

KRÓLEWIECKA 146



Rocznik Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu



TEMAT NUMERU

COVID odcisnął ogromne piętno na nas i na pacjentach...

str. 8

Mamy
najnowocześniejszy
w kraju sprzęt!

str. 4

Rak piersi.
Cichy zabójca
kobiet.

str. 15

Tu, gdzie rodzi
się życie...

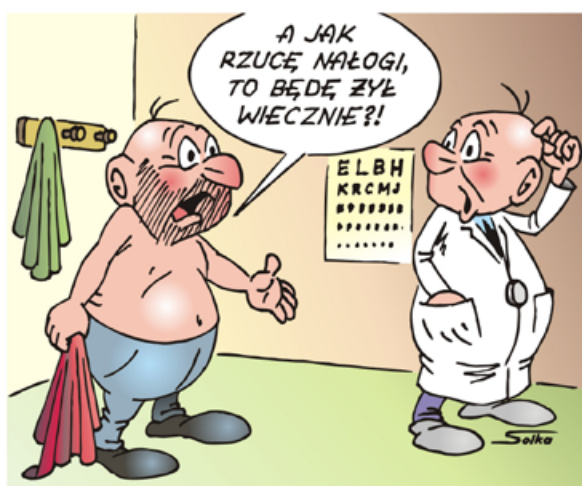
str. 20



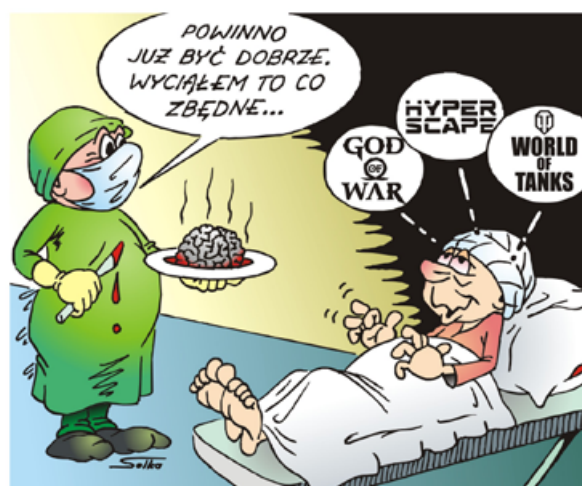
ELBLĄG

SPIS TREŚCI

- 4-7 Mamy najnowocześniejszy w kraju sprzęt!
- 7 Rok inwestycji w IT
- 8-10 Koronawirus odcisnął ogromne piętno na nas i na pacjentach
- 11-12 Dar życia!
- 13-14 Farmacja kliniczna, jako wsparcie dla lekarzy
- 15-17 Onkologiczne świadczenie kompleksowe KON - Piers „Cichy zabójca” kobiet
- 18-19 KON - Jelito Grube. Wyprzedź raka!
- 19 Bezpłatna kolonoskopia
- 20-24 Tu, gdzie rodzi się życie...
- 25-26 KOS – Zawał. Najważniejszy pierwszy... rok
- 27-29 Nowa rzeczywistość Szpitala z Covid-19
- 30 Certyfikat Akredytacyjny - szpital akredytowany
- 31 World's Best Hospital
- 31 Odeszli od nas...



Rys. Jan Solka



WYDAWCA
Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu

REDAKTOR NACZELNA
Magdalena Rubczewska

ZESPÓŁ REDAKCYJNY
Kaja Łatkowska
Danuta Stanicka

ADRES REDAKCJI
Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu
ul. Królewiecka 146
82-300 Elbląg
Seksja Marketingu
tel. 55 239 57 04
tel. 55 239 59 62
mrubczewska@szpital.elblag.pl
www.szpital.elblag.pl

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

NAKŁAD
2 000 bezpłatnych egzemplarzy

Redakcja zastrzega sobie prawo do skrótów i zmian tytułów.
Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść nadsyłanych publikacji.



Kiedyś jeszcze wszystko wróci do normalności

Szanowni Państwo,

Ubiegły rok przyniósł nam nową rzeczywistość epidemiologiczną. Oprócz znanych nam patogenów, które raz na jakiś czas powodowały zaostrzenia reżimowe i sanitarne, pojawił się Covid-19. Nieznany wirus, który zaczął się spustoszenie na całym świecie, wzbudzał skrajne emocje i strach wywołany przede wszystkim niewiedzą. Największym wyzwaniem dla Szpitala było zabezpieczenie ciągłości udzielania świadczeń, z powodu dużej absencji personelu medycznego wynikającej z izolacji lub kwarantanny. Z własnej inicjatywy, jako pierwsi stworzyliśmy tzw. łóżka buforowe przy SOR, które później stały się obligatoryjne dla całej Polski. Wymusiło to na nas życie, ponieważ musieliśmy cały czas kontrolować stan pacjenta, który w trybie ostrym trafił na SOR, a nie został scharakteryzowany epidemiologicznie.

W pierwszej fazie pandemii jednym z większych problemów było pozyskanie sprzętu i środków ochrony, a w późniejszym etapie drastyczny wzrost cen tych materiałów, co wybiegało poza nasze założenia finansowe. W tym kryzysie ogromna pomoc finansowa przyszła od Wojewody, Marszałka Województwa, z Ministerstwa Zdrowia. W niezwykle sposób pomogli nam również mieszkańcy Elbląga i okolic, ofiarowując nam dary w postaci m. in. maseczek jednorazowych, przyłbic, materiałów do szycia fartuchów ochronnych, dostarczając jedzenie dla personelu medycznego. Żołnierze z 4 Warmińsko-Mazurskiej Brygady Obrony Terytorialnej oraz 43. Batalionu Lekkiej Piechoty z Braniewa w tym okresie byli dla nas również bardzo dużym wsparciem. Tak naprawdę liczył się i był nieoceniony każdy, nawet najdrobniejszy gest. Nawet rysunki dzieci, które do nas masowo spływały dawały naszemu personelowi wsparcie psychiczne. Podczas pierwszej fali pandemii dochodziło do dużej absencji personelu związanej głównie z kwarantanną, nie z izolacją. Zakażona jedna osoba powodowała, że z automatu duża grupa osób z nią musiała wejść w kwarantannę. Długi czas oczekiwania na wynik badań bakteriologicznych również był naszym problemem.

Podczas drugiej fali pandemii dużym wyzwaniem był bardzo duży wzrost zakażeń, w tym zakażeń w naszym województwie i w naszym okręgu: Elblągu, powiecie elbląskim, braniewskim. Skutkowało to dalszą absencją personelu medycznego przez zarówno zakażenia (izolacje), jak i świadczenia przysługujące w tym zakresie z urzędu (m. in. zasiłki). Problemem więc było obsadzanie dyżurów zarówno lekarskich, jak i pielęgniarskich, a co za tym idzie brak możliwości niesienia pomocy większej liczbie pacjentów. Na początku drugiej fali istotnym problemem był również brak płynności przekazywania pacjentów covid dodatnich do placówek, które zajmują się ich leczeniem. Jednak wraz ze wzrostem liczby łóżek w tych w jednostkach, problem zmalał. Nasza nowa rzeczywistość to stosowanie zdecydowanie większej ilości środków jednorazowego użytku lub ochronnych i płynów dezynfekcyjnych do powierzchni i do rąk, zamontowanie czujników temperatury, wprowadzenie ankiety dla pacjentów zgłaszających się do szpitala, na podstawie której dokonuje się wywiadu epidemiologicznego. A co najważniejsze, społeczeństwo wystrzyło swoje zmysły na zasady epidemiologiczne i na używanie środka dezynfekcyjnego do rąk, a przecież higiena rąk jest podstawą zapobiegania wielu chorób. Ludzie zaczęli stosować środki ochrony indywidualnej, nie jako przymus, ale jako nawyk.

Dzięki naszej wspólnej pracy i wysiłkowi udało nam się przetrwać ten najtrudniejszy czas. Szpital nawet na chwilę nie zaprzestał swojej działalności i podołał nowym wyzwaniom. Przez długi okres pandemii byliśmy tak naprawdę jedną z niewielu placówek w tym regionie Polski, która świadczyła pełen zakres usług, więc obciążenie personelu pracą i stresem na pewno było dotkliwe i odczuwalne. Dlatego bardzo serdecznie dziękuję wszystkim pracownikom Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu za mobilizację, poświęcenie, wyrzeczenia, często nawet za krańcowe wyczerpanie. Bezsprzecznie wszystkim pracownikom ochrony zdrowia w Polsce należy się duże: **DZIĘKUJĘ!**

Szanowni Państwo,

mamy przed sobą kolejny etap – szczepienia, które mogą położyć kres epidemii. Według zapewnień naukowców i lekarzy jest to jedna z najbezpieczniejszych szczepionek jaką do tej pory wyprodukowano. Dlatego dla mnie wybór był prosty, poddałam się szczepieniu i Państwa również z całego serca do tego zachęcam. Tylko wyszczepienie jak największej liczby mieszkańców pozwoli zabezpieczyć nas wszystkich przed kolejną falą pandemii. Przyszło nam pracować w innej rzeczywistości, która wymaga od nas siły, odpowiedzialności i solidarności. Wspólnym wysiłkiem stawimy czoła wyzwaniom, jakie niesie walka z koronawirusem o życie i zdrowie nas wszystkich.

