

KWARTALNIK WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W ELBLĄGU

MAJ 2018 (2/70)

KRÓLEWIECKA 146

ISSN-1642-1922
Egzemplarz bezpłatny

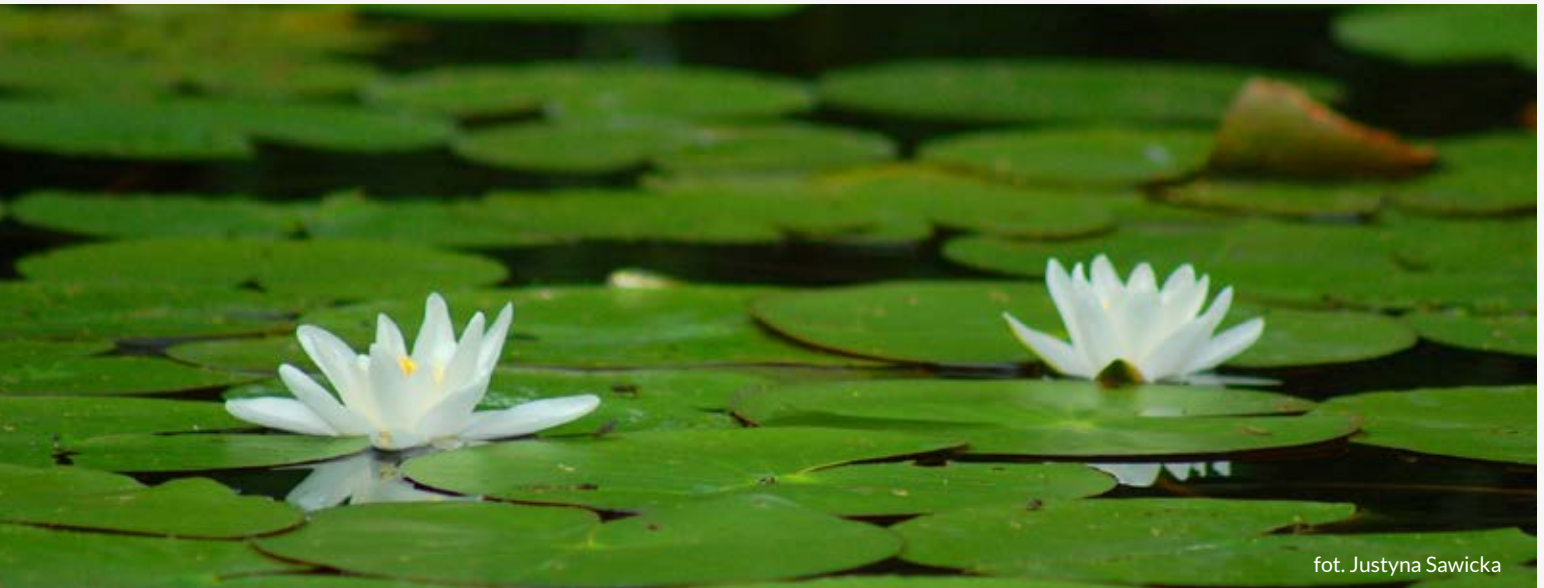


30 LAT

WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
ZESPOLONEGO W ELBLĄGU

W numerze m.in.

str. 4 - Akredytacja - nasza droga do jakości
str. 5 - Informatyzacyjna przyszłość szpitala
str. 10-15 - Powróćmy do tamtych lat...



fot. Justyna Sawicka

**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
Sekcja 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

3.000 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmian tytułów. Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treści artykułów nadesłanych do redakcji.

spis treści

AKREDYTACJA - nasza droga do jakości	4
Informatyzacyjna przyszłość szpitala	5
Operacje „przez dziurkę od klucza”, czyli ginekologia miniinwazyjna	6
Leczenie biologiczne w reumatologii	8
30 lat Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu	10
Jak szpital budowano...	11
Najstarsze zdjęcia ze szpitalnego archiwum:	12
Szpital to nie tylko lekarze i pielęgniarki...	14
Pierwsi pacjenci, pierwsze operacje	15
W Elblągu na karetkę czekamy średnio 9 minut. Mieścimy się w normie, ale może być lepiej	16
Clostridium difficile – co to za bakteria?	17
Koszty wypadków przy pracy ponosimy... niestety – my wszyscy	18
Tuż za rogiem... TOLKMICKO	20
Elbląskie szpitale (część 8)	22





Szanowni Państwo!

Od 18 już lat, nieprzerwanie, Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu posiada Certyfikat Szpitala Akredytowanego, czyli przyznawany przez Ministra Zdrowia status placówki spełniającej standardy akredytacyjne dla lecznictwa szpitalnego.

Pamiętam, że kiedy w roku 2000 po raz pierwszy poddaliśmy się surowej ocenie audytorów krakowskiego Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, byliśmy dumni przede wszystkim z tego, że staliśmy się jednym z niewielu polskich szpitali mogących szczycić się Certyfikatem Akredytacyjnym. Jednak, jak wiadomo, nic nie jest nikomu dane raz na zawsze. Certyfikat przyznawany jest na okres trzech lat. W tym czasie należy go nie tylko utrzymać, co podlega ścisłej bieżącej kontroli, ale i przygotowywać się do jego odnowienia czyli recertyfikacji.

I tak oto mamy za sobą 18 ambitnych lat, w czasie których, proszę mi wierzyć, że ciężko pracowaliśmy na to, by stawiać czoła wciąż rosnącym standardom wyznaczanym placówkom ochrony zdrowia. To naprawdę mrówcza praca całego zespołu pracowników szpitala odpowiedzialnych na swoich stanowiskach za dbałość o wdrażanie i przestrzeganie procedur związanych z bezpieczeństwem leczonych u nas pacjentów. To Ich sukces, który przekłada się na sukces całego szpitala. Dlatego pragnę Im wszystkim za ten wysiłek szczególnie podziękować. **Posiadanie przez szpital Certyfikatu Akredytacyjnego zobowiązuje. Tym bardziej, że jest to zobowiązanie głównie wobec naszych pacjentów, którym w taki właśnie sposób staramy się gwarantować lepszą jakość usług medycznych.**

Z przyjemnością dzielę się z Państwem informacją, że na początku roku 2018 (jubileuszowego roku 30-lecia naszej działalności) Minister Zdrowia podpisał kolejny Certyfikat Akredytacyjny dla Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu. Będzie nas obowiązywał przez trzy najbliższe lata. I wierzę, że nie będzie to nasze ostatnie słowo.

Z serdecznymi pozdrowieniami

*Elżbieta Gelert
Dyrektor Naczelna
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
w Elblągu*



Irena Tararuj
Sekcja Zarządzania Jakością

AKREDYTACJA

- nasza droga do jakości

Akredytacja to usystematyzowany proces zewnętrznej oceny jednostek ochrony zdrowia prowadzony w oparciu o dostępne i opublikowane standardy. Ocena dotyczy szpitala jako funkcjonalnej całości: przeglądowni podlega pełne spektrum działalności klinicznej, zarządzania i administracji. W Polsce program akredytacji szpitali, opracowany i prowadzony przez Ośrodek Akredytacji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, funkcjonuje od 1998 r. Polski program akredytacji CMJ należy do European Accreditation Network, koordynowanej przez Europejskie Towarzystwo Jakości w Opiece Zdrowotnej.

Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu nawiązał współpracę z Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w r. 1999, był to nasz początek drogi ku jakości. Wprowadzanie standardów akredytacyjnych odsłoniło nasze słabości a jednocześnie pokazało priorytety, którymi powinniśmy się kierować. Wyznaczane obszary zawarte w standardach akredytacyjnych zwróciły naszą uwagę na takie zagadnienia jak prawa pacjenta, czego konsekwencją było m. in. opracowanie standardów wyrażania świadomej zgody na wykonywane zabiegi wraz z kompleksową informacją o możliwych powikłaniach oraz zasad przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta. Uporządkowanie wszystkich zagadnień środowiskowego bezpieczeństwa pacjentów (nadzór nad aparaturą medyczną, systemy orientacji przestrzennej, zabezpieczenia awaryjne), uregulowanie spraw pracowniczych (kwalifikacje dla poszczególnych stanowisk pracy, zakresy odpowiedzialności i uprawnień dla każdego pracownika) to tylko niektóre korzyści płynące z wprowadzenia systemu akredytacji. Wdrożenie standardów z 1998 r. dla personelu pielęgniarskiego wiązało się z wprowadzeniem złożonej dokumentacji, szeregu procedur pielęgniarskich, powołaniem grup zadaniowych do opracowania poszczególnych standardów. Powołano zespoły do realizacji programu doskonalenia jakości - efektem ich pracy było m.in. wprowadzenie rejestracji zakażeń szpitalnych, wdrożenie programu szpitalnej polityki antybiotykowej czy opracowanie receptariusza szpitalnego. Przyjęty plan strategiczny, zawierający długofalowy program rozwoju szpitala przewidywał m.in. wzrost nakładów na zakup nowoczesnego sprzętu i aparatury medycznej, rozbudowę i modernizację infrastruktury, a przede wszystkim szkolenia personelu.

Pierwsza ocena przeprowadzona przez wizytatorów Centrum Monitorowania Jakości odbyła się u nas w roku 2000. Akredytację przyznano nam wówczas warunkowo na rok (certyfikat nr 2001/03 z dnia 29.01.2001), kolejne certyfikaty otrzymywaliśmy już na pełne 3 lata.

21.05.2009 r. opublikowano przepisy wprowadzające ustawy: o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o akredytacji w ochronie zdrowia oraz o konsultantach w ochronie zdrowia. Nowelizację standardów akredytacyjnych opublikowano 15.07.2009 r. Zgodnie z przepisami decyzja o przyznaniu certyfikatu uzależniona jest od poziomu spełnienia wymogów standardów akredytacyjnych, określonego procentowo na poziomie co najmniej 75% możliwej do uzyskania liczby punktów. Akredytacja udzielana jest na 3 lata, jej potwierdzeniem jest certyfikat wydany przez Ministra Zdrowia.

