzi na własność „B.Braun Avitum Poland Sp. z o.o.” Następuje dalszy rozwój dializoterapii w Elblągu, liczba stanowisk dializacyjnych zwiększa się do 27, uruchomiona zostaje także nowa forma leczenia nerkozastępczego – dializa otrzewnowa. Stacja Dializ „EL-Vity” staje się największą stacją w sieci Braun Avitum i jedną z największych w kraju.

NIEZBĘDNE DLA ZDROWIA

Prawo do ochrony życia i zdrowia gwarantuje nam Konstytucja. Jednak za efekt leczenia odpowiedzialność ponoszą nie tylko organizatorzy ochrony zdrowia, lekarze i inni pracownicy medyczni, lecz również pacjenci. Stosowanie się do poniższych zaleceń pomoże zachować zdrowie w jak najlepszym stanie.



Dbaj o własne zdrowie – to **Twoje największe dobro!**

Zapobiegaj chorobom przestrzegając zaleceń prozdrowotnych, m.in. stosując odpowiednią dietę i aktywność fizyczną.



Nie lekceważ niepokojących objawów.

Nie pal papierosów, nie zażywaj narkotyków oraz tzw. dopalaczy, nie nadużywaj alkoholu.



Korzystaj ze szczepień ochronnych i badań profilaktycznych.

Dbaj o higienę osobistą.



Przedstaw lekarzowi lub farmaceucie swój problem, niczego nie ukrywając – zwłaszcza informacji o przyjmowanych lekach i innych produktach.

Stosuj się do zaleceń lekarza, realizuj plan leczenia, zażywaj przepisane leki, a jeśli masz wątpliwości odnośnie działania leków – powiedz o tym lekarzowi lub farmaceucie.



Miej cierpliwość w oczekiwaniu na efekt leczenia.

Pamiętaj, że wzajemne zaufanie pacjenta, lekarza, farmaceuty, pielęgniarki i położnej oraz innych pracowników medycznych jest niezwykle ważne dla osiągnięcia najlepszych wyników leczenia.



Nie żyj złudzeniami - reklama i internetowy „dr Google” nie leczą!

Informuj lekarza o braku możliwości przyścia na umówioną wizytę, dasz szansę innym na szybszą pomoc.