Z serdecznymi pozdrowieniami

Elżbieta Gelert
Dyrektor Naczelna
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
w Elblągu



MAMY NAJNOWOCZEŚNIEJSZY W KRAJU SPRZĘT!

Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu wzbogacił się w najnowocześniejszy w kraju aparat wspomagający operacyjne leczenie oszczędzające pierś (BCT) w przypadku nowotworów oraz nowoczesny system do monitorowania nerwu w chirurgii tarczycy!

Od listopada specjaliści chirurgii onkologicznej korzystają z mobilnego aparatu RTG Mozart Tomospec, wartego ponad pół miliona złotych, wyposażonego w detektor cyfrowy dedykowany do śródoperacyjnej radiologii tkanek. Wykorzystywany jest podczas zabiegu operacyjnego, polegającego na wycięciu guza no-

Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu wyposażony został również w nowoczesny system do neuromonitoringu nerwów podczas operacji tarczycy, co radykalnie zmniejszy wystąpienie powikłań pooperacyjnych, a tym samym znacznie poprawi bezpieczeństwo chorych poddawanych zabiegom usunięcia tarczycy!



wotworowego w granicach tkanek zdrowych oraz regionalnych węzłów chłonnych pachy.

Tkanka pacjenta poddawana zostaje prześwietleniu jeszcze na sali operacyjnej, a nie jak dotychczas badana mikroskopowo w późniejszym okresie już po zakończeniu operacji. Za pomocą uzyskanego obrazu specjaliści od razu są w stanie określić margines tkanki objętej zmianą nowotworową i wiedzą, jaki margines wycięcia zastosować u pacjenta już podczas tej pierwszej operacji!

Ocena marginesu wycięcia tkanki gruczołu piersiowego z guzem jest niezmiernie ważnym ele-

mentem leczenia oszczędzającego piersi. Jeśli guz nowotworowy otoczony jest zdrową tkanką, to określamy to jako „margines ujemny” (nie zawierający komórek nowotworowych). Natomiast jeśli w marginesie odcięcia są obecne komórki nowotworowe, to margines ten nazywamy „dodatnim”. Świadczy on o nieradykalnym (niecałkowitym) wycięciu guza nowotworowego i wymaga poszerzenia zabiegu o docięcie marginesu tkankowego lub nawet wykonania całkowitej amputacji gruczołu piersiowego.

Dzięki wizualizacji w technice 2D lub 3D aparatu Mozart wyciętych

śródoperacyjnie preparatów specjaliści są w stanie dokonać ewentualnego poszerzenia wycięcia marginesów guza w trakcie tej samej operacji, bez konieczności ich późniejszego docinania po badaniu mikroskopowym.

Ma to ogromne znaczenie do szybkiego i precyzyjnego leczenia pacjentek chorych na nowotwór piersi, ale też stanowi dla nich ważny aspekt psychologiczny, bowiem nie muszą przechodzić przez kolejny zabieg operacyjny, który jest dla nich zawsze dużym obciążeniem fizycznym i psychicznym.

W czasie gdy testowaliśmy zakupiony aparat tylko u 2 pacjentek na

ponad 20 wykonanych zabiegów BCT wymagane było docięcie marginesów. Skaner śródoperacyjny jest więc niezbędny, aby zmniejszyć liczbę nieradykalnych wycięć raków w piersi w przypadku zabiegów oszczędzających. Dlatego cieszymy się, że nasz ośrodek dysponuje tak ważnym sprzętem, co zdecydowanie poprawi standard świadczonych usług dla naszych pacjentek.

Warto podkreślić, że w Elblągu leczona jest znacząca część pacjentek z rakiem piersi z terenu Warmii i Mazur, jak i z sąsiednich województw.

NEUROMONITORING ŚRÓDOPERACYJNY

W ostatnich latach choroby tarczycy stanowią jeden z najczęstszych problemów zdrowotno-społecznych na świecie. U około 3-7% populacji stwierdza się w badaniu fizykalnym guz tarczycy. W badaniu ultrasonograficznym częstość rozpoznawanych zmian ogniskowych w tarczycy sięga 50 % w populacji dorosłych. Spośród tych zmian 5% stanowią zmiany nowotworowe złośliwe,

witej dysfonii, stridoru (świst, szmer krtaniowy) i ostrej niewydolności oddechowej zagrażającej życiu, wymagającej w wielu przypadkach wykonania tracheotomii. W przypadku uszkodzenia gałęzi zewnętrznej nerwu krtaniowego górnego pacjent ma trudności z wydobywaniem wysokich dźwięków, co ma szczególne znaczenie dla osób pracujących głosem. Częstość tego powikłania



Przypomnijmy, iż Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu otacza wszystkich pacjentów z rakiem piersi onkologicznym świadczeniem kompleksowym - KON- Piers. Oznacza to, iż pacjent z podejrzeniem nowotworu nie tylko wchodzi na szybką ścieżkę diagnostyczną, ale jest również pod stałą opieką konsylium lekarskiego przez cały okres diagnostyki, leczenia, jak również poradni onkologicznej przez 5 lat po zabiegu operacyjnym.

Przy bardziej skomplikowanych rekonstrukcjach piersi Oddział współpracuje z dr. hab. n. med. Jerzym Jankau, kierownikiem Kliniki Chirurgii Plastycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

a około 10% to zmiany niejednoznaczne.

Chirurgiczne leczenie schorzeń tarczycy jest związane z możliwością wystąpienia poważnych powikłań, które w istotny sposób obniżają jakość życia pacjenta. Jedną z najczęstszych komplikacji, obok niedoczynności przytarczyc i krwotoku po operacji wola, jest porażenie nerwu krtaniowego wstecznego oraz uszkodzenie gałęzi zewnętrznej nerwu krtaniowego górnego.

O ile jednostronne uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego przebiega najczęściej pod postacią chrypki i osłabienia siły głosu, o tyle w przypadku jego obustronnego uszkodzenia może dojść do całko-

jest wysoce niedoszacowana, ale ostatnie dane wskazują, że może dotyczyć nawet 30% operowanych pacjentów. W jednym z dużych badań wieloośrodkowych wykazano, że tymczasowe problemy z głosem mogą wystąpić aż u 80% pacjentów bezpośrednio po operacji tarczycy.

- Takie statystyki zmuszają chirurga do najwyższej dbałości o zachowanie zarówno anatomicznej ciągłości, jak i integralności czynnościowej nerwów krtaniowych. Skłaniają także do stosowania nowych narzędzi w celu ochrony tych nerwów - mówi lek. Zbigniew Fiedorowicz, koordynator Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu. - Śródopera-

cyjny neuromonitoring polega na stymulacji nerwów krtaniowych wstecznym prądem elektrycznym o małym natężeniu i uzyskaniu odpowiedzi elektromiograficznej z mięśni głosowych (fałdów głosowych), unerwianych motorycznie przez nerwy krtaniowe wsteczne. W tym celu pacjent podczas operacji tarczycy jest zaintubowany specjalną rurką intubacyjną z wbudowanymi elektrodami powierzchniowymi, które przylegają na poziomie głośni do fałdów głosowych. Podczas operacji tarczycy, przy wykorzystaniu sondy dochodzi do stymulacji nerwu krtaniowego wstecznego lub gałęzi zewnętrznej nerwu krtaniowego górnego prądem o natężeniu 1-2 mA. Po krótkim okresie latencji następuje skurcz mięśni głosowych, co jest odbierane przez elektrody powierzchniowe wbudowane w rurkę intubacyjną i przekazywane do części odbiorczej - neuromonitora pod postacią fali elektromiograficznej. Amplituda fal elektromiograficznych

informuje chirurga o ciągłości, bądź utracie sygnału i uszkodzeniu nerwu krtaniowego wstecznego. Aparaty nowej generacji w trakcie stymulacji nerwów krtaniowych rejestrują nie tylko zapis elektromiograficzny, ale także generują sygnał dźwiękowy, co jest dużym ułatwieniem dla chirurga podczas operacji tarczycy.

Zastosowanie śródoperacyjnego neuromonitoringu daje możliwość blisko 100% identyfikacji nerwu krtaniowego wstecznego, zwłaszcza w zabiegach o podwyższonym ryzyku jego uszkodzenia, takich jak: wole nawrotowe, rak tarczycy z naciekiem okolicznych tkanek, a także w chorobie Gravesa-Basedowa.

Zastosowanie neuromonitoringu ułatwia także preparowanie nerwu krtaniowego wstecznego od pozostałych tkanek, co wpływa korzystnie na wzrost radykalności operacji tarczycy. Podstawową przewagą śródoperacyjnego neuromonitoringu nad wizualizacją wzrokową nerwu krtaniowego wstecznego jest moż-

liwość oceny nie tylko anatomii, ale i funkcji nerwu już w trakcie operacji. Umożliwia to prognozowanie pooperacyjnej funkcji nerwu już w trakcie zabiegu, a także wpływa na strategię postępowania podczas operacji.

- W przypadku zdiagnozowania śródoperacyjnej utraty sygnału podczas tyreoidektomii, chirurg powinien przerwać operację - dodaje lek. Zbigniew Fiedorowicz. - Postępowanie takie chroni pacjenta przed ryzykiem obustronnego uszkodzenia nerwu, będącego ciężkim powikłaniem, które w istotnym stopniu upośledza jakość życia.