Przygotowanie szpitala do spełnienia znowelizowanych standardów akredytacyjnych wymagało m.in. stworzenia nowych rozwiązań organizacyjnych, opracowania programu monitorowania bezpieczeństwa pacjenta oraz wdrożenia procedur postępowania z pacjentem. Opracowano system monitorowania bezpieczeństwa pacjenta obejmujący zasady prowadzenia, gromadzenia i analiz: reoperacji, zgonów okołoperacyjnych, zgonów pacjenta nie będącego w terminalnym stadium choroby, przedłużonej hospitalizacji, powtórnej nieplanowanej hospitalizacji, zdarzeń niepożądanych, skuteczności podjętych czynności reanimacyjnych oraz przebiegu i skutków wykonywanych znieczuleń. Znowelizowane standardy wymagały ogromnego zaangażowania personelu, szczególnie kadry lekarskiej. Ich realizacja w obszarze bezpieczeństwa pacjenta wyznaczyła nowy kierunek rozumienia jakości opieki. Tym cenniejsza była akredytacja udzielona nam w r. 2011 i kolejna w 2014. **Ostatnia wizyta akredytacyjna odbyła się w dniach 29 listopada – 1 grudnia 2017 r. Na podstawie pozytywnej rekomendacji Rady Akredytacyjnej Minister Zdrowia udzielił Wojewódzkiemu Szpitalowi Zespołowemu w Elblągu akredytacji w zakresie działalności szpitala na okres 3 lat (certyfikat akredytacyjny nr 2018/5 z dnia 19.01. 2018).**

Akredytacja potwierdziła wysoki poziom jakości świadczonych przez nas usług zdrowotnych. Zwiększając poziom bezpieczeństwa pacjentów i personelu, zadowolenia i satysfakcji pacjentów, staliśmy się szpitalem konkurencyjnym, wzrósł nasz prestiż. Jednak akredytacja to nie tylko prestiż, to głównie zobowiązanie do działań najwyższej jakości, skutecznych i bezpiecznych dla pacjentów. Najważniejszym beneficjentem akredytacji jest bowiem pacjent, a priorytetem - jego bezpieczeństwo

Nasz szpital, jak i inne szpitale akredytowane, przez wiele lat nie był premiiowany większym kontraktem z NFZ. Obecnie posiadanie akredytacji to nie tylko wyznacznik wysokiej jakości usług, ale również uzasadnione narzędzie ekonomiczne. Koszty związane z akredytacją to opłata za przeprowadzenie procesu akredytacyjnego (wysokość ustalona w rozporządzeniu Ministra Zdrowia). Poprawa jakości usług wymagała większych nakładów na zakup nowoczesnego sprzętu i technologii, wdrożenie nowych procedur medycznych, modernizację infrastruktury, szkolenia personelu. To koszty wymierne; są jeszcze koszty ponoszone codzienne przy wykonywaniu zadań i obowiązków na stanowiskach pracy. Mamy jednak świadomość, że certyfikat akredytacyjny oznacza zobowiązanie do większego zaangażowania

Informatyzacyjna przyszłość szpitala

16 marca 2018 roku Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego Gustaw Brzezina oraz dyrektor WSZ w Elblągu Elżbieta Gelert podpisali umowę na realizację projektu pn. „Kompleksowa informatyzacja Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu – dostosowanie do ogólnopolskiego systemu informacji medycznej do platformy P1 i P2”. To największy z obecnie realizowanych w naszym województwie projektów mających umożliwić szpitalom w regionie dostosowanie się do nowych rozporządzeń i wymogów w zakresie informatyzacji. Koszt projektu to blisko 19 mln zł, z czego prawie 16 mln stanowi dofinansowanie z RPO Warmia i Mazury na lata 2014 – 2020.

- To bardzo kosztowny, ale też i bardzo niezbędny nam projekt – powiedziała dyrektor szpitala Elżbieta Gelert. - Szybko zmieniające się technologie informatyczne niejako wymuszają na szpitalach konieczność podwyższania standardów w tej dziedzinie. I my chcemy



W pierwszym rzędzie od lewej: Piotr Tomaszewski - Dyr. ds. Ekonomiczno-Finansowych, Bożena Ropelewska - Dyr. ds. Pielęgniarstwa, Michał Marciniak - Dyr. ds. Eksploatacyjno-Technicznych, Robert Kontrowicz - Kierownik Sekcji Informatyki i Telekomunikacji



W chwili po podpisaniu bardzo ważnej dla szpitala umowy. Dyrektor Elżbieta Gelert i Marszałek Gustaw Brzezina

za tym nadążyć. Oczywiście, są to zadania znacznie przekraczające finansowe możliwości szpitala. Nie udałoby się ich zrealizować bez środków zewnętrznych. Tym bardziej dziękuję grupie pracowników szpitala za przygotowanie doskonałego projektu. A panu marszałkowi – dziękuję za przychyłność w jego ocenie.

- A ja gratuluję Państwu świetnie napisanego projektu – odpowiedział marszałek województwa. – Bo proszę pamiętać, że to nie jest tak, że takie pieniądze się po prostu rozdaje. Szpital sobie na nie zapracował nie tylko profesjonalnie złożonym wnioskiem, ale też ogólną dobrą polityką finansową. Dzięki temu możemy tę informatyzacyjną przyszłość placówki wspólnie zabezpieczyć. Cieszę się, że mogłem przyjechać do państwa z tak dobrą wiadomością. Tym bardziej, że jesteście dużym szpitalem, z którego korzystają pacjenci nie tylko z Warmii i Mazur, ale także z innych województw. A projekt realizowany jest właśnie głównie z myślą o pacjentach.

„Kompleksowa informatyzacja Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu – dostosowanie do ogólnopolskiego systemu informacji medycznej do platformy P1 i P2”

Projekt dofinansowany z Regionalnego Programu Operacyjnego Warmia i Mazury na lata 2014 – 2020.

Działania projektowe będą obejmować:

Rozbudowę i modernizację infrastruktury teleinformatycznej szpitala.
Wdrożenie nowych oraz integracja istniejących rozwiązań aplikacyjnych. Utworzenie portalu Pacjenta

Całkowita wartość projektu: **18 814 566,90 zł.**

Dofinansowanie 85% - **15 916 570,20 zł**

Wkład własny szpitala 15% - **2 808 806,51 zł**

Wydatki niekwalifikowane w projekcie - **89 190,19 zł**

Termin realizacji: **kwiecień 2018 – grudzień 2019**

Operacje „przez dziurkę od klucza”, czyli ginekologia miniinwazyjna



lek. Maksymilian Kurkowski
Oddział Ginekologiczno - Położniczy

Dnia 18 stycznia 2018 roku pod kierownictwem doktor Hanicenty Rzepey i profesora Rafała Stojko ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach odbyły się warsztaty z ginekologii miniinwazyjnej. Lekarze doskonalili się w takich technikach jak: histeroskopia operacyjna, hysterectomia vaginalna i hysterectomia laparoskopowa.

W naszym Oddziale Ginekologiczno - Położniczym przeprowadzono w styczniu pierwszą laparoskopową operację usunięcia macicy. Ten znaczący w działalności oddziału krok do przodu był możliwy dzięki zakupowi nowoczesnego sprzętu medycznego oraz dzięki ambitnemu zespołowi lekarzy pragnących wciąż doskonalić i rozwijać swoje umiejętności. Tym samym Elbląg dołączył do najlepszych polskich ośrodków ginekologicznych stosujących nowoczesne małoinwazyjne metody leczenia pacjentek.

Na czym polegają te zabiegi i jakie mogą przynieść korzyści dla pacjentek naszego szpitala?

HISTEROSKOPIA - jest to metoda polegająca na wprowadzeniu przez pochwę do macicy skomplikowanego urządzenia - histeroskopu - zbudowanego z optyki i kanałów roboczych.

Lekarz może dokładnie obejrzeć jamę macicy, zdiagnozować przyczynę nieprawidłowych krwawień, przyczynę trudności z zajściem w ciążę, czy rozpoznać wady macicy. Od stycznia w oddziale posiadamy nowoczesny tor wizyjny, histeroskopy i resektoskopy, dzięki czemu poszliśmy o krok dalej.

Histeroskopia coraz częściej nie jest dla

nas już tylko metodą diagnostyczną. W ten małoinwazyjny sposób usuwamy polipy, mięśniaki, nieprawidłowe endometrium, przegrody macicy czy zrosty wewnątrzmaciczne.

Cały zabieg trwa do 30 minut a pacjentka po 4 godzinach jest wypisywana do domu. Dzięki histeroskopii wiele operowanych kobiet, które jeszcze kilka lat temu musiały mieć usuniętą macicę, może dziś być leczona w sposób zachowawczy.

Przy niektórych schorzeniach usunięcie macicy jest jednak nieuniknione.

Wtedy często pojawiają się obawy o ból, przebieg operacji i okres poporodowy. Pacjentki pytają nas, kiedy będą mogły wrócić do swoich obowiązków, do



pracy, normalnego funkcjonowania czy uprawianiu sportu.

Wzorem najlepszych ośrodków w kraju wprowadzamy i rozwijamy techniki małoinwazyjne. Jedną z takich metod jest przezpochwowe usunięcie macicy.

Jest to zabieg, który przeprowadzamy na oddziale od 30 lat, jednak teraz, dzięki nowoczesnym dedykowanym narzędziom, jest on jeszcze bezpieczniejszy, krótszy i lepiej tolerowany przez pacjentki. Możemy więc tym zabiegiem objąć większą grupę pacjentek. Jest to metoda postępowania z wyboru u pacjentek otyłych, obciążonych schorzeniami ogólnymi jak cukrzyca, choroby serca itd.

Kobieta po usunięciu macicy przez pochwę nie ma żadnych widocznych blizn.

Najczęściej już po dwóch dobach po operacji może opuścić szpital, a okres całkowitej rekonwalescencji to tylko 4 tygodnie. Nie wymaga dużej podaży leków przeciwbólowych, nie wymaga znieczulenia ogólnego, podczas operacji jest mniejsza utrata krwi, a pacjentka już w 24 godziny po zabiegu czuje się naprawdę dobrze.

Podczas warsztatów przeprowadzono pierwszy w naszym oddziale zabieg laparoskopowego usunięcia macicy, dzięki czemu dołączyliśmy do czołowych ośrodków w kraju. Jest to tytułowa operacja „przez dziurkę od klucza”.

Zabieg polega na wykonaniu trzech 5-milimetrowych nacięć na skórze, przez które wprowadza się narzędzia. Dzięki kamerze wprowadzonej przez jeden z portów i powiększeniu obrazu ośmiokrotnie możemy w sposób bardzo precyzyjny wykonać zabieg. W konsekwencji tego uraz tkanek jest, jak na tak dużą operację, niewielki a utrata krwi minimalna.



Uczestnicy warsztatu, od lewej: autor tekstu lek. Maksymilian Kurkowski, prof. Rafał Stojko z Katowic i lek. Joanna Chęć - ginekolog

Podobnie jak przy technice przezpochwowej pacjentka szybko opuszcza oddział, nie wymaga dużej ilości leków przeciwbólowych, a okres całkowitej rekonwalescencji to także około 4 tygodni.

Jak widać operacje małoinwazyjne mają wiele plusów i bez wątpienia jest to przyszłość ginekologii.

Trzeba jednak wyraźnie zaznaczyć, że nie wszystkie pacjentki mogą być zakwalifikowane do jednej z ww. technik. Czasami, ze względu na charakter, wielkość i położenie

zmian w miednicy mniejszej, bardziej właściwa i bezpieczna nadal pozostaje klasyczna hysterectomia przezbrzuszną.

Niezmiernie cieszy fakt, że pani ordynator Hanicenta Rzepa wraz z zespołem kładzie tak duży nacisk na rozwój i ciągłe doskonalenie umiejętności. Pozwala nam to na zaoferowanie pacjentkom najnowocześniejszych metod leczenia w pełnym zakresie.