Szereg korzyści wynikających z zastosowania neuromonitoringu w chirurgii tarczycy spowodowało, że w ostatniej dekadzie nastąpił znaczący wzrost zainteresowania tą techniką zarówno w Polsce, jak i na świecie. W Niemczech stosuje się go rutynowo w 90% operacji tarczycy, we Francji w 40%, w Hiszpanii w 30%.

Magdalena Rubczewska

ROK INWESTYCJI W IT

Pod koniec grudnia ubiegłego roku (29.12.2020 r.) podpisana została umowa pomiędzy Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Elblągu a wykonawcą T4B Sp. z o.o. z Warszawy na wykonanie zadań inwestycyjnych związanych z kompleksową informatyzacją Szpitala. Wartość podpisanej umowy to blisko 15 milionów złotych.

Inwestycja polega na remoncie i przebudowie części pomieszczeń Szpitala, przebudowie istniejącej serwerowni, budowie logicznej sieci komputerowej oraz sieci bezprzewodowej WiFi. Inwestycja pozwoli również na dostawę i instalację sprzętu komputerowego oraz na dostawę i wdrożenie systemu zarządzania zasobami IT oraz na dostawę i wdrożenie systemu pracy grupowej.



Inwestycja realizowana jest w ramach projektu pn. „Kompleksowa informatyzacja Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu - dostosowanie do ogólnopolskiego systemu informacji medycznej do platformy P1 i P2” w ramach RPO WW-M na lata 2014-2020.

Koronawirus odcisnął ogromne piętno na nas i na pacjentach...

O nowych procedurach medycznych wprowadzonych w Dziale Ratownictwa Medycznego WSZ w Elblągu oraz o trudach pracy ratownika medycznego w dobie koronawirusa rozmawiam z dr. n. med. Przemysławem Wołoszynem, ratownikiem medycznym, koordynatorem Działu Ratownictwa Medycznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu.



- W dość trudnym okresie objął Pan stanowisko Koordynatora, bo na samym początku pandemii koronawirusa.

- To prawda. Nikt tego nie planował, ale rzeczywistość wymusiła nie tylko na mnie, ale i na wszystkich ogromne zaangażowanie w reorganizację naszej pracy. Gdyby nie pozytywne relacje z pracownikami szpitala, budowane przecież przez lata współpracy, to na pewno byłoby to dla mnie jeszcze trudniejsze. Te relacje pozwoliły na w miarę łagodne przejście przez ten trudny dla Nas wszystkich okres.

Od 2005 roku moje życie zawodowe ściśle związane jest z pracą ratownika medycznego w karetce i z tej pracy nie chcę rezygnować.

- Jakie zmiany wprowadził Pan w działalności blisko 100-osobowego działu do tej pory?

- Dział Ratownictwa Medycznego WSZ w Elblągu zastał bardzo dobrze zorganizowany przez mojego poprzednika, Michała Missana. Cele jakie zastały przede mną postawione związane były z poprawą jakości pracy Działu w obszarze medycznym i merytorycznym. Moje działania ukierunkowane są zatem na

zwiększenie bezpieczeństwa pracy zarówno ratowników i pacjentów poprzez doszkalanie personelu, dosprzętowanie karetek, czy wprowadzanie nowszych i bardziej aktualnych procedur medycznych.

- O jakie procedury medyczne zostanie rozszerzona działalność Działu Ratownictwa Medycznego?

- Jednym z moich celów było wprowadzenie współczesnych narzędzi diagnozowania stanów zagrożenia życia do etapu przedszpitalnego. Dlatego jako pierwsza kołowa jednostka ratownictwa w Polsce będziemy posiadać USG we wszystkich karetkach. To ewenement w skali krajowej, gdyż do tej pory jedynie Lotnicze Pogotowie Ratunkowe posiadało ten sprzęt we wszystkich swoich śmigłowcach. Jednak urządzenia to jedno, zaś przygotowanie personelu do jego użytkowania to drugie. Szkolenia personelu to wielowarstwowy proces, który wpisuje się w politykę podniesienia poziomu bezpieczeństwa pacjentów, ze względu na trafność diagnozy, zwłaszcza w bezpośrednich stanach zagrożenia życia. Łatwiej nam będzie np. odszukać odwracalne przyczyny zatrzymania krążenia, czy rozpoznać podstawy duszności.

dr n. med. Przemysław Wołoszyn,
ratownik medyczny, koordynator Działu Ratownictwa
Medycznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego
w Elblągu
fot. Konrad Kosacz

Kolejną procedurą, którą wprowadziliśmy są wkucia doszpikowe wykonywane w oparciu o urządzenie IZIO. To przyspiesza naszą pracę i poszerza możliwość działania zwłaszcza w sytuacjach niepowodzenia w uzyskaniu dojścia dożylnego. Wkucia doszpikowe typu IZIO dały nam kolejną możliwość uzyskania drogi podawania leków.

Nasze karetki wyposażone są również w wi-deolaryngoskopy nowej generacji.

Pod koniec 2020 r. skończyliśmy duże szkolenie we współpracy z kołem naukowym EUHE, związane z praktycznymi aspektami wentylacji przedszpitalnej opartej na respiratorach transportowych. To szkolenie dało nam również możliwość wymiany doświadczeń między studentami, a ratownikami medycznymi, aby przyszłe pokolenie ratowników, już na etapie studiów, mogło wczuć się w klimat i charakter tej pracy. A dzięki możliwości zorganizowania tego szkolenia w elbląskiej uczelni również sami ratownicy skorzystali z nowoczesnego centrum symulacji medycznej, gdzie na manekinach wysokiej wierności sprawdzali swoje umiejętności zdobyte przez wieloletnie doświadczenie.

- Sytuacja epidemiologiczna na świecie, ale i w naszym kraju nadal stanowi wyzwanie dla całej ochrony zdrowia. W jaki sposób wpłynęła ona na waszą pracę?

- Początki pandemii były bardzo emocjonujące, towarzyszyła nam duża niepewność, strach związany z brakiem wiedzy odnośnie koronawirusa, do tego jeszcze kłopoty materiałowe, które pojawiły się praktycznie z dnia na dzień i podejmowanie inicjatyw przez samych ratowników, którzy te problemy zaczęli rozwiązywać biorąc po prostu sprawy we własne ręce. Szybko otrząśniliśmy się z takiego podejścia, że ktoś nam czegoś nie daje, nie mamy wystarczającej liczby sprzętu, środków ochrony osobistej więc nie mamy jak pracować. Przyjęliśmy to jako normę: są deficyty, nie będzie dostaw, trzeba racjonalizować środki, musimy sobie radzić. I tak filtry z układów oddechowych stały się filtrami oddechowymi w naszych improvisowanych maskach, na początku pandemii zaopatrywaliśmy się w maski na co dzień używane w wojsku i do nich dostosowaliśmy filtry biologiczne, które stosujemy w medycynie. Pierwszej fali braków sprzętowych i wątpliwości organizacyjnych towarzyszyła oczywiście zmienność definicji pacjenta podejrzanego o zakażenie i już zakażonego, która zmieniała się w zasadzie co tydzień. Pojawiały się dziesiątki nowych procedur i wytycznych z Ministerstwa Zdrowia, Wojewody i Dyrekcji Szpitala. To wszystko musieliśmy adaptować do naszych lokalnych możliwości i nie udałooby się to bez bardzo dobrej współpracy wszystkich pracowników: ratowników medycznych, pani oddziałowej,

kierowców karetek, naszych pielęgniarek w dyspozytorni.

W pierwszej fali pandemii mieliśmy minimalną liczbę zachorowań więc wydaje się, że w miarę obronną ręką udało się nam przejść przez ten pierwszy trochę nieznaną gęszcz proceduralny, niepewności i strachu. Ale tu znowu muszę podkreślić, iż ogromne znaczenie w tym wszystkim odegrał element koleżeństwa, wypracowywany przez wiele lat przez ratowników między sobą. Kłopoty pojawiły się w październiku, kiedy nadeszła druga fala pandemii niosąc ze sobą ogromną liczbę zakażeń również i naszych pracowników. To było dla nas bardzo trudne doświadczenie, szczególnie w 2 i 3 tygodniu października. 17 ratowników i kierowców nagle, jednocześnie wypadło z pracy, przez co reszta musiała przejąć ich obowiązki dyżurowe, co było dla pozostałych ogromnym obciążeniem. Zmęczenie, większy poziom zdenerwowania, ogromne obciążenie pracą, liczbą wyjazdów, wielogodzinnym przebywaniem w kombinezonach ochronnych, coraz poważniejszymi stanami pacjentów, często wymuszającymi na ratownikach pracę nawet powyżej ich kompetencji zawodowych. Szczęśliwie nikt nie zachorował bardzo poważnie. Dwóch kolegów wymagało dłuższej hospitalizacji, ale na szczęście w komplecie wróciliśmy do pracy.

Musimy adekwatnie reagować na rzeczywistość, która nas otacza. Stan pande-





- Strażacy i policjanci, którzy pracują przy ciężkim wypadku mogą skorzystać później z opieki psychologa. Ratownik, którego czynności są znacznie szersze nie ma zapewnionej takiej opieki. W jakis sposób rozładowujecie stres?