Ogromny nacisk na ustawiczne doskonalenie naszych umiejętności, zdobywanie aktualnej wiedzy medycznej oraz wprowadzanie do pracy oddziału nowych metod leczenia kład już mój poprzednik dr n. med. Włodzimierz Mazurek. W obliczu tak pręźnie rozwijających się nowych technologii dotyczących zarówno metod diagnostycznych, jak i sposobów leczenia, wprowadzanie ich do pracy oddziału staje się przywilejem i przyjemnością, dodaje naszej pracy ekspresji i uwalnia od rutyny.

Jestem kierownikiem zespołu dążącego do zdobywania wiedzy i umiejętności. Tylko w czasie prowadzenia przeze mnie oddziału specjalizację osiągnęło 11 lekarzy, a 6 jest obecnie w trakcie nauki. Dopinguję ich, przekazuję swoje doświadczenie i uczę się wszystkiego, co nowe, oceniając przydatność do pracy naszego oddziału.

Dziękuję dyrekcji szpitala za zrozumienie i przychylne traktowanie naszych potrzeb. Dzięki takiej współpracy Oddział Ginekologiczno-Położniczy jest w pełni oddziałem o III stopniu referencyjności, jednym z dwóch w województwie warmińsko-mazurskim.

*Hanicenta Rzepa
Ordynator Oddziału
Ginekologiczno – Położniczego*



lek. Janina Drabiszczak-Piątkowska
specjalista chorób wewnętrznych
specjalista rehabilitacji medycznej
reumatolog
Ordynator Oddziału Reumatologicznego

Za oficjalną datę wprowadzenia leków biologicznych do leczenia RZS uważa się rok 1999 - Boston, Kongres Amerykańskiego Kolegium Reumatologicznego (ACR). Za początek leczenia lekami biologicznymi chorób reumatycznych w Polsce uznaje się jesień 2005 roku. Finansowanie leczenia w ramach programów terapeutycznych NFZ stworzyło nowe możliwości walki z chorobami reumatycznymi. Brak objawów choroby pozwala chorym na powrót do zawodu czy nauki oraz zdecydowanie poprawia jakość życia.

Pierwszą chorobą, w leczeniu której zastosowano leki biologiczne, było reumatoidalne zapalenie stawów, następnie zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, kolejno: tłuszczycowe zapalenie stawów, tłuszczycyca. I choć z czasem zwiększały się nakłady na leczenie biologiczne, to Polska, niestety, plasuje się na dalekim miejscu wśród krajów Europy. Leczenie biologiczne stosuje się u nas u zaledwie 1-1,5% pacjentów z RZS (w Europie średnio u 15-20% pacjentów). Wyprzedzają nas Węgry, Czechy, Słowacja, Bułgaria i Rumunia. W Niemczech i Wielkiej Brytanii leczonych biologicznie jest powyżej 20% pacjentów, w Norwegii około 30%. Wynika to oczywiście z faktu, jaki procent PKB jest w danym kraju przekazywany na ochronę zdrowia. W Polsce to zaledwie 4,4% PKB, w Czechach 6%, zaś średnia unijna wynosi 7%.

Leczenie biologiczne w reumatologii

Choć nie wszyscy pacjenci kwalifikują się do takiej terapii i nie u wszystkich przynosi ona pożądane efekty, to jednak metoda walki z chorobą przy pomocy leków biologicznych jest szansą dla wielu osób chorych na RZS, ZZSK czy ŁZS. Dla wszystkich tych, u których zawiodły tradycyjne metody leczenia. Swoim ponad 10-letnim doświadczeniem w stosowaniu u pacjentów leków biologicznych dzieli się reumatolog lek. Janina Drabiszczak – Piątkowska.

Lek biologiczny to substancja wytworzona przez żywe komórki, najczęściej hodowane in vitro, specjalnie zaprojektowaną linią komórkową, a jego produkcja jest uwarunkowana odpowiednim genem wytworzonym drogą inżynierii genetycznej i wprowadzonym do linii komórkowej wytwarzającej lek.

Leki biologiczne to prawie zawsze białka złożone. Ich budowa powoduje, że podawane są parenteralnie głównie jako leki podawane podskórnym lub we wlewach dożylnych. Leki biologiczne nie działają na przyczynę choroby, ponieważ jest ona nieznana. Oddziałują na określone etapy rozwoju zapalenia lub rozwoju reakcji autoimmunologicznej. Są więc objawowymi, ale dobrze wycelowanymi lekami przeciwzapalnymi lub immunosupresyjnymi. Duża część leków biologicznych to leki przeciwcytokinowe, które powodują zmniejszenie działania cytokin prozapalnych, takich jak TNF- ϵ interleukina- 6, 1 czy 17. Inne oddziałują na limfocyty B i na kostymulację limfocytów T.

Wprowadzenie leków biologicznych stanowi istotny postęp w terapii chorych na RZS, ZZSK, ŁZS (reumatoidalne zapalenie stawów, zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa, tłuszczycowe zapalenie stawów). Razem z postępem diagnostyki, pozwala to na istotne spowolnienie rozwoju uszkodzenia strukturalnego narządu ruchu. Pozwoliło na uzyskanie remisji u wielu chorych, zmniejszenia aktywności i dalszy postęp rozwoju choroby.

Leki biologiczne hamują też rozwój nasilonego procesu miażdżycy, dotyczy to głównie antagonistów TNF- ϵ . Wszystko to sprawia, że współczesny chory na RZS różni się obrazem klinicznym i rokowaniem od chorego sprzed trzydziestu lat.

Leczenie biologiczne stanowi duży postęp w terapii chorych na RZS, u dużej części pozwala na poprawę jakości i długości życia.



Nie każdy pacjent Reumatologii kwalifikuje się do terapii lekami biologicznymi. Wówczas trzeba szukać innych rozwiązań. Na zdj. ordynator oddziału w rozmowie z pacjentką Krystyną Fijałkowską

Najbliższe lata będą okresem dalszego rozwoju nowych leków biologicznych - prowadzonych jest wiele badań klinicznych. Obecnie w Polsce pacjenci leczeni są większością leków biologicznych stosowanych w Europie.

Leki neutralizujące biologiczne działanie TNF- ϵ : Infliksymab, Etanercept, Adalimumab, Golimumab, Certolizumab.

Są to przeciwciała monoklonalne. Inne mechanizmy działania:

- Tocilizumab- zablokowanie receptora dla il-6
- Rytuksymab- deplecja limfocytów B z antygenem CD20

Pacjenci kwalifikowani do leczenia lekiem biologicznym w ramach programów terapeutycznych muszą spełniać kryteria włączenia, nie mieć kryteriów wykluczenia. Nie każdy pacjent z aktywną chorobą zapalną RZS, ZZSK, ŁZS może być leczony w ramach programów terapeutycznych.

Podobnie jak przy każdym leku, także w trakcie tego leczenia mogą wystąpić objawy uboczne. Ich lista jest bardzo długa. Z własnej praktyki prowadzenia chorych zauważamy, że najczęściej występujące to: infekcje i ujawnienie się gruźlicy u osób które były wcześniej zakażone, także zaburzenia lipidowe i podwyższone parametry enzymów wątrobowych u osób leczonych Tocilizumabem. Wcześniejsza prawidłowa kwalifikacja pacjentów przed rozpoczęciem leczenia biologicznego (wykluczenie przewlekłych infekcji, badania w kierunku gruźlicy) powoduje, że procent objawów ubocznych jest niewielki.

W naszym Oddziale Reumatologicznym nowoczesną terapię lekami biologicznymi w ramach programów lekowych prowadzimy od 2006 roku. Co roku zwiększa się ilość leczonych tą metodą pacjentów. Łącznie było to już 50 osób chorujących na RZS, 15 - na ZZSK oraz 8 osób cierpiących na ŁZS. Czas leczenia jest uwarunkowany kryteriami zawartymi w programie lekowym, obecnie jest to 18 miesięcy przy prawidłowej odpowiedzi na leczenie. Aktualnie mamy 35 aktywnie leczonych pacjentów (RZS - 20 osób, ZZSK - 10 osób i ŁZS - 5 osób). Są to chorzy, u których wyczerpano możliwości leczenia lekami podstawowymi, a aktywność choroby była bardzo wysoka i spełniali oni kryteria kwalifikujące ich do programu. Niestety, nie wszyscy pacjenci mogą być leczeni lekami biologicznymi, przeciwwskazaniem są przewlekłe infekcje i niektóre inne choroby. Jest też pewien procent pacjentów leczonych lekami biologicznymi, którzy nie odpowiadają na

tego rodzaju leczenie, dlatego nie jest to lek dla każdego pacjenta chorującego na RZS, ŁZS, ZZSK.

Efekt leczenia oraz tolerancja leków u naszych pacjentów jest bardzo dobra. Pacjenci są regularnie monitorowani, tak by można było ocenić skuteczność leczenia i zauważyć ewentualne objawy uboczne. Z objawów ubocznych występowały okresowo podwyższone parametry enzymów wątrobowych, okresowe infekcje, zmiany skórne w miejscu podania leku podskórnego. Nasilenie objawów niepożądanych było niewielkiego stopnia i nie powodowało poważnych powikłań. Mamy nadzieję, że coraz większa ilość naszych pacjentów potrzebujących takiego leczenia będzie miała szansę z niego skorzystać.



Jedną z pacjentek naszego Oddziału Reumatologii, u których powodzeniem zastosowano terapię lekiem biologicznym, jest 58-letnia pani Helena Ziemińska z Elbląga.



- Cierpię z powodu RZS od 18 lat. Z czasem było ze mną gorzej i gorzej, farmakologia nie pomagała, choroba postępowała coraz bardziej, a ja w pewnym momencie byłam już wrakiem człowieka: ważyłam zaledwie 42 kg i leżałam wycieńczona ciągłym ostrym bólem wszystkich stawów, uniemożliwiającym mi jakikolwiek ruch. I wówczas zadzwonił TEN telefon: ordynator Oddziału Reumatologii dr Drabiszczak-Piątkowska powiedziała, że są nowe metody leczenia RZS, i spytała, czy zgodzę się na tę nową terapię, że może to być dla mnie szansa na poprawę zdrowia.

To było dokładnie dwa lata temu. Oczywiście, zgodziłam się. Od tamtej pory raz w miesiącu przyjeżdżam do szpitala na kroplówkę. Pewną poprawę zauważyłam już po drugiej dawce leku, potem z każdym miesiącem było lepiej. Dziś mogę być przykładem na to, że – w moim przypadku – leczenie biologiczne przyniosło znaczne ustąpienie dolegliwości reumatycznych. Nie będzie przesadą powiedzieć, że dostałam od lekarzy drugą szansę, drugie życie. Jestem za to bardzo wdzięczna. Dziś czuję się naprawdę nieźle, mój komfort życia znacznie się poprawił, mogę wychodzić na spacer, cieszyć się rodziną, przybrałam na wadze, po prostu czuję, że żyję. A tak przy okazji – przez te wszystkie lata stałam się prawdziwą „skarbnicą” praktycznej i teoretycznej wiedzy na temat RZS. Jest we mnie potrzeba, żeby się tą moją wiedzą, tym moim jakże prawdziwym i dogłębnym doświadczeniem, podzielić z innymi chorymi. Mam na myśli założenie jakiegoś stowarzyszenia, czy chociażby grupy wsparcia dla osób cierpiących na przewlekłe choroby reumatyczne. Bo przecież nikt nie zrozumie drugiego chorego tak dobrze, jak osoba, która sama przez to wszystko przeszła.