- Elementy wsparcia psychologicznego często realizują się w trakcie dyżuru w układach międzykoleżeńskich. Nie jest to wysokoakademicka psychoterapia, ale często dająca natychmiastowe rozładowanie napięć i przynosząca ulgę. Muszę podkreślić, że nie są to zwykłe rozmowy w pracy. Mnóstwo ratowników utrzymuje bardzo bliskie relacje rodzinne między sobą. Jesteśmy chrzestnymi naszych dzieci, świadkami na naszych ślubach, chodzimy żegnać naszych najbliższych na pogrzebach. Ta wielowątkowość relacji wpływa na to, że nawet jeśli nie dochodzi do rozładowywania napięć bezpośrednio w pracy, to dochodzi do tego poza nią. Często spotykamy się ze sobą pozazawodowo, mamy wspólne pasje, wyjazdy, zainteresowania. Nie przesadzę mówiąc, że te relacje często przypominają więzi bardziej rodzinne, niż zawodowe, czy koleżeńskie. Dzięki temu mam wrażenie, że takie rozmowy często są skuteczniejsze, niż kontakt z psychologiem, który ma czysto kliniczne podejście do człowieka. Trzy lata pracowałem w LPR i tam mogłem korzystać z usług psychologa. Czy to było mi kiedykolwiek potrzebne? Nie mogę tego stwierdzić jednoznacznie. Czy korzysta się tam aktywnie z usług psychologa? Raczej nie. Najczęstsze okoliczności w ramach których psycholog był potrzebny były związane z łagodzeniem konfliktów między pracownikami, a pracodawcą.

- Dziękuję za rozmowę.

Magdalena Rubczewska

mii jest jak rana, która pozostawi po sobie bliznę i ten ślad będzie zawsze widoczny. Poziom dystansu ludzi do ratowników i nas do pacjentów, obawa o swoje zdrowie, to wszystko mocno zdefiniowało rzeczywistość. Oprócz obaw i strachu o trafność diagnozy, o skuteczność postępowania z pacjentem, pojawił się również zupełnie ludzki strach o to, co będzie ze mną i z moją rodziną. Jak będzie wyglądał czas kiedy zachoruję, bo to, że się zachoruję ratownicy dość szybko przyjęli za pewnik. Nie było pytania czy, tylko kiedy. I czy ciężko, czy nie ciężko, na jak długo, czy moja rodzina również.

- Akcja #NieKłamMedyka miała uświadomić potencjalnym pacjentom, że zatajenie ważnych ze zdrowotnego punktu widzenia informacji podczas wywiadu epidemiologicznego naraża życie i zdrowie nie tylko samego chorego, ale też personelu medycznego. Czy z Pana punktu widzenia zmieniła się świadomość pacjentów w tym zakresie?

- W niektórych obszarach tak. Trudno oczekiwać od pacjentów nie rozumiejących co się z nimi dzieje, często żyjących w obawie o zdrowie i życie, że będą postępowali zawsze racjonalnie. My tej racjonalności od nich oczekujemy, ale nie możemy zawsze na nią liczyć. Nie zakładamy, że specjalnie i na przekór pacjenci nas okłamują. Natomiast okres pandemii mocno nadużył tę wiarygodność i ufność. Było mnóstwo sytuacji związanych z kłamstwem pacjentów związanych z ich objawami czy okolicznościami, w ramach których one wystąpiły, które wystawiały nas na większe zagrożenie epidemiczne i większe ryzyko zakażenia. Pod tym względem był to dodatkowy aspekt utrudniający naszą pracę.

Fot. Łukasz Raclaw. Zdjęcia z autentycznych interwencji zespołów ratownictwa medycznego.





DAR ŻYCIA

CZŁOWIEK ZNALAZŁ SPOSÓB DAWANIA CZĄSTKI SIEBIE
SAMEGO, ABY INNI MOGLI DALEJ ŻYĆ

Fot. Od lewej: lek. Adrianna Korczakowska,
lek. Wojciech Wenski,
lek. Anna Skalska- Wołoszyn

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu, w uznaniu za osiągnięcia i zasługi dla medycyny transplantacyjnej, otrzymał z Ministerstwa Zdrowia dofinansowanie w kwocie 1 mln zł w ramach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na zakup sprzętu dla Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Przyznane dofinansowanie jest wyrazem uznania dla pracy całego zespołu koordynującego oraz zarządzającego podmiotem leczniczym, który zaangażowany jest w proces donacji i sprawuje opiekę nad dawcami.

- Przyznam, że nigdy jeszcze nie widziałem tak zaskoczonej Pani Dyrektorki Gelert, która stwierdziła, iż w swoim życiu odebrała bardzo dużo listów gratulacyjnych, ale jeszcze do żadnego z nich nie była dołączona nagroda w wysokości miliona złotych – mówi lek. Wojciech Wenski, koordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu. - Jest nam niezmiernie miło, że Ministerstwo Zdrowia doceniło ciężką pracę naszego zespołu biorącego udział w opiece i przygotowaniu dawcy do pobrania narządu. Pieniądze dedykowane są Oddziałowi Anestezjologii i Intensywnej Terapii, więc zostaną przeznaczone na zakup sprzętu na potrzeby właśnie tego oddziału, który posłuży do ratowania życia i zdrowia naszych pacjentów.

Minister Zdrowia nagrodził 21 szpitali w Polsce z największą ak-

tywnością donacyjną w latach 2017-2019 – uwzględniona została liczba dawców potencjalnych, rzeczywistych oraz pobranych do przeszczepiania narządów. Łączna suma przyznaczonych przez Ministra Zdrowia nagród wyniosła 17,5 mln złotych, przy czym środki przyznane poszczególnym szpitalom uwzględniały aktywność donacyjną tych placówek.

W gronie nagrodzonych przez Ministra Zdrowia szpitali znalazły się, w kolejności od najwyższej ocenionych:

1. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku,
2. Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie,
3. Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie,
4. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu,
5. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie,
6. Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu,
7. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu,
8. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w ramach zakładu leczniczego Centralny Szpital Kliniczny,
9. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie,
10. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu,
11. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym SPZOZ z siedzibą w Poznaniu przy ul. Szwajcarskiej 3,
12. SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
13. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku,
14. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. Prof. K. Gibińskiego ŚUM w Katowicach,
15. Szpital Śląski w Cieszynie,
16. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Bł. Księdza Jerzego Popiełuszki we Włocławku,
17. Szpital Wojewódzki w Poznaniu,
18. Szpital Kliniczny Im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,

19. SPZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie,
20. Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie,
21. Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie.

MIĘDZY ŻYCIEM A ŚMIERCIA

Lek. Wojciech Wenski: koordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Temat transplantacji w naszym szpitalu pojawił się na początku lat 90., gdy ordynatorem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii był Zbigniew Landowski, którego zapał i zaangażowanie w tym temacie jest absolutnie nie do przecenienia. Jego podejście do idei pobierania narządów sprawiło, że zapoczątkowane przez niego działania zostały przez nas w następnych latach rozwinięte i kontynuowane. Razem z doktor Ewelina Gryganiec samodzielnie, przez kilka lat przeprowadzaliśmy proces identyfikacji dawców, prowadziliśmy rozmowy z rodzinami. W tamtych latach była to nasza pionierska praca. Mogliśmy liczyć na wsparcie coraz prężniej działającego Ośrodka Transplantacyjnego z Gdańska, zwłaszcza Kliniki Nefrologii w kontekście przeszczepów nerek.

W 1996 r. pojawiła się państwowa jednostka budżetowa Poltransplant, która przejęła koordynację nad pobieraniem i przeszczepianiem narządów. Utworzono funkcję koordynatora transplantacyjnego w szpitalach, szczególnie w dużych jednostkach. Pierwszą koordynatorką w naszym szpitalu, nominowaną przez Poltransplant, została lek. Katarzyna Chylińska-Wachnianyn, która przejęła od nas kierowanie procesem transplantacji w szpitalu i prowadzi go do dziś. Od pewnego czasu działania prowadzone są przez lek. Annę Skalską-Wołoszyn oraz lek. Adriannę Korczakowską.

W ciągu minionych 15-20 lat uczestniczyłem w licznych konferencjach i sympozjach dotyczących transplantacji i zawsze nasz szpital wymieniany był jako wzorcowy przy-

kład placówki pozyskującej dawców, która nie jest jednocześnie ośrodkiem transplantacyjnym.

W czym tkwi ten fenomen? Myślę, że po prostu w ludziach, w naszych pracownikach, którzy wkładają w swoją pracę potężną dawkę zaangażowania i wierzą, że to, co robimy ma ogromny sens. To przekonanie często ugruntowują spotkania z osobami po przeszczepie, które są niezaprzeczalnym dowodem niezwykłości tej często jedynej i niepowtarzalnej formy leczenia.

Podejście i świadomość ludzi do dawstwa narządowego ewoluuje, jesteśmy coraz bardziej dojrzałym społeczeństwem, mimo iż nadal w naszym kraju nie pozyskuje się takiej liczby narządów od zmarłych, jak w krajach Europy Zachodniej, czy w USA. Jednak dzięki kampaniom społecznym o transplantacji ludzie zaczęli rozmawiać między sobą i coraz częściej spotykamy się z sytuacją, iż pacjent zadeklarował chęć oddania swoich narządów po śmierci i przekazał tę decyzję najbliższym.

Mimo, iż prawo w Polsce stanowi, że każdy jest potencjalnym dawcą narządów jeśli nie zgłosił swojego sprzeciwu do Centralnego Rejestru Sprzeciwów, to szanujemy w tej kwestii wolę najbliższych.

Dlatego jednym z trudniejszych elementów całego procesu

transplantacyjnego jest rozmowa z rodziną i przekazanie im informacji o śmierci mózgu bliskiego im człowieka/ naszego pacjenta, ale także rozważenie możliwości pobrania narządów. Wiemy, że przekazujemy tym ludziom szokującą wiadomość, że jest to dla nich ogromna tragedia i musimy dać im czas na przemyślenie, oswojenie się z tymi informacjami.

Nasze koordynatorki ds. transplantacji są bardzo dobrze **przygotowane psychologicznie do:** rozmów z rodzinami pacjentów, ukończyły liczne szkolenia, kursy i treningi z zakresu psychologii organizowane przez Poltransplant.

Wysłuchała
Magdalena Rubczewska

Dofinansowanie zostanie przeznaczane na zakup następującego sprzętu:

- Aparat USG 1 szt.
- Wózek transportowy do przewożenia chorych 3 szt.
- Kardiomonitor transportowy 3 szt.
- Respirator szpitalny 1 szt.
- Zestaw do terapii wysokoprzepływowej 2 szt.
- Łóżko do intensywnej terapii z wagą i materacem 3 szt.
- Aparat do znieczulania ogólnego z wyposażeniem 3 szt.



Wszystkim Pracownikom Szpitala biorącym udział w opiece i przygotowaniu dawcy do pobrania narządów bardzo serdecznie dziękuję za zaangażowanie, dobrą współpracę z Ośrodkami Transplantacyjnymi w Polsce, za profesjonalizm w wykonywaniu swoich obowiązków, a także za wrażliwość, którą przejawiacie w rozmowach z rodzinami potencjalnego dawcy.

Elżbieta Gelert,
Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala
Zespolonego w Elblągu

FARMACJA KLINICZNA, jako wsparcie dla lekarzy

O perspektywach rozwoju farmacji szpitalnej, początkach farmacji klinicznej w opiece nad pacjentem, a także korzyściach ekonomicznych wynikających z posiadania Apteki szpitalnej dla jednostki ochrony zdrowia rozmawiam z Sebastianem Sobskim, nowym kierownikiem Apteki Szpitalnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu.

Sebastian Sobski, kierownik Apteki Szpitalnej

W 2000 r. ukończył studia na Wydziale Farmaceutycznym AM w Gdańsku. Następnie rozpoczął pracę w aptece należącej do rodziców w Płocku. Przez 10 lat pracował w Aptece Szpitalnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku, ostatnie 2 lata w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku. Ukończył studia podyplomowe z zarządzania w służbie zdrowia oraz studia podyplomowe „Metodologia badań klinicznych”, uzyskał tytuł specjalisty z farmacji szpitalnej i farmacji klinicznej. Członek Naczelnej Rady Aptekarskiej VII kadencji.



Sebastian Sobski,
kierownik Apteki Szpitalnej

- Od 01 października 2020 r. objął Pan stanowisko kierownika Apteki Szpitalnej. Co Pana skłoniło do przeprowadzki do Elbląga?

- Bardzo ciekawa propozycja pracy z perspektywami rozwoju zawodowego, a także z możliwością rozwoju farmacji klinicznej w szpitalu.

- Jakie ma Pan plany związane z pracą w WSZ w Elblągu i jakie stoją wyzwania przed farmacją szpitalną?

- Zapoznając się ze szpitalem, staram się dostrzec, gdzie moje zaangażowanie i wkład pracy może się przydać. Po pierwsze chciałbym zaangażować farmaceutów w bezpośrednią farmakoterapię. Nie mam tutaj na myśli jedynie retrospektywnej kontroli tego, co się już wydarzyło, ale nasz aktywny udział w procesie leczenia pacjenta. W planach mam wdrożenie farmacji klinicznej, aby farmaceuci byli obecni w oddziałach szpitalnych w większym niż dotychczas zakresie i mieli wpływ na zlecenia terapii lekowej. Bardzo zależy mi również na tym, abyśmy mieli możliwość kontroli zleceń, w celu poszukiwania interakcji lekowych i działań niepożądanych, co zarówno wpłynie na bezpieczeństwo pacjentów, jak i podniesie jakość leczenia.

Natomiast w kwestiach technicznych uważam, że ciekawym i godnym rozważenia pomysłem byłoby wykorzystanie kodów kreskowych do obrotu wyrobami medycznymi w szpitalu, co znacząco usprawniłoby obrót tą grupą asortymentową w naszym w szpitalu i oczywiście poprawiło bezpieczeństwo pacjentów.

- W jaki sposób farmaceuci mieliby być obecni w oddziałach szpitala?

- Farmacja kliniczna polega na obecności farmaceuty podczas obchodu, który ma znaczący głos w kwestii zlecenia leków pacjentowi. Chciałbym, aby docelowo nasza obecność w oddziałowych zespołach terapeutycznych podczas obchodów stała się codziennością. Oczywiście wszystko w miarę naszych kadrowych możliwości. Farmacja kliniczna jest standardem w krajach europejskich, natomiast w Polsce jest to dopiero temat raczkujący, aczkolwiek powoli szpitale zaczynają ją wdrażać do swojego systemu opieki nad pacjentem. Chciałbym, abyśmy jako farmaceuci kierunkowali nasz rozwój w stronę bezpośredniego kontaktu z pacjentem.

- W jaki sposób?

- Sprawowanie opieki farmaceutycznej polega na rozmowie z pacjentem, na przyjrzeniu się jego sytuacji zdrowotnej, na sprawdzeniu leków, które dostaje, czy są one prawidłowo przyjmowane, ewentualnie na wydaniu zaleceń dotyczących przyjmowa-

nia leków. To również przekazanie choremu informacji o działaniach niepożądanych, interakcjach, zaleceniach dotyczących podawania leków, ostrzeżeniach typu: proszę nie brać leków z danym pożywieniem, czy z danymi napojami. I jest to bardzo duże pole do popisu dla farmaceutów.

- To są na pewno ogromne korzyści dla pacjenta.

- Oczywiście, ale również i dla szpitala. Uniknięcie interakcji lekowych, które są niemal nieuchronne u każdego pacjenta, który dostaje więcej niż 5 leków powoduje oszczędności dla oddziału i dla szpitala. Każda interakcja niesie za sobą ogromne ryzyko, podobnie jak wystąpienie działań niepożądanych i na pewno są to sytuacje, których należy unikać w systemie ochrony zdrowia. Jeżeli pacjent jest należycie poinformowany o sposobie prawidłowego przyjmowania leków, to ryzyko wystąpienia takiego działania maleje. Tak to wygląda na zachodzie Europy. Zespoły farmaceutów klinicznych zajmują się właściwie wyłącznie pacjentem. Oczywiście jeden farmaceuta nie może znać się na wszystkich produktach leczniczych, więc przypisany jest do określonego oddziału i doskonale orientuje się w lekach w tej dziedzinie specjalizacji. Odbywają się tam również spotkania

farmaceutów klinicznych wewnątrz zespołu farmaceutycznego, aby omówić najbardziej skomplikowane przypadki. Farmakoterapia jest ogromnym wyzwaniem, wymaga od nas dużo pracy i nauki, natomiast korzyści są wymierne.

- A jakie korzyści odczują z tej współpracy lekarze?

- Farmaceuci znają się na lekach, na jednostkach chorobowych, wiedzą w jakich wskazaniach stosować określone produkty lecznicze i mogą również sugerować przedział ich dawkowania. W pewnym sensie odciążają więc lekarza, mogą być jego głosem doradczym, który jest poparty doświadczeniem i fachową wiedzą. Na pewno możemy być cennym wsparciem dla lekarzy.

- Jakie jeszcze widzi Pan różnice między polską farmacją kliniczną i szpitalną, a funkcjonującymi w innych krajach europejskich?

- Przede wszystkim farmacja kliniczna w krajach zachodnich jest standardem. To nie jest żadne novum, że farmaceuta jest na co dzień obecny przy zlecaniu leków dla pacjenta i ma w tym procesie decydujący głos. W Polsce ta dziedzina farmacji dopiero się tworzy. Sami opracowujemy standardy, więc mamy tu bardzo duże pole do popisu, bo to my nadajemy kierunek, w którym będzie się ona rozwijała. Miałem okazję zwiedzić kilka aptek szpitalnych w krajach Europy Zachodniej. Wyglądają podobnie do naszych, aczkolwiek największa różnica polega na ich wyposażeniu, począwszy od zastosowanych tam systemów, poprzez np. roboty, które stosowane są do produkcji cytostatyków. Farmacja szpitalna w Polsce stoi na naprawdę wysokim poziomie i poza kwestiami

stricte technicznymi typu robotyzacja, automatyzacja większych różnic w zasadzie nie ma.

Jeżeli chodzi o kwalifikacje zawodowe farmaceutów, przygotowanie do wykonywania zawodu i samo podejście do zawodu, absolutnie nie widzę, żebyśmy odstawali w czymkolwiek. Jesteśmy bardzo dobrze przygotowani merytorycznie.