30 lat Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu

Ta budowa ciągnęła się – nie bójmy się tego słowa – przez blisko 20 lat. W końcu jednak, w czerwcu 1988 roku, otwarcie nowego szpitala w Elblągu stało się faktem. Rok 2018 jest dla nas Jubileuszowym Rokiem XXX-lecia działalności Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu. Dla nas to także świetna okazja do tego, by „odkurzyć” szpitalne archiwum i podzielić się nim z Państwem. Chcielibyśmy przypomnieć emocje, jakie towarzyszyły tamtym chwilom, wspomnienia osób, które doskonale pamiętają szpitalne „początki”, a także najstarsze fotografie i artykuły prasowe, jakie zachowały się w naszych zbiorach. A zatem zaczynamy...



SZPITAL rok 1988

I słowo ciałem się stało! – czytamy w „Wiadomościach Elbląskich” z 20 lipca 1988 roku.

Obiekt westchnień lekarzy i pielęgniarek, na przemian nadziei i drwin elblążan oraz utrapienie władz – nowy Szpital Wojewódzki – już funkcjonuje. (...) Jednak, mimo że przebywają już w nim pierwsi pacjenci, do pełni szczęścia jeszcze daleko.

Przede wszystkim „nie ruszyła” chirurgia i położnictwo. Przyczynę stanowi „nieodebranie” urządzeń (...) umożliwiających włączenie 625-litrowych czechosłowackich pojemników ciśnieniowych. Dopiero wówczas lekarze, w tym i chirurdzy, siedzący od kilku dni na walizkach w szpitalu przy Żeromskiego, będą mogli spokojnie przeprowadzić się do nowego gmachu.

(...) Z lekarzami nie jest jeszcze najgorzej. Ze starego szpitala podejmie ich tu pracę ponad 70 a ponad 20, przede wszystkim stażystów po studiach, już ją rozpoczęło. Ponadto na biurku dyrektora Jerzego Litwina leży jeszcze trochę podań tych, którzy mają nadzieję otrzymać mieszkanie w przekazanych do użytku blokach.

Pielęgniarki. Tu sprawy przedstawiają się nieco gorzej. Dwieście dziewcząt w białych fartuchach ciągle jeszcze zbyt mało do normalnego funkcjonowania placówki. Niezbędnych jest ich około pięćset... Dyrektor Litwin nie ukrywa, że osiągnąć taki poziom zatrudnienia jeszcze przez wiele lat będzie bardzo trudno. Większość pielęgniarek z lecznictwa otwartego nie chce pracować w szpitalu. Praca zmianowa nie należy do najwygodniejszych i nie rekompensują jej nawet preferencje płacowe (w grę wchodzi 2-3 tysiące złotych, a nawet więcej).

Są i inne problemy... brakuje prostych urządzeń „ambu”, służących do wdmuchiwania choremu do

płuc powietrza. Nie ma ssaków – podciśnieniowych urządzeń ssących. Lekarze marzą również o wystarczającej ilości jednorazowego sprzętu medycznego...

I jeszcze jedna kwestia – specjalnie na życzenie dyrektora Litwina – tym razem o wandalizmie... **Mimo że szpital funkcjonuje dopiero od kilku tygodni, coraz częściej notuje się przypadki niszczenia kwiatów w doniczkach umieszczonych na terenie przychodni i poszczególnych oddziałów, dewastowanie desek odbojowych przymocowanych do ścian, czy kradzieży (ze wszystkich wind powykręcano wiatrakil!). Plagą stają się również palacze, nie respektujący zarządzeń dyrektora, za nic mających dobro chorych. Nie dość, że zatrująwają siebie i innych, to jakby tego było mało, dewastują wyposażenie poprzez gaszenie papierosów wprost na krzesłach lub ścianach.”**

Fragmety artykułu „Bieg po zdrowie z przeszkodami”, autor: Stawomir W. Malinowski



Pierwsze oddziały nowego szpitala w Elblągu już pracują

(Inf. wt.) Teoretycznie od trzech dni funkcjonują pierwsze oddziały nowego Szpitala Wojewódzkiego w Elblągu. Jako pierwsze ze starego obiektu zostały przeniesione neurologia i pediatria. Wczoraj pracowały już także reanimacja, okulistyka, laryngologia, drugi oddział pediatrii i oddział internistyczny. Na tych oddziałach powracają do zdrowia pierwszych 70 pacjentów. Nowy szpital dysponuje 610 łózkami, a po ukończeniu drugiego budynku będzie ich 790.

W sobotę nastąpi przeniesienie do drugiego oddziału internistycznego i uruchomienie kór

Nowy szpital w Elblągu

(Dokończenie ze str. 1)

diologii. Czynnione są też starania, by od poniedziałku pierwsi pacjenci znaleźli się na oddziale ginekologiczno-położniczym.

Nowy szpital nie ma niestety, pełnej obsady. Miejsca pracy czekają m. in. na patomorfologów, anestezjologów, chirurgów i lekarzy innych specjalności, a także na pielęgniarki i analityków medycznych.

GT OS WYBRZEŻA
2-3.07.1988

Jak szpital budowano...

Historia Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego rozpoczyna się w lutym 1972 roku. To właśnie wtedy, uchwałą Rady Ministrów PRL „W sprawie rozwoju i modernizacji Elbląga do roku 1975 i założeń na lata dalsze”, zapada decyzja o wybudowaniu w silnie rozwijającym się przemysłowo mieście nowego, nowoczesnego szpitala. Te przełomowe lata tak wspominała Irena Rukujżo-Półtorzecka z Wydziału Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego w Elblągu:

„W latach siedemdziesiątych ub. wieku ówczesne wojewódzkie władze polityczne i administracyjne twierdziły, iż ogólny stan zdrowotny mieszkańców regionu elbląskiego nie był zły. W każdym razie podstawowe wskaźniki nie odbiegały od przeciętnych krajowych. Niemniej sytuacja była raczej trudna i należało przedsięwziąć wszelkie możliwe kroki, aby ją poprawić. Szczególnie dotyczyło to uzupełnienia niedoborów kadry medycznej oraz usprawnienia organizacji pracy w poszczególnych placówkach służby zdrowia.

Największym problemem tego terenu był niedorozwój bazy szpitalnej. Od lat nie przybywało etatowych łóżek szpitalnych, obniżał się ich wskaźnik na 10 tys. mieszkańców. Szpital miejski w Elblągu przy ul. Żeromskiego był w opłakanym stanie technicznym. Aby poprawić trudną sytuację, władze centralne zaakceptowały projekt budowy szpitala w Elblągu z 790 łóżkami i blokiem przychodni przyszpitalnych”.



Lata 1973-74. Plac pod budowę nowego szpitala

Na lokalizację nowego szpitala wytypowano niezagospodarowany teren u zbiegu ulic: Marymonckiej, Kościuszki i Armii Czerwonej (obecnie Królewiecka).

Budowa rusza w roku 1973 od niwelowania, za pomocą sprzętu będącego na wyposażeniu elbląskiego Batalionu Budowy Lotnisk, pagórkowatego, podmokłego terenu przeznaczonego pod budowę. **8 lutego 1975 r. ma miejsce symboliczne wmurowanie kamienia węgielnego.** W uroczystości, obok władz miasta i województwa, uczestniczy sekretarz KC PZPR Stanisław Kania. Tego samego dnia, podczas uroczystej Sesji Miejskiej Rady Narodowej, Sztandar Elbląga zostaje udekorowany Orderem Sztandaru Pracy I klasy (w 30-tą rocznicę powrotu Elbląga do Macierzy).

Nowy elbląski szpital ma składać się z budynku głównego na 610 łóżek, pawilonu na 180 łóżek oraz z bloku poradni przyszpitalnych. Wykonawcą olbrzymiej oszacowanej na ponad pół miliarda ówczesnych złotych inwestycji zostaje Elbląski Kombinat Budowlany. Termin zakończenia budowy zaplanowany na 1980 r. kilkukrotnie ulega przesunięciu. Opóźnienia powodują niedobory materiałów budowlanych, problemy głównego wykonawcy, niedostatek przekazywanych „z góry” funduszy, w końcu - wyjątkowo niesprzyjające warunki ukształtowania terenu. Obowiązki Dyrektora Szpitala w Budowie pełni lek. Hieronim Wagner.

Pierwszym z oddanych do użytku pacjentów obiektów (1985) zostaje przyszpitalna przychodnia zdrowia usytuowana w budynku głównym. Przeniesione zostają tu poradnie specjalistyczne, działające dotychczas w różnych częściach Elbląga.



8 lutego 1975. Wmurowanie kamienia węgielnego. Wśród gości tow. Stanisław Kania, sekretarz KC PZPR

W 1987 r. odbiory techniczne przechodzą kolejne części szpitala: pięciokondygnacyjny blok łóżkowy, blok dziecięcy, kuchnia, pralnia a także blok pomocy doraźnej. Równocześnie trwa wyposażanie nowych obiektów w infrastrukturę techniczną i sprzęt medyczny.

W 1987 r. dyrektorem szpitala zostaje Jerzy Litwin, Naczelna Pielęgniarką – Krystyna Rakowska. Na ich barki spada trud skompletowania kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Kluczowe stanowiska w nowo tworzonych oddziałach obejmują specjaliści zatrudnieni dotychczas w innych elbląskich szpitalach. Pracowników poszukuje się na uczelniach medycznych i w szkołach pielęgniarskich, zaś zachętą dla nowych kadr jest szansa na służbowe mieszkanie w jednym z budujących się w pobliżu szpitala bloków mieszkalnych lub w hotelu dla pielęgniarek.

Pierwsza połowa 1988 r. upływa na finalizowaniu prac związanych z przygotowaniem ogromnego obiektu szpitala do prawidłowego funkcjonowania, gromadzeniem niezbędnego sprzętu medycznego, w końcu - do przyjęcia pierwszych pacjentów. Tworzone jest zaplecze medyczne i diagnostyczne. Pracę rozpoczynają m.in. Laboratoria: Bakteriologiczne i Analityczne, Bank Krwi, Centralna Sterylizatornia, Zakłady: Rehabilitacji, Anatomii Patologicznej, Radiologii.

27 czerwca uruchomiona zostaje Izba Przyjęć, dwa dni później - 29 czerwca szpital przyjmuje pierwszych pacjentów. Z początkiem lipca rusza Blok Operacyjny. 18 lipca rodzą się pierwsze dzieci. Do końca 1988 r. powstaje 15 oddziałów: Neurologiczny, Pediatryczny A i B, Otolaryngologiczny, Intensywnej Opieki Medycznej i Anestezjologii, Wewnętrzny I i II, Okulistyczny, Kardiologiczny, Chirurgiczny, Ortopedyczny, Położniczy, Ginekologiczny, Noworodkowy oraz Neurochirurgiczny.

Między 29 czerwca a 31 grudnia 1988 r. do szpitala przyjętych zostaje 7.913 pacjentów. Na koniec roku 1988 szpital zatrudniał 1.455 osób, w tym 165 lekarzy oraz 343 pielęgniarki i położne.

W latach 1989-90 przekazany do użytku zostaje stojący wolno Pawilon Wielofunkcyjny na 180 łóżek połączony z budynkiem głównym szpitala podziemnym tunelem. W nowo otwartym obiekcie rozpoczynają działalność 4 kolejne oddziały: Reumatologia, Dermatologia, Psychiatria i Chemioterapia.



NAJSTARSZE ZDJĘCIA

Trwa budowa szpitala...



8 lutego 1975. Wmurowanie kamienia węgielnego pod budowę nowego szpitala. Na pierwszym planie przewodniczący MRN w Elblągu Bolesław Smagata



Władze miasta kontrolują przebieg prac na budowie



Początki budowy szpitala. Fot Czesław Misiuk



1978. Budowa szpitala wojewódzkiego foto Piotr Kajmer



Stan surowy fot Piotr Kajmer



Nowy szpital od strony Izby Przyjęć

ZE SZPITALNEGO ARCHIWUM:

Personel medyczny i pielęgniarski szpitala



Młodzi lekarze na start! W środku Alicja Rudzińska - Olszak, pediatra



Rok 1988. Dyżurka pielęgniarska w Oddziale Chirurgii Ogólnej.



Koniec lat 80-tych. Pacjentki i personel pielęgniarski Oddziału Reumatologicznego



Pacjenci Oddziału Dziecięcego pod opieką pielęgniarki



Rok 1998. Pielęgniarki Renata Lewkowicz z prawej i Małgorzata Dębska (Naus) przy stanowisku do reanimacji wcześniaków (inkubator otwarty) foto Piotr Kajmer



1988. Personel Zakładu Rehabilitacji



Szpital to nie tylko lekarze i pielęgniarki...

Aby placówka mogła sprawnie funkcjonować, niezbędne jest całe zaplecze. Jak obliczono, w pierwszym półroczu swojej działalności (dane na 31.12.1988), Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu zatrudniał 1.455 osób, w tym 165 lekarzy i 343 pielęgniarki i położne. Pozostały personel (prawie 950 osób) to pracownicy szpitalnych laboratoriów, poradni i zakładów, ratownicy medyczni, ale także administracja, pracownicy techniczni i gospodarczy. Dziś proporcje te mocno się zmieniły. Personel niemedyczny stanowi zaledwie 14% wszystkich zatrudnionych w szpitalu osób (ponad 200).



Szpitalnia pralnia. Na zdjęciu wieloletnia kierowniczką pralni Henryka Anuszek



Pracownice Centralnej Sterylizatorni



Ogrodnik Stanisław Sierzęga wyznacza 3 tysiące miejsc nasadzeń krzewów i drzew



Widok na kotłownię, Laboratorium



Nasze pierwsze - nieliczne - komputery



1989. Złote Krzyże Zasługi dla pracowników szpitala. Od lewej: Felicja Matkowska-Głazewska, Ordynator Noworodków, Jadwiga Konarzewska-Kruszewska, Ordynator Oddziału Neurologii

Pierwsi pacjenci, pierwsze operacje



Dokładnie 29 czerwca 1988 r. do nowo wybudowanego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu przyjęci zostali pierwsi pacjenci. Dwa tygodnie później wykonano tu także pierwszy zabieg operacyjny - było to usunięcie w trybie pilnym wyrostka robaczkowego. W szpitalu do dziś pracują osoby, które doskonale pamiętają tamte chwile.

Jak podają pierwsze zapiski z zaledwie dwa dni wcześniej uruchomionej Izby Przyjęć, pierwszego pacjenta szpital przyjął 29 czerwca 1988 r. o godz. 14.30 do Oddziału Neurologicznego.

- Świetnie pamiętam dzień otwarcia szpitala – wspomina Kazimiera Subocz, wówczas młodzianka pielęgniarka, dziś - Oddziałowa na Neurologii. - To był równocześnie dzień imienin ówczesnego Lekarza Wojewódzkiego Pawła Gaydy, bardzo zaangażowanego w organizację pracy szpitala. Wszystkim nam bardzo zależało, aby połączyć oba wydarzenia.

Inaugurację działalności szpitala oraz swoich pierwszych pacjentów wspomina też pierwsza ordynator Oddziału Neurologicznego Jadwiga Konarzewska-Kruszewska.

- To było dla nas ogromne wydarzenie – mówi lekarka, jeszcze do niedawna dyżurująca na Neurologii. – W Elblągu bardzo brakowało wówczas ogólnie dostępnego Oddziału Neurologicznego (Neurologia w szpitalu wojskowym przyjmowała wyłącznie pacjentów „branzowych”). - Dla chorych była to więc wielka szansa, dla nas, lekarzy, wielka zawodowa satysfakcja. Tym bardziej, że już kilka miesięcy później (listopad 1988) otwarto w szpitalu także Neurochirurgię. Do dziś wspominam nieocenioną współpracę z pierwszym ordynatorem tego oddziału śp. dr. n. med. Stefanem Kopczyńskim. To

była wybitna osobowość. Pamiętam nasze wspólne starania o pozyskanie dla szpitala specjalistycznego sprzętu, zwieńczone zakupem m.in. pierwszego tomografu komputerowego czy aparatu USG.

Moment przyjęcia do szpitala pierwszych pacjentów doskonale pamięta także Ewa Wiaderkowicz (wówczas Rosiak), pierwsza Pielęgniarka Oddziałowa Izby Przyjęć.

- W Izbie Przyjęć były na początek – łącznie ze mną – tylko trzy pielęgniarki. A przecież musiałyśmy być na stanowisku przez całą dobę! – wspomina pani Ewa - Pamiętam, jak pod szpital podjeżdżała karetka za karetką, a my wciąż miałyśmy pełne ręce pracy. Pamiętam też, zaraz pierwszego dnia, jak bardzo przykrym dla nas wszystkich wydarzeniem był zgon jednego z pacjentów na Neurologii.

Tylko w pierwszym półroczu działalności Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego (od 29 czerwca do 31 grudnia 1988 r.)

uruchomiono łącznie 15 oddziałów, do których przyjęto prawie 8 tysięcy pacjentów. W tym samym czasie na Bloku Operacyjnym wykonano 2,5 tys. operacji a na naszej porodowcy urodziło się ponad 1,8 tys. dzieci.

30 lat później

Wojewódzki Szpital Zespołony jest nadal największym szpitalem w Elblągu a także największą placówką ochrony zdrowia spośród wszystkich podległych Marszałkowi Warmii i Mazur. Przez 30 lat w szpitalnych oddziałach hospitalizowano ponad 900 tys. pacjentów i wykonano blisko 300 tys. operacji, w tym prawie 35 tys. operacji onkologicznych. W tym samym czasie na świat przyszło u nas ok. 36 tys. nowych obywateli.

Szpital stał się też największym zakładem pracy w Elblągu. Obecnie zatrudnia ok. 1,5 tys. osób, w tym ponad 320 lekarzy i ponad 630 pielęgniarek i położnych. W szpitalnych oddziałach jest łącznie 611 łóżek.



W Elblągu na karetkę czekamy średnio 9 minut.

Mieścimy się w normie, ale może być lepiej

W Elblągu średnio 9 minut zajmuje zespołom ratownictwa medycznego dotarcie do pacjenta. Ten czas może się jeszcze poprawić za sprawą kolejnego ambulansu, który zyskało elbląskie pogotowie. - Zabiegaliśmy o to od lat, wcześniej byliśmy najbardziej w całym województwie obciążeni pod względem wyjazdów na dobę. Teraz ta sytuacja została rozładowana - mówi Michał Missan, koordynator Działu Ratownictwa Medycznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu.



Jak długo powinniśmy czekać na karetkę? Zgodnie z przepisami maksymalny czas dotarcia zespołu na miejsce zdarzenia nie powinien przekraczać 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza granicami miasta tej wielkości.

W 2016 r. średnia czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do pacjenta w niemal wszystkich województwach, w tym również warmińsko-mazurskim (tu średni czas dotarcia do pacjenta wynosił 11 minut), spełniała kryteria. Założone w przepisach normy przekroczone zostały w województwie śląskim i mazowieckim w przypadku miast powyżej 10 tysięcy mieszkańców - informuje Główny Urząd Statystyczny w Raporcie na Temat Ochrony Zdrowia 2016, który pokazuje między innymi, jak długo pacjenci wzywający karetkę oczekiwali na pomoc.

Tyle przepisy, a jak jest w rzeczywistości? Nie najgorzej. Od 6 do 9 minut - tyle czasu najczęściej zajmowało zespołom ratowników medycznych dotarcie na miej-

sce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców w 2016 r. - wynika z danych GUS. Jak na ich tle prezentuje się Elbląg?

- Zarówno w roku 2016, jak i w 2017 średni czas dojazdu karetki do pacjenta

w Elblągu wynosił 9 minut - informuje Magdalena Mil, rzecznik prasowy Narodowego Funduszu Zdrowia Oddziału w Olsztynie. - Jest szansa, że w roku 2018 czas oczekiwania pacjenta na przyjazd karetki w Elblągu jeszcze się skróci. Od sierpnia 2017 Elbląg dysponuje bowiem dodatkowym ambulansem i dodatkowym zespołem ratownictwa medycznego. Obecnie elbląskie pogotowie posiada pięć ambulansów systemu ratownictwa medycznego. Trzy stacjonują w bazie DRM przy ul. Orzeszkowej, dwa w szpitalu przy ul. Królewieckiej.

- Wcześniej nasze elbląskie zespoły ratownictwa medycznego były, pod względem wyjazdów na dobę, najbardziej obciążonymi w całym województwie warmińsko-mazurskim. W tej chwili te parametry się poprawiły właśnie za sprawą dodatkowego zespołu i ambulansu - mówi Michał Missan. - W statystykach efekty uruchomienia dodatkowego zespołu ujawnią się dopiero w tym roku.

Natasza Jatczyńska, info.elblag.pl



Clostridium difficile

– co to za bakteria?

Clostridium difficile to bakteria należąca do rodzaju Clostridium - beztlenowych bakterii Gram-dodatnich, które wytwarzają przetrwalniki, czyli formy umożliwiające tym bakteriom przetrwanie niekorzystnych dla nich warunków. Bakterie Clostridium difficile nie potrzebują tlenu do przetrwania i namnażania się (reprodukcji), co oznacza, że jelito grube jest dla nich dobrym środowiskiem życia. Normalnie występuje w jelicie grubym u ok. 2/3 niemowląt i dzieci i u ok. 3 proc. dorosłych.