- A czego brakuje naszej Apteczce Szpitalnej?

- W związku z sytuacją epidemiczną w kraju, ciężko w tej chwili planować i o czymś marzyć daleko wybiegając w przyszłość. Natomiast docelowo marzeniem każdego kierownika apteki jest posiadanie po prostu nowoczesnej apteki realizującej pełny zakres czynności wynikających z prawa farmaceutycznego. W tej chwili dużo się dzieje w zakresie robotyzacji chociażby pracowni cytostatyków, pojawiają się też różne systemy automatycznego zarządzania magazynami. Jest to naturalny kierunek rozwoju farmacji szpitalnej, więc nasz szpital docelowo też powinien pójść w tym kierunku.

- Wszelkie analizy farmakoekonomiczne wskazują, że posiadanie apteki szpitalnej się po prostu opłaca. Dlaczego?

- Aspektów oszczędności generowanych przez aptekę szpitalną jest bardzo dużo, ale przede wszystkim odpowiada ona za gospodarkę lekiem w szpitalu. Apteka jest więc w stanie w taki sposób zarządzać lekowymi potrzebami szpitala i magazynem, aby produkty lecznicze były cały czas dostępne, ale nie generowały niepotrzebnych zapasów, a co za tym idzie również i kosztów. Sposobem na generowanie oszczędności jest również prawidłowe skonstruowanie Szpitalnej Listy Leków i jej regularna aktualizacja. Apteka odpowiada także za produkcję leków cytostatycznych, gdzie oszczędności powstają dzięki odpowiedniemu zarządzaniu produkcją. Pogrupowanie preparatów do produkcji w taki sposób, aby zużyć jak najmniej sprzętu jednorazowego i leku daje wymierne oszczędności.

- Dziękuję za rozmowę.

mrb



Sebastian Sobski,
kierownik Apteki Szpitalnej



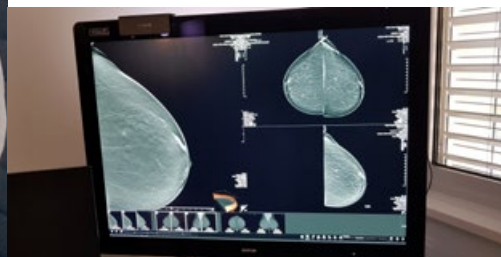
Onkologiczne świadczenie kompleksowe - KON- Pierś

„Cichy zabójca” kobiet

Większość z nas jest tak zabiegana, że znajduje czas na wizytę u lekarza dopiero wtedy, gdy zaczyna chorować. Nie zastanawiamy się nad drobnymi bólaczkami, a już tym bardziej nie zwracamy sobie głowy profilaktyką, tym bardziej w dobie pandemii. Błąd! I to poważny, który może nas w przyszłości kosztować nawet życie.



Ciężkie choroby, jak np. rak, bardzo często atakują podstępnie. Do momentu, kiedy na dobre się nie rozwiną, nie powodują żadnych niepokojących objawów. Gdy te w końcu wystąpią, szanse na powrót do zdrowia są o kilkadziesiąt procent mniejsze niż na początku choroby.



lek. Joanna Gawieńczuk, specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej

ZATRWAŻAJĄCA STATYSTYKA



W Polsce, nowotwór złośliwy piersi jest najczęściej diagnozowanym rakiem u kobiet i niestety jest również główną przyczyną zgonów z powodu nowotworu złośliwego. W naszym kraju notuje się rocznie prawie 18-19 tys. nowych przypadków zachorowań na raka piersi. W latach 2010-2016 współczynnik zgonów z powodu tego nowotworu zwiększył się o 7,2 %, co oznacza, że struktura jego zaawansowania klinicznego jest zła, a nawet fatalna. Rak piersi jest po prostu wykrywany zbyt późno.

Im później choroba będzie wykryta, tym mniejsze szanse na jej wyleczenie. Na szczęście zasada ta sprawdza się także w drugą stronę. Nowotwór zdiagnozowany we wczesnym etapie

rozwoju jest uleczalny niemal w 100 procentach!

- Nowotwór piersi najczęściej występuje u pań pomiędzy 50 a 69 rokiem życia, dlatego właśnie do tej grupy wiekowej dedykowane są programy profilaktyczne – mówi lek. Joanna Gawieńczuk, specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu. - Niestety przesunęła się granica wieku występowania raka u pań i coraz częściej pojawia się on również u kobiet już po 40., a nawet 20. roku życia.

Na świecie wykrywa się coraz więcej wczesnych postaci nowotworu i tym samym zwiększa się liczba operacji „oszczędzających” co jednocześnie oszczędza w ten sposób zdrowie i życie kobiet.

Niestety w Polsce, jeszcze nie uzyskuje się takich wyników - głównym powodem jest zbyt późne wykrycie choroby. Kobiety po prostu zaniebdują własne zdrowie, nie badają się, nie korzystają z badań profilaktycznych, często nie wiedząc że mają taką możliwość.

Tylko w 20% przypadków chorobę rozpoznaje się we wczesnym stadium zaawansowania. Wtedy szanse na wyleczenie są bardzo duże.

ZADBAJ O SIEBIE

Nie możesz mieć stuprocentowej pewności, że nie zachorujesz na raka piersi. Ale można wcześniej go wykryć i rozpocząć skuteczną walkę. Każda zmiana w funkcjonowaniu lub wyglądzie naszego ciała powinna zapalać czerwone światło - muszę iść do lekarza. Tylko 5-10 % raków piersi ma charakter dziedziczny pozostałe to samoistne mutacje powstałe w ciągu całego życia.

Oczywiście samobadanie piersi jest niezmiernie istotne, jednak sami w większości przypadków nie jesteśmy w stanie wyczuć małych zmian. Dlatego młode kobiety powinny wykonywać USG piersi, kobietom po 40 roku życia zaleca się oprócz USG wykonanie również mammografii, a od 50 roku życia zgodnie z zaleceniem programu profilaktyki raka piersi mammografię co dwa lata. Mammografia jest bardziej skuteczna u kobiet po menopauzie, gdzie tkanka

gruczołowa jest zastępowana przez tkankę tłuszczową, luźniejszą. Promieniowanie rentgena wykorzystywane w mammografii pozwala wykryć nieprawidłowości zaburzenia architektury piersi, zmiany złośliwe, łagodne, mikro- i makrozwapnienia zanim będzie je można zobaczyć lub wyczuć przez samą pacjentkę.

Mammografia to bezpieczny, bezbolesny i bardzo skuteczny sposób bada-

lub nowotworową, pacjentka kierowana jest na diagnostykę pogłębioną, również wykonywaną w WSZ w Elblągu. Najczęściej jest to USG piersi, jeśli pierwszym badaniem była mammografia oraz biopsja mammotomiczna celem uzyskania materiału do weryfikacji histopatologicznej. Diagnostyka pogłębiona jest prowadzona przez lekarzy poradni chirurgii onkologicznej.



nia piersi. Badanie mammograficzne i USG piersi wzajemnie się uzupełniają.

Pracownia Mammografii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu posiada jeden z najnowocześniejszych w kraju sprzęt do diagnostyki nowotworów piersi.

Oferuje on nieporównywalnie większe możliwości diagnostyczne w porównaniu z wcześniejszym mammografem. W praktyce oznacza to, że nowy aparat umożliwi specjalistom radiologii bardziej precyzyjnie wykrywać niepokojące zmiany, zaś w wymagających tego typu przypadkach umożliwi także przeprowadzenie diagnostyki pogłębionej.

- Każda kobieta, której piersi mają budowę z przewagą utkania gruczołowego powinna dodatkowo, oprócz mammografii (raz na dwa lata), wykonać badanie USG piersi (raz w roku) – dodaje lek. Joanna Gawieńczuk. - Warto pamiętać, że profilaktyka chorób nowotworowych nie polega tylko na zapobieganiu chorobie, bo to nie zawsze jest możliwe, ale przede wszystkim na wczesnym wykryciu najmniejszych zmian, kiedy leczenie może być bardziej skuteczne.

W sytuacji, kiedy badanie mammograficzne wykaże zmianę podejrzaną

KON - PIERŚ

Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu w ramach Ośrodka Raka Piersi prowadzi kompleksową opiekę onkologiczną nad pacjentem z nowotworem piersi - KON- Pierś. Oznacza to, iż pacjent z podejrzeniem raka piersi jest pod stałą opieką wyznaczonego opiekuna, który ustala poszczególne etapy diagnostyki i leczenia onkologicznego.

JAK TO DZIAŁA W PRAKTYCE

Przede wszystkim należy zaznaczyć, że lekarz podejrzewający u pacjenta nowotwór złośliwy zakłada choremu kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego, potocznie zwaną zieloną kartą DiLO. Dzięki niej pacjent omija zwykłe kolejki i ma prawo do szybszej diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego. Czas odgrywa tu dużą rolę. Pacjent, u którego podejrzewa się chorobę nowotworową musi być jak najszybciej zdiagnozowany i rozpocząć leczenie.