U osób zdrowych bakteria Clostridium difficile nie jest przyczyną żadnych problemów zdrowotnych, ponieważ jej wzrost hamowany jest przez naturalną florę jelitową organizmu. Gdy jednak dojdzie do zaburzeni flory, bakteria Clostridium difficile może się namnażać i wytwarzać toksyny bakteryjne, które uszkadzają komórki ściany jelita i doprowadzają do zapalenia jelita grubego. Następnie rozprzestrzeniają się poprzez przetrwalniki, które opuszczają organizm wraz z kałem zakażonej osoby. Mogą następnie zakażać otoczenie: toalety, pościel, skórę i ubranie. Każda osoba, która ma kontakt z zakażoną powierzchnią, może rozprzestrzeniać infekcję. Przetrwalniki bakterii mogą następnie zarażać kolejne osoby, dostając się do organizmu przez jamę ustną. Osoby, u których bakterie Clostridium difficile w naturalny sposób bytują w jelitach, nie roznoszą bakterii, dopóki nie zainicjują one produkcję toksyn. Dlatego właśnie wiele osób ma bakterie w organizmie, ale nie odczuwa żadnych objawów. Obecność bakterii Clostridium difficile stwierdza się przeprowadzając badania laboratoryjne kału zakażonej osoby. Obecność w próbce toksyn, wydzielanych przez bakterie Clostridium difficile, wskazuje na istnienie infekcji.

Należy pamiętać, że bakteria ta jest jednak bardzo zaraźliwa i łatwo się rozprzestrzenia.



Agata Sawicka
pielęgniarka epidemiologiczna

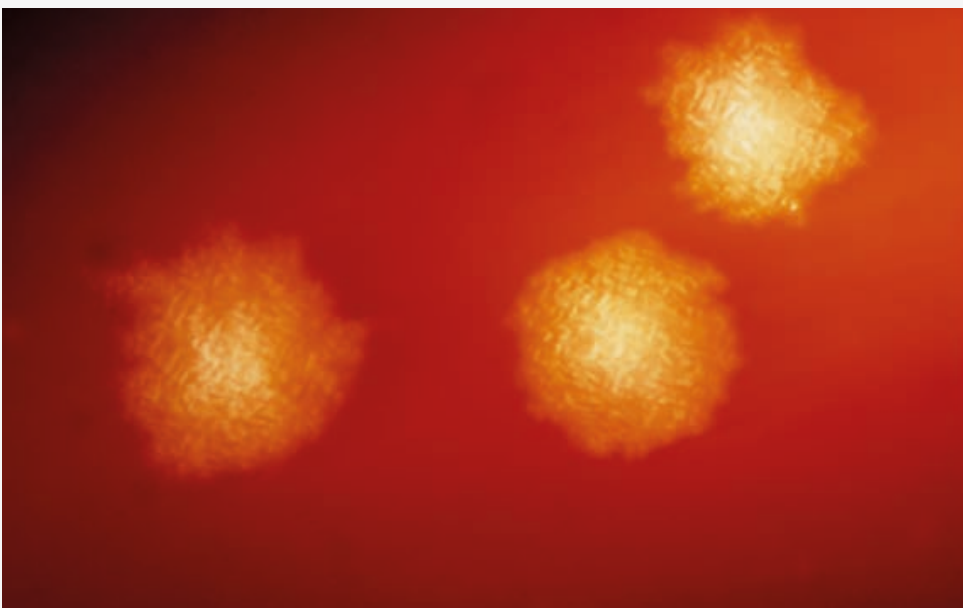
Objawy, jakie towarzyszą zakażeniu Clostridium difficile to głównie:

- intensywne biegunki – najczęściej zaczynająca się w trakcie antybiotykoterapii; do 30 wypróżnień na dobę,
- niekiedy domieszka krwi i śluzu w kale,
- kurczowe bóle brzucha,
- gorączka,
- odwodnienie,
- obrzęki,
- w skrajnych przypadkach – wstrząs.

Większość pacjentów manifestuje łagodny i samoograniczający się przebieg choroby. Najczęściej już po odstawieniu antybiotyków widać znaczną poprawę stanu klinicznego.

Czynniki ryzyka występowania Clostridium difficile:

- antybiotykoterapia
- częściowe lub pełne unieruchomienie
- leki zmniejszające odporność
- zabieg operacyjny
- chemioterapia
- wiek - osoby powyżej 65. roku życia



Clostridium difficile - hodowla bakterii na agarze z krwią www.wikipedia.org

PAMIĘTAJ!!!

Żeby ograniczyć ryzyko zakażenia Clostridium difficile, należy przestrzegać zasad higieny. Po każdym zetknięciu się z osobą zakażoną Clostridium należy myć ręce wodą z mydłem, nie siadać na łóżku pacjenta. Pomieszczenia w szpitalach i domach opieki (szczególnie toalety) powinno się czyścić środkami o działaniu sporobójczym (na bazie chloru).

Koszty wypadków przy pracy ponosimy... niestety – my wszyscy

Czy zastanawiali się kiedyś Państwo nad tym, kto tak naprawdę ponosi koszty następstw wypadków przy pracy? Otóż, niestety, ponoszą je zarówno firmy, państwo, ale także wszyscy pracownicy. Te koszty obciążają wszystkich obywateli jako podatników. Oznacza to, że wypadki powodują znaczne straty w gospodarce. Według danych z Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego (CIOP-PIB), w Polsce koszty związane z niewłaściwymi warunkami pracy wynoszą od 17,4 do 21,75 mld zł, co stanowi od 1,7 do 2,1% PKB. Dokonując analizy należy uwzględnić zarówno te koszty, które wynikają z nieodpowiednich warunków pracy, jak i te, które należy ponieść w związku z działaniami prewencyjnymi.



Hanna Szpuga
Służba BHP

W momencie zaistnienia wypadku przy pracy pojawia się wiele różnego rodzaju kosztów. Podzieliłam je na trzy podstawowe grupy:

Koszty wypadków ponoszone przez pracodawcę – to koszty ponoszone w chwili zaistnienia wypadku. Zaliczamy do nich te związane z przeprowadzeniem akcji ratunkowej, stratą w majątku firmy oraz koszty odłożone w czasie wynikające z absencji osób poszkodowanych w wypadku, koszty

zastępstw, usunięcia usterek, dokonania wszelkich napraw, a także zakupu nowego sprzętu lub urządzeń w zamian za ten, który uległ zniszczeniu. Dodatkowy koszt, pojawiający się w takiej sytuacji, to między innymi ten, który wynika z braku możliwości wykonania danej usługi (leczniczej, opiekuńczej, ratowniczej), na skutek uszkodzenia lub zniszczenia określonego urządzenia, pojazdu czy sprzętu. Niebagatelnym kosztem, trudnym do oszacowania, będzie koszt związane z utratą reputacji, który może mieć wpływ na trudności z pozyskaniem nowych klientów. Poważnym obciążeniem dla firmy może być konieczność wypłaty odszkodowań przyznanych w drodze postępowania sądowego. Przy wyliczaniu kosztów związanych z wypadkami trudno pominąć kary nałożone przez instytucje państwowe takie jak Państwowa Inspekcja Pracy czy Sanepid oraz wysokość składki wypadkowej, której wysokość jest uzależniona od liczby wypadków zaistniałych w danym zakładzie pracy.



Pracownik najczęściej jest obciążony kosztami leczenia (zakupem leków, sprzętu medycznego, specjalistyczną opieką medyczną, rehabilitacją, kosztem transportu do placówki medycznej – poradni rehabilitacyjnej lub szpitala na zabiegi itp.).

Następstwem wypadku przy pracy jest też możliwość utraty zarobków przez poszkodowanego. Mimo, iż pracownik, który uległ wypadkowi w pracy i przebywa na zwolnieniu lekarskim z tego tytułu otrzymuje 100% wynagrodzenia podstawowego, to jednak premię oraz inne dodatkowe gratyfikacje, które będą przez pracodawcę wypłacane uznaniowo, utraci. Ponadto może się zdarzyć, że skutki zdrowotne wypadku są na tyle poważne, że pracownik nie może być nadal zatrudniony na dotychczas zajmowanym stanowisku. W takiej sytuacji nie tylko utraci on zarobki, które otrzymywał do tej pory, ale będzie musiał ponieść dodatkowe koszty na przekwalifikowanie się. Utrata zdrowia może być na tyle poważna u poszkodowanego

Szacunkowe straty materialne spowodowane wypadkami przy pracy wg GUS		
Lp.	Lata	Opieka zdrowotna i pomoc społeczna
1	2013	705.500 zł
2	2014	390.100 zł
3	2015	1.099.600 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie statystyki GUS

Lp.	Lata	Liczba wypłacanych świadczeń	Kwota jednorazowego odszkodowania
1	2013	13	28.840 zł
2	2014	15	53.134 zł
3	2015	8	9.679 zł

Źródło: Opracowanie własne

wanego, iż będzie musiał przejść na rentę chorobową, co na stałe pozbawi go części dochodu, a co za tym idzie, spowoduje obniżenie standardu życia.

Często pomijamy, bo trudnym do określenia kosztem wypadku, jest ból i cierpienie (zarówno fizyczne jak i psychiczne) osób poszkodowanych oraz ich rodzin. Jest to jednak bardzo ważny koszt społeczny.

W grupie kosztów ponoszonych przez państwo będą głównie te, które są wygenerowane w związku z uczestnictwem w akcji ratunkowej służb państwowych (Pogotowia Ratunkowego, Straży Pożarnej, Policji itp.). Kolejnym z kosztów jest koszt wypłaty świadczenia chorobowego z tytułu wypadku przy pracy oraz konieczność wypłaty renty wypadkowej. Znaczącym kosztem jest też finansowanie leczenia i rehabilitacji osób poszkodowanych w wypadkach. W przypadku, gdy wystąpi znaczne pogorszenie się sytuacji materialnej osoby poszkodowanej, do kosztów ponoszonych przez państwo należy doliczyć koszt pomocy społecznej udzielanej przez MOPS bądź inne instytucje państwowe.

Powyżej (Tabela na stronie 18) przykładowe koszty związane z wypadkami przy pracy w Polsce w latach 2013-2015 r. pokazujące skalę zjawiska wypadkowości.

W kolejnej tabeli pokazałam koszty, jakie poniósł w tym samym czasie Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wypłacając jednorazowe odszkodowania pracownikom poszkodowanym w wypadkach przy pracy w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu.



Ponieważ każdy wypadek przy pracy generuje mniejsze lub większe koszty, niezbędne jest podejmowanie działań profilaktycznych w celu likwidacji lub zminimalizowania ich liczby. Żeby to osiągnąć potrzebne są nie tylko nakłady finansowe, ale współdziałanie w podejmowaniu przedsięwzięć zarówno organizacyjnych, technicznych jak i środowiskowych.

W tym celu Służba BHP opracowała na potrzeby WSZ „Program zapobiegania wypadkom i urazom”, który został zamieszczony w Intranecie.

Monitorujemy zdarzenia niepożądane

Nasz szpital uczestniczy w projekcie pn. „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki” realizowanym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. W związku z tym powołano Zespół ds. Monitorowania Zdarzeń Niepożądanych. W ramach projektu w dniach 26-27.02 2018 odbyło się szkolenie pracowników szpitala odpowiedzialnych za wdrażenie w szpitalu systemu zgłaszania i analizowania zdarzeń niepożądanych.

Celem szkolenia było uzyskanie wiedzy i praktycznych umiejętności na temat zdarzeń niepożądanych wg metodologii RCA i Protokołu Londyńskiego, systemu identyfikacji i zgłaszania zdarzeń, analizy oraz modyfikacji dotychczasowej praktyki na podstawie wniosków z analizy. Szkolenie prowadził dr med. Paweł Grzesiowski, ćwiczenia w prowadzeniu analizy zdarzeń - mgr Justyna Rutkowska i mgr Jądwiaga Kiniorska.





Jolanta Kałabun

Tuż za rogiem... TOLKMICKO

Autorka tekstu i zdjęć, Jolanta Kałabun, pracuje w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu na stanowisku magazyniera. Z zamiłowania i pasji jest przewodnikiem turystycznym PTTK. Od 25 lat działa aktywnie w elbląskim oddziale towarzystwa. Zachęca do odwiedzenia miejsc znajdujących się nieopodal Elbląga, a obfitujących w unikalne zabytki, posiadających ciekawą historię. Miejsca o których pisze, znajdują się za przysłowiowym rogiem naszego domu, osiedla czy miasta. Oto jedno z takich miejsc...

Jest nad Zalewem Wiślanym, u podnóża Wysoczyzny Elbląskiej, małe urokliwe miasteczko o bardzo długiej i ciekawej historii. To Tolkmicko, którego początki sięgają XIII wieku. Krzyżacy założyli je prawdopodobnie w latach 1296 - 1300 na miejscu grodu pruskiego o nazwie Tolko. Miasteczko, tak jak wszystkie okoliczne miejscowości, wielokrotnie niszczone było przez pożary i przemarsze wojsk w czasie licznych wojen. Ludność utrzymywała się tu z rzemiosła i połowu ryb. Zmiany nastąpiły pod koniec XIX w., kiedy w miasteczku wybudowano nowoczesny port pozwalający na rozwój rybołówstwa, ale również żeglugi pasażerskiej.



Stary port rybacki

W tym samym czasie uruchomiono Kolej Nadzalewową i wybudowano drogę do Elbląga. W Tolkmicku rozwinął się przemysł ceramiczny, powstały cegielnie i warsztaty wyrabiające rybackie łodzie i inne statki o małym zanurzeniu. Rozwinął się przemysł przetwórczy ryb i owoców. Spokojny, senny byt miasteczka przerwała II wojna światowa. W obawie przed nadchodzącym frontem radzieckim miejscowa ludność rzuciła się do desperackiej ucieczki przez zamrażnięty Zalew Wiślany, która pochłonęła mnóstwo ofiar. Po wojnie nowi mieszkańcy powrócili do pracy w zakładach przetwarzających owoce i warzywa oraz do rybołówstwa i produkcji konserw rybnych. Niestety, wytwórnie te nie przetrwały przemian ustrojowych w Polsce.

Wędrując sennymi uliczkami dzisiejszego Tolkmicka trudno nie zauważyć, że czas się tu zatrzymał. Na niewielkim rynečku wita nas gotycki kościół pw. św. Jakuba zbudowany w XIV w. na miej-



Nowy ratusz

scu wcześniejszego drewnianego. Dzielił losy miasteczka i był wielokrotnie niszczony i odbudowywany. Mimo to zachował do dziś swój trójnawowy bazylikowy układ gotyckich murów oraz imponującą wieżę. W XIX w. do kościoła dobudowano neogotycki transept i prezbiterium. Z bogatego barokowego wyposażenia wykonanego przez Krzysztofa Perwangera, który był bardzo znanym na Warmii artystą, a w Tolkmicku był burmistrzem, niestety zachował się do dzisiaj jedynie rokokowy krzyż z figurką Chrystusa. Obecnie wewnątrz ma wystrój neogotycki z początku XX w.



Kościół polsko-katolicki – dawny zbór ewangelicki



Wnętrze kościoła św. Jakuba

W miasteczku dobrze zachował się średniowieczny układ urbanistyczny: rynek i odchodzące od niego wąskie uliczki zabudowane małymi domami z XVIII i XIX wieku. W 2016 r. na rynku zbudowano nowy budynek Ratusza Miejskiego - na miejscu XVIII-wiecznego spalonego w 1945 r.

Powędrujmy krętymi uliczkami Tolkmicka, żeby zobaczyć zabytkowe skarby jakie jeszcze skrywa. Tuż za rogiem, a właściwie na tyłach kościoła św. Jakuba, zobaczymy dawny Zbór Ewangelicki, niewielki budynek powstały w r. 1887. Obecnie jest to Kościół Polsko - Katolicki pw. Matki Boskiej Anielskiej.



Kościół św. Jakuba

Idąc dalej dotrzemy do zachowanego, choć już nie używanego, szachulcowego dworca kolejowego zbudowanego ok. 1900 r. Piękny to zabytek i żal, że tak niszczeje. Z dworca do mariny jest już bardzo blisko i tam udajmy się, żeby zobaczyć to pięknie odnowione miejsce.

Wędrujmy wąskimi, krętymi uliczkami Tolkmicka niespiesznie, by czegoś ciekawego i pięknego nie przeoczyć. Spróbujmy zwolnić nasz rozpędzony świat, bo przecież czas tuż za rogiem Elbląga - w Tolkmicku - też płynie o wiele wolniej.



Dworzec w Tolkmicku zdj. arch.



Dworzec w Tolkmicku współcześnie



Panorama Tolkmicka



Zmodernizowany port rybacki w Tolkmicku



lek. Bolesław Szatrański,
specjalista chorób płuc

Elbląskie szpitale (część 8)

Pierwszym szpitalem miejskim w Elblągu, ze swej nazwy i funkcji, był prawdopodobnie zakład utworzony po roku 1772 w Ratuszu Nowego Miasta, obok Kościoła Trzech Króli. (ul. Janowska - między ul. Ślusarską a Szkolną). Budynek ten został zniszczony przez pożar w 1806 r. Następnym, nazywany także „miejskim”, był Szpital Elbląskiej Fundacji Szpitalnej przy ul. Łoży 5.

SZPITAL MIEJSKI PRZY UL. ŻEROMSKIEGO

Gdy podjęto decyzję budowy nowego szpitala miejskiego, dzięki fundacji Ryszarda Cowle i dotacjom Ferdynanda Schichaua, długo poszukiwano terenu, gdzie mógł być ulokowany szpital. Wybrano kilku-hektarowy teren położony u południowo-wschodnich granic miasta w dzielnicy zwanej Nowomiejskie Pole, przy ul. Rzeźni Miejskiej. Miejsce to miało również inną nazwę: Gawroni Raj. Znalezione miejsce pomiędzy obecnymi ulicami Żeromskiego a Komeńskiego dogodnie sytuowało szpital pod względem komunikacyjnym. Po wybudowaniu szpitala ulicę, przy której leżał, nazwano ulicą Pott – Cowle, dla upamiętnienia nazwiska wielkiego dobroczyńcy Elbląga z początku XIX w. On to w swoim testamencie z 1821 r. przeznaczył 200 tys. Talarów dla utworzonej fundacji Pott- Cowle. Z odsetek tego kapitału po 80 latach sfinansowano m.in. budowę nowego szpitala miejskiego.

Projekt szpitala był bardzo nowoczesny. Budowę zaczęto w 1898 r., zakończono w 1904. Obiekt o 220 łóżkach oddano do użytku 12 września 1904 r. Budynek główny posiadał skrzydło główne i dwa boczne, obok powstał pawilon chorób wenerycznych i zakaźnych, prosektorium i obiekty szkoły pielęgniarek. Kompozycji całości dopełniał założony wokół park. Budynek główny szpitala, miał formę barokowego pałacu. W kilka lat po oddaniu go do użytku otoczono całość murem z dwukolorowej cegły, od strony ulicy Żeromskiego - z ku-tym parkanem. Około roku 1920 nadbudowano II piętro zmieniając jednocześnie konstrukcję dachu, a w roku 1938 zamontowano windę. Dyrektor nosił tytuł Miejskiego Radcy Sanitarnego i znajdował się na etacie magistratu. Funkcję tą powierzono dr. Georgowi Schwartzowi, dotychczasowemu dyrektorowi Fundacji Szpitalnej przy ul. Łoży.

Transportu chorych dokonywano początkowo dwoma dwukonnymi zaprzęgami. Przy mniejszych odległościach stosowana była lektyka. Po 1920 r. transport chorych odbywał się za pośrednictwem Służby Sanitarnej stanowiącej organiczną część Zawodowej Straży Pożarnej. W roku 1926 zakupiono ka-

retkę od elbląskiej firmy, a w 1931 drugą, marki Mercedes – Benz.

Szczególnie wysokie było obciążenie szpitala podczas I Wojny Światowej, zwłaszcza w roku 1916, gdy same władze wojskowe zażądały udostępnienia 180 łóżek. Koniecznym było doraźne ustalenie 6 baraków po 30 łóżek każdy. Pod koniec wojny obłożenie roczne łóżek wynosiło 4565 pacjentów.

Szpital był bardzo nowoczesnie wyposażony i został później rozbudowany budynkami pomocniczymi oraz nadbudową bocznych skrzydeł. Powstała tu też Szkoła Pielęgniarek.



Z upływem lat szpital nie był w stanie pokryć wzrastających kosztów leczenia ani konieczności ciągłego kupowania coraz droższych, nowocześniejszych urządzeń. Miasto zmuszone było do dotowania szpitala. W preliminarzu na rok gospodarczy 1941/42 przewidywano znaczną dotację z kasy miasta, planowano m.in. zakupienie nowoczesnej aparatury RTG.

W kwietniu 1945 r. stan szpitala był opłakany. Jesienią rozpoczęto porządkowanie i remonty pomieszczeń i otoczenia szpitala, umieszczając na budynku tablicę: SZPITAL EPIDEMIOLOGICZNY MINISTERSTWA ZDROWIA. Rok 1946 i częściowo 1947 - to walka o przeprowadzenie przewlekającego się remontu szpitala. Wreszcie remont zakończono i w grudniu 1947 r. przeniesiono tu oddziały z szpitala przy Zw. Jaszczurczego. Utworzono 240 łóżek w oddziałach: Chirurgicznym z Pododdziałem Okulistycznym, Wewnętrznym z Pododdziałem Dziecięcym, Położniczo – Ginekologicznym oraz Zakaźnym z Pododdziałem Gruźliczym.