Pacjent z podejrzeniem nowotworu piersi trafia do poradni chirurgii

onkologicznej (ze skierowaniem), bądź do poradni onkologicznej (bez skierowania!), gdzie lekarz zleca badania diagnostyczne w ramach diagnostyki wstępnej i pogłębionej. Następnie kierowany jest na konsylium lekarskie (w jego skład wchodzi: chirurg onkolog, onkolog, radioterapeuta, radiolog, patomorfolog, psycholog, fizjoterapeuta, pielęgniarka ze specjalizacją z pielęgniarstwa onkologicznego), podczas którego zapadają decyzje co do dalszego leczenia, typu zabiegu, itp. Pacjent otrzymuje również skierowanie do szpitala oraz zostaje wyznaczony termin, w którym ma się stawić w oddziale.

W zależności od typu raka piersi oraz zaawansowania leczenie zaczyna się od zabiegu operacyjnego albo od leczenia systemowego (chemioterapia, hormonoterapia, immunoterapia). Przez cały okres leczenia pacjent jest pod opieką koordynatora, który ustala dalsze etapy leczenia onkologicznego. W zależności od potrzeb, pacjent w ramach kompleksowej opieki ma szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i rehabilitacji.

Po zakończeniu leczenia onkologicznego, pacjent przez 5 lat jest pod stałą opieką poradni onkologicznej, gdzie monitorowany jest jego stan zdrowia.

Taki model leczenia ma na celu zapewnienie możliwie najpełniejszej opieki nad pacjentem, poprzez koordynację całego procesu diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacyjnego w celu poprawy jakości leczenia, zwiększenia przeżywalności, podniesienia komfortu życia oraz zagwarantowania możliwie szybkiego powrotu do aktywności zawodowej, życia społecznego.

Magdalena Rubczewska

KONSyliUM

Rejestracja pacjentów na Konsylium odbywa się osobiście lub telefonicznie od poniedziałku do piątku, w godz. 7:00-14:30.

Szczegółowych informacji można uzyskać dzwoniąc pod bezpłatny numer infolinii onkologicznej:

800 777 333

lub nr tel. **55 239 55 13**

lub **505 506 299**

BEZPŁATNA MAMMOGRAFIA!

Szpital realizuje Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi finansowany przez NFZ. W ramach tego programu możesz zrobić bezpłatną mammografię.

Mogą się na nią zgłaszać kobiety między 50-69 rokiem życia, które w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miały przeprowadzonego tego typu badania finansowanego przez NFZ.

Pacjentki mogą się rejestrować w Zakładzie Radiologii (I piętro budynku), w godz. 8.00-15.00 osobiście lub telefonicznie (tel. 55 239 58 80).



dr n. med. Aleksandra Ankiewicz, specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej

LECZENIE OPERACYJNE RAKA PIERSI

Wczesne wykrycie raka piersi powoduje, iż kobietom można zaproponować leczenie oszczędzające polegające na wycięciu fragmentu piersi z guzem oraz usunięciu pierwszych węzłów chłonnych tzw. wartowniczych dołu pachowego. Leczenie oszczędzające nie okalecza, a kobieta zachowuje zarówno pierś, jak i układ chłonny pachy, dzięki temu nie boryka się z obrzękiem chłonnym kończyny górnej. W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu posiadamy najwyższej klasy sprzęt, umożliwiający ocenę marginesów wyciętego fragmentu piersi (RTG Mozart Tomospec) oraz sprzęt do oznaczenia węzła chłonnego wartowniczego bez zbędnej wizyty w zamiejscowym Zakładzie Medycyny Nuklearnej (Sentimag). Niestety ze względu na zaawansowanie choroby, warunki anatomiczne, czy obciążenia genetyczne nie zawsze udaje się zachować pierś.

W ciągu ostatnich lat sytuacja kobiet zakwalifikowanych do amputacji piersi zmieniła się, ponieważ jednocześnie podczas zabiegu mastektomii można zaproponować również operację odtwórczą piersi. Kobiety, które w przeszłości przeszły zabieg amputacji lub które w trakcie leczenia nie wyraziły chęci na zabieg odtwórczy mogą zgłosić się do Oddziału Chirurgii Onkologicznej

celem wykonania rekonstrukcji odroczonej. Dysponujemy szerokim wachlarzem metod rekonstrukcyjnych zarówno za pomocą ekspandera, rekonstrukcji w obecnym czasie, jak i rekonstrukcji w przyszłości, jak jest rekonstrukcja prepektoralna czyli nienaruszająca mięśni piersiowych za pomocą siatki i protezy, jak i za pomocą tkanek własnych - mięśnia najszerzego grzbietu i protezy. Dodatni wpływ operacji odtwórczych na jakość życia kobiet po mastektomii jest obecnie powszechnie uznawany. Taka możliwość zmniejsza obawę kobiet przed amputacją, więc przyspiesza zgłaszanie się do zasadniczego leczenia onkologicznego. Amputacja piersi przy chorobie nowotworowej powoduje u kobiety nie tylko kalektwo fizyczne - najczęściej towarzyszy temu mniejszy lub większy wstrząs psychiczny. Uraz psychiczny powodowany jest poczuciem utraty kobiecości, wrażeniem niepełnej wartości, obawą przed odrzuceniem przez partnera. U wielu kobiet lęk przed utratą piersi sprawia, że odwołują się do leczenia onkologicznego. Rekonstrukcja piersi pomaga kobiecie w tym trudnym dla niej okresie choroby odzyskać „utraconą kobiecość”.



ELBLĄSKIE
centrum onkologii

KON - Jelito Grube WYPRZEDŹ RAKA



1 czerwca 2021 r. w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu rozpoczęło działalność Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego w ramach Elbląskiego Centrum Onkologii.

Nowotwory jelita grubego zajmują trzecie miejsce pod względem zapadalności u kobiet i mężczyzn oraz są drugą przyczyną zgonów z powodu nowotworów złośliwych u mężczyzn i trzecią u kobiet.

- Nasze Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego obejmie pacjentów kompleksową diagnostyką i leczeniem. W całym kraju będą obowiązywały jednolite procedury dla każdej placówki medycznej realizującej umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. To standardy dotyczące rozpoznania i leczenia, wsparcia psychologicznego i monitorowania stanu zdrowia pacjenta po przebytej chorobie nowotworowej. Mają one poprawić rokowania pacjentów i jakość ich życia. Najważniejsza zmiana polega na tym, że prowadzenie pacjenta będzie koordynowane począwszy od diagnostyki, przez leczenie, wsparcie psychologiczne, skończywszy na monitorowaniu jego stanu po przebytej chorobie nowotworowej – mówi Marek Pietruszka, Koordynator Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego z Oddziału Chirurgii Onkologicznej WSZ w Elblągu.

CHORUJĄ CORAZ MŁODSI

Specjaliści zwracają uwagę, że rak jelita grubego jest coraz częściej diagnozowany u młodych osób. Najnowsze badania wskazują, że częstość tego nowotworu wzrasta w ostatnich latach w grupie ludzi w wieku 20-49 lat.

Dotychczas diagnozowano ten rodzaj nowotworu zdecydowanie czę-

ściej u osób po 50. roku życia, ostatnio jednak ta tendencja zmieniła się i wzrasta odsetek chorych młodszych.

Lekarze wskazują, że rak jelita grubego jest trzecim najczęstszym nowotworem na świecie. Czynnikiem ryzyka tego nowotworu są: zła dieta, otyłość, palenie tytoniu, cukrzyca, nieswoiste zapalenia jelit oraz czynniki genetyczne.

Specjaliści przyznają, że w ostatnich latach w dziedzinie profilaktyki i leczenia tego nowotworu dokonał się istotny postęp. Profilaktyczne programy przesiewowe z użyciem badania kolonoskopowego pozwalają na wczesne wykrycie stanów przednowotworowych (polipów) i guzów nowotworowych oraz ich szybkie i skuteczne usunięcie endoskopowe lub chirurgiczne.

Doświadczenie w dziedzinie leczenia chirurgicznego z zastosowaniem nowoczesnych technik małoinwazyjnych oraz postępy w opracowywaniu nowych linii chemioterapii i terapii biologicznych sprawiają, że pacjenci mają szansę na dłuższe przeżycie i lepszą jakość życia po chorobie – dodaje Marek Pietruszka, Koordynator Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego z Oddziału Chirurgii Onkologicznej WSZ w Elblągu.

W ramach naszego Centrum zapewniamy każdemu pacjentowi posiadającemu Kartę Diagnostyki



Marek Pietruszka, Koordynator Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego z Oddziału Chirurgii Onkologicznej WSZ w Elblągu

i Leczenia Onkologicznego (DILO) kompleksową opiekę onkologiczną, a w szczególności:

- infrastrukturę i potencjał wykonawczy do realizacji niezbędnych świadczeń w zakresie: diagnostyki nowotworu jelita grubego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego (chirurgicznego, systemowego), programów zdrowotnych (lekowych), radioterapii, a także wsparcie w zakresie uzyskania świadczeń opieki hospicyjnej;
- możliwość wykonania wszystkich koniecznych badań diagnostycznych;
- koordynację procesu diagnostycznego i terapeutycznego – Centrum wyznaczy koordynatora organizacyjnego, nadzorującego cały plan diagnostyki i leczenia danego pacjenta. Do jego zadań będzie należało w szczególności ustalanie terminów wizyt i zabiegów oraz nadzorowanie dokumentacji;
- ustalenie planu leczenia onkologicznego przez wielodyscyplinarny zespół diagnostyczno-te-



ELBLĄSKIE
centrum onkologii

Etap leczenia uzupełniającego

- Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Chemioterapii
- Oddział Dzienny Chemioterapii
- Centrum Radioterapii i Usprawniania

Etap monitorowania - przez okres 5 lat od zakończenia leczenia onkologicznego

- Poradnia Chirurgii Onkologicznej
 - Poradnia Onkologiczna
- Współpracujemy z Ośrodkami Akademickimi w Gdańsku, Olsztynie, Warszawie, Krakowie, Lublinie, Bydgoszczy.
- Karta DILO jest gwarancją objęcia pacjenta skoordynowanym planem diagnostyki i leczenia onkologicznego, a czas oczekiwania na wizyty u lekarzy specjalistów jest bardzo krótki.