Wg sprawozdania dyrektora Szpitala im. dr. Jerzego Gromkowskiego (lekarz walczący w Powstaniu Warszawskim) 6.06.1950 r. w szpitalu były 342 łóżka. Zwiększenie ilości łó-



Szpital Miejski przy ul. Żeromskiego

żek uzyskano m.in. dzięki przekwaterowaniu pielęgniarek dotychczas zamieszkujących na terenie szpitala do budynku przy ul. Żeromskiego 39.

W latach 1951-1953 powiększono Oddział Dziecięcy i dobudowano oszklone izolatki dla dzieci zakażonych gruźlicą. Utworzono też Oddział Noworodkowy oraz Oddział Chirurgii Dziecięcej, a łączna liczba łóżek szpitalnych wzrosła do 633.

Dyrektorami Szpitala Miejskiego byli chronologicznie lekarze: Stanisław Netzer, Eugeniusz Barański, Marian Wiśniewski, Aleksander Raczyński, Adam Wysocki, Jerzy Starościak, Włodzimierz Hryniewiecki, Tadeusz Śpiewakowski, Krystyna Chmielowska - Gdula, Władysław Fitobór.

W 1973 r. wprowadzono zmiany organizacyjne w służbie zdrowia i powołano Zespoły Opieki Zdrowotnej. Nastąpiło połączenie Szpitala Miejskiego z Przychodnią Obwodową. Powstał Zespół Opieki Zdrowotnej, którego dyrektorem został lek. Władysław Fitobór.

W r. 1975 Elbląg został miastem wojewódzkim a Szpital Miejski otrzymał status Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego. Powołano ogromną instytucję z dyrektorem dr. Włodzimierzem Mazurkiem na czele, który pełnił tę funkcję do 1977 r. tj. do czasu objęcia ordynatury Oddziału Położniczo- Ginekologicznego. Jego następcami byli kolejno dyrektorzy: Dags Zwirbulis (1977-1981), a od 1981 r. Hieronim Wagner.

Nowy status szpitala przyczynił się do powstania kolejnych oddziałów: urologii, urazowo-ortopedycznego, intensywnej opieki medycznej. W dniu 29 czerwca 1988 r. następuje uruchomienie budowanego od 1974 r. Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego przy ul. Królewieckiej 146.

W następnych latach Szpital Miejski przy ul. Żeromskiego (od 1999 r. im. Jana Pawła II) funkcjonuje z coraz to większymi kłopotami. Zmieniają się koncepcje struktury organizacyjnej, przenoszone są oddziały, tworzone projekty różnych Centrów Specjalistycznych, zmieniają się dyrekcje. Rośnie zadłużenie szpitala, problemy właścicielskie, niepokoje załogi (strajki). Nadzieja na poprawę świta od wschodu, z drugiej strony ul. Komeńskiego, gdy w roku 2011 zmienia się właściciel byłego szpitala garnizonowego. Restrukturyzacja obu jedno-stek i ich połączenie staje się korzystne dla miasta z ekonomicznego punktu widzenia. W czerwcu 2016 r. Rada Miejska w Elblągu podejmuje decyzję o połączeniu SPSZOZ Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II z Elbląskim Szpitalem Specjalistycznym z Przychodnią. Od 1 grudnia 2016 r. obie jednostki funkcjonują w jednej strukturze pod nazwą Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu.

ODESZŁA OD NAS...



Każdy, kto miał szczęście spotkać na swojej drodze pielęgniarkę Alicję Romanowską, zapamiętał duże, pięknie uśmiechnięte oczy, w których widać było jednakże coś więcej, niż tylko ciepły, serdeczny uśmiech. To była głęboka mądrość kobiety, która przeżyła to, o czym inni nie chcieliby nawet słyszeć. Ala, pielęgniarka z Oddziału Neurochirurgii, najpierw pracowała tu spokojnie ponad 20 lat. Założyła rodzinę, wychowała dzieci. Żyła, jak większość koleżanek z pracy - zwyczajnie,

Alicja Romanowska - Kuczuro



9 marca 2018 roku po kilku latach walki z chorobą nowotworową odeszła nasza pielęgniarka Alicja Romanowska - Kuczuro. Miała niespełna 47 lat i ponad 25-letni staż pracy w szpitalu, początkowo w Oddziale Neurochirurgicznym, w ostatnich latach – w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Była niezwykłym dowodem na to, że nawet będąc bardzo poważnie chorą, można być nadzieją i wsparciem dla innych chorych. Do końca też wierzyliśmy, podobnie jak sama Alicja i jej najbliżsi, że ta walka okaże się zwycięska.

no, może z tą różnicą, że pasją Alicji już od dzieciństwa było judo. Trenowała zawzięcie, zdobywając kolejne szczeble umiejętności.

Pięć lat temu usłyszała diagnozę: rak z przerzutami.

Od tamtej chwili zaczęła się dla Alicji nieustająca walka. I było jak to w przypadku poważnej choroby: raz trochę lepiej – wówczas Ala wracała do pracy, raz gorzej. Trochę tak, jak na jej ukochanym ringu, bo kiedy tylko znów „stawała na nogi”, natychmiast wracała do treningów. Wykorzystując umiejętności trenera judo (miała czarny pas mistrzowski!), zorganizowała zajęcia samoobrony dla kobiet. Uczyła innych, także swoich pacjentów, jak znaleźć w sobie siłę, jak się nie dać!

- Wszelkie ograniczenia istnieją jedynie w naszych głowach – uczyła. - Możemy dużo więcej, niż nam się wydaje – powtarzała z przekonaniem. I do końca w to wierzyła. W swojej heroicznej walce o powrót do zdrowia, o szczęście osobiste, które po latach znów się do niej uśmiechnęło, wspinała się na najwyższe możliwe szczyty. Można po ludzku powiedzieć: zrobiła wszystko, co było możliwe, za każdym razem z pełną ufnością, z pełnym przekonaniem o słuszności kolejnej obranej drogi do cudu, który miał się ziścić.

Kilka miesięcy temu stan Alicji mocno się pogorszył. Medycyna okazała się w jej przypadku bezradna. Odeszła w Oddziale Onkologicznym naszego szpitala.

maj

Kalendarium dni związanych z ochroną zdrowia

5 maja – Europejski Dzień Walki z Dyskryminacją Osób Niepełnosprawnych - święto zapoczątkowane we Francji na początku lat 90. XX w. jako dzień godności osób niepełnosprawnych. Celem obchodów jest sprzeciw wobec dyskryminacji osób niepełnosprawnych w pracy, w urzędzie oraz w życiu codziennym. Jest dniem manifestowania tolerancji i równouprawnienia. Obchodzony jest także **Dzień Godności Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną**. Podwójne święto jest okazją do dyskusji o sytuacji osób niepełnosprawnych w Polsce i pokazania barier z którymi wciąż się borykają

Pierwszy wtorek maja – Światowy Dzień Astmy - ustanowiony przez Globalną Inicjatywę na Rzecz Astmy w 1998 roku. Celem tej inicjatywy jest zwrócenie społecznej uwagi na narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny, jakim staje się astma na całym świecie.

8 maja – Światowy Dzień Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycy - ustanowiony w rocznicę urodzin Henry Dunanta, ojca idei Czerwonego Krzyża i pierwszego laureata Pokojowej Nagrody Nobla (1901 r.). Obchodzony w 192 państwach na całym świecie jako największe święto humanitaryzmu. Tradycyjnie w tym dniu zaczyna się również Tydzień PCK. W całym kraju w ramach obchodów odbywają się: kwesty, spotkania młodzieży, festyny, akcje poboru krwi, akcje edukacyjne dla dzieci i młodzieży, układanie znaku Czerwonego Krzyża, dekorowanie znakiem Czerwonego Krzyża przechodniów i osób publicznych, uroczyste spotkania z pracownikami, wolontariuszami i darczyńcami PCK.

8 maja – Dzień Położnej - dzień, w którym położne w Polsce obchodzą swoje święto to rocznica urodzin wielkiej postaci polskiego położnictwa Stanisławy Leszczyńskiej, która uwięziona w niemieckim obozie koncentracyjnym Auschwitz II – Birkenau (jako więźni nr 41335), pełniła tam funkcję położnej.

12 maja – Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek - ustanowiony przez Światową Organizację Zdrowia. Tego dnia we Florencji urodziła się najśłynniejsza na świecie pielęgniarka – Florence Nightingale, uważana za twórczynię nowoczesnego pielęgniarstwa, założycielka pierwszej szkoły pielęgniarstwa (w 1860 roku przy szpitalu św. Tomasza w Londynie).

18 maja – Światowy Dzień Rodziny; Międzynarodowy Dzień Rodzin - święto ustanowione zostało przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 20 września 1993 r. Celem obchodów jest pogłębienie świadomości społeczeństwa na temat problemów rodziny.

22 maja – Światowy Dzień Walki z Otyłością - z inicjatywy WHO i Europejskiej Konferencji Ministerialnej w sprawie Walki z Otyłością; Europejski Dzień Walki z Otyłością obchodzony jest od 2010 roku 22 maja.

Trzecia niedziela maja – Międzynarodowy Dzień Pamięci Zmarłych na AIDS – organizowany z inicjatywy międzynarodowej organizacji International AIDS Candlelight Memorial. Pierwsze obchody odbyły się w 1984 r.

31 maja – Światowy Dzień bez Tytoniu – organizowany przez Światową Organizację Zdrowia od 1988 roku ma na celu zwrócenie uwagi na kwestię zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych skutków palenia tytoniu. W Polsce obchody tego dnia organizowane są od 1991. Święto jest okazją do ogólnospołecznej akcji edukacyjnej na temat zdrowotnych następstw używania tytoniu, zachęcającej do wyboru zdrowego stylu życia bez dymu tytoniowego.

26 maja – 1 czerwca – Ogólnopolski Tydzień Promocji Karmienia Piersią – jego celem jest propagowanie i wspieranie karmienia piersią. Obchodzony w ponad 120 krajach.

czerwiec

14 czerwca – Światowy Dzień Krwiodawstwa - święto dedykowane dawcom krwi, obchodzone corocznie dzień urodzin Karla Landsteinerja, który w 1901 odkrył grupy krwi, za co w roku 1930 otrzymał nagrodę Nobla. Święto ustanowione w 2004 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), Międzynarodową Federację Towarzystw Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycy (IFRC), Międzynarodową Federację Organizacji Krwiodawców oraz Międzynarodowe Towarzystwo Transfuzjologiczne.

26 czerwca – Międzynarodowy Dzień Zapobiegania Narkomanii. 7 grudnia 1987 roku Zgromadzenie Ogólne ONZ ogłosiło 26 czerwca Międzynarodowym Dniem Przeciwdziałania Nadużywaniu Środków Odurzających i ich Nielegalnemu Handlowi. W ten sposób Zgromadzenie dało wyraz swojej determinacji w sferze intensyfikacji działań i międzynarodowej współpracy na rzecz uwolnienia międzynarodowej społeczności od problemu narkomanii.

27 czerwca – Światowy Dzień Walki z Cukrzycą - organizowany przez Polskie Stowarzyszenie Diabetyków w rocznicę odkrycia insuliny (1922).