Szczegółowe informacje można uzyskać, dzwoniąc pod bezpłatny numer infolinii onkologicznej
800 777 333
od poniedziałku do piątku
w godzinach 8:00-18:00.

rapeutyczny, składający się ze specjalistów chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej, onkologii klinicznej, radiologii i patomorfologii;

- po zakończeniu leczenia onkologicznego, każdy pacjent będzie pod kontrolą poradni chirurgii onkologicznej i poradni onkologicznej w okresie 5 lat, gdzie będzie poddany systematycznemu monitorowaniu efektów procesu terapeutycznego oraz ocenie stanu zdrowia.

Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego zapewnia pełen zakres diagnostyki i terapii endoskopowej z uwzględnieniem nowoczesnych, małoinwazyjnych metod leczenia zabiegowego.

Do dyspozycji pacjentów Centrum jest kompleks usług świadczonych na poszczególnych etapach diagnostyki i leczenia:

Etap diagnostyki

- Poradnia Chirurgii Onkologicznej
- Poradnia Onkologiczna
- Poradnia Gastroenterologiczna
- Centrum Wczesnej Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Przewodu Pokarmowego - Pracownia Endo-

- skopii Gastroenterologicznej
- Pracownia Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego
- Zakład Radiologii
- Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej
- Laboratorium Bakteriologiczne
- Zakład Patomorfologii EL-PAT

Etap leczenia zabiegowego

- Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi
- Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Gastroenterologicznym



BEZPŁATNA KOŁONOSKOPIA dla osób między 55 a 64 rokiem życia

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu realizuje „Program badań przesiewowych raka jelita grubego” w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób nowotworowych.

Udział w badaniu mogą wziąć osoby, które:

1) Otrzymały zaproszenie

Zaproszenie jest imienne i nie może być przekazane innej osobie. Zaproszenie zawiera proponowaną datę badania. Istnieje możliwość zmiany terminu. Z badania można zrezygnować w dowolnym momencie.

2) Istnieje również możliwość poddania się badaniu **BEZ ZAPROSZENIA** (w ramach tzw „programu oportunistycznego”) pod warunkiem spełnienia warunków kwalifikujących do Programu:

- wszystkie osoby w wieku 50 – 65 lat bez objawów takich jak krwawienie z przewodu pokarmowego, biegunka lub zaparcie które pojawiło się w ciągu ostatnich kilku miesięcy, a którego przyczyna nie jest znana, a także chudnięcie lub anemia bez znanej przyczyny.
- osoby w wieku 40-49 lat bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego.
- osoby w wieku 25-49 lat z rodziny z zespołem Lyncha. W tej grupie osób konieczne jest potwierdzenie rozpoznania przynależności do rodziny z zespołem Lyncha z poradni genetycznej na podstawie spełnienia tzw. kryteriów amsterdamskich i ewentualnego badania genetycznego. W ramach programu badań przesiewowych można wykonać tylko pierwsze badanie.
- osoby w wieku 20-49 lat pochodzące z rodziny z zespołem polipowatości rodzinnej gruczolakowatej – FAP. W tym przypadku konieczne jest skierowanie (potwierdzenie) z Poradni Genetycznej. W ramach programu badań przesiewowych można wykonać tylko pierwsze badanie.

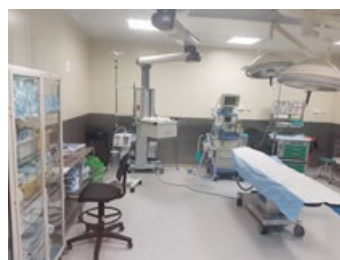
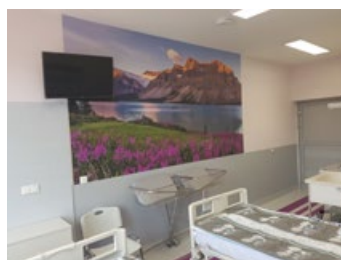
Do badania nie są kwalifikowane osoby, które miały wykonaną kolonoskopię w ciągu ostatnich 10 lat.

Rejestracja osobista w Pracowni Endoskopii WSZ w Elblągu lub telefoniczna pod nr tel. 55 239 56 11, 695 101 050.

Tu, gdzie rodzi się życie...

Poród to jedno z najbardziej niezapomnianych i wyjątkowych momentów w życiu kobiety. Dlatego też placówki ochrony zdrowia, wraz z postępem technologicznym i rozwojem nauki, starają się poprawiać opiekę nad pacjentkami spodziewającymi się dziecka, aby zapewnić im komfort, bezpieczeństwo i profesjonalizm poprzez podniesienie standardów opieki medycznej. Takie też cele przyświecały dyrekcji Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu, która ponad trzy lata temu podjęła decyzję o konieczności modernizacji Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wraz z Traktem Porodowym. Dzięki środkom pozyskanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020, a także dotacji celowej Województwa Warmińsko-Mazurskiego Szpital mógł zrealizować zaplanowaną inwestycję.





OFICJALNE OTWARCIE

5 października 2020 r. odbyło się oficjalne otwarcie zmodernizowanego Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Traktu Porodowego. Niestety z uwagi na sytuację epidemiczną w kraju, uroczystość miała charakter konferencji prasowej. Wzięli w niej udział: Gustaw Marek Brzezina - Marszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego, Marcin Kuchciński - Wicemarszałek Województwa Warmińsko-Mazurskiego, Michał Missan - Wiceprezydent Elbląga, dr n. med. Janina Lipińska - Konsultant wojewódzki ds. ginekologii i położnictwa, lek. Hanicenta Rzepa - ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Bernadeta

Hordejuk - Przewodnicząca Rady Społecznej WSZ w Elblągu oraz przedstawiciele mediów.

Od początku października 2020 r. w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu funkcjonuje nowoczesny, zmodernizowany Oddział Ginekologiczno-Położniczy wraz z Traktem Porodowym, który zapewnia przyszłym mamom kompleksową opiekę na najwyższym poziomie.

Powstały 2-osobowe, nowoczesne i komfortowe sale chorych z własnymi sanitariatami. Każda z nich wyposażona jest w stanowisko do pielęgnacji niemowląt, a także w nowoczesne łóżka szpitalne. Z myślą o pacjentkach i ich rodzinach zaprojektowano 3 sale porodów rodzinnych z własnymi sanitariatami i wannami, a także salę noworodko-

wą z przeszkloną ścianą dla odwiedzających z głównego korytarza oddziału.

Stworzono stanowisko pierwszej pielęgnacji i resuscytacji noworodka wraz ze stanowiskiem monitorowania okołoporodowego. Oddział posiada własną salę operacyjną i salę nadzoru położniczego po porodach powikłanych sąsiadującą z pokojem personelu dyżurnego objętą nadzorem kamer.

- Oddział Ginekologiczno-Położniczy w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu jest ośrodkiem III stopnia referencji, co oznacza, że jest oddziałem konsultacyjnym i odwoławczym dla innych tego typu jednostek w województwie warmińsko-mazurskim - mówi Elżbieta Gelert, Dyrektor Szpitala. - Dzięki moderni-



zacji zwiększyliśmy liczbę łóżek do 52, ale co najważniejsze zwiększona została również liczba łóżek w części patologii ciąży do 30 stanowisk. Do tej pory zbyt mała liczba miejsc w tej części oddziału była naszym największym mankamentem, ponieważ wzrasta liczba kierowanych do nas pacjentek w ciąży obciążonych komplikacjami, które niejednokrotnie wymagają długiego pobytu w szpitalu i szczególnej troski. Na pewno będziemy monitorować sytuację demograficzną w naszym województwie i jeśli zauważymy tendencję wzrostową, to zastanowimy się nad dalszym rozszerzeniem oddziału.

USG PRENATALNE

W ramach tej inwestycji zakupiono także USG do wykrywania wad wrodzonych płodu, dzięki któremu pacjentki z zagrożoną ciążą będą miały lepszy dostęp do nowoczesnych, specjalistycznych badań. Dotychczas w celu wykonania badania prenatalnego ciężarne korzystały z ośrodków ościennych znajdujących się w Gdańsku, czy w Olsztynie. W związku z tym okres oczekiwania na badania prenatalne był dłuższy. Jednak długie terminy na badania to nie jedyny problem wynikający z braku wyposażenia naszego oddziału w powyższy sprzęt. Przede



NOWOCZESNY SPRZĘT MEDYCZNY

Oddział Ginekologiczno-Położniczy został doposażony w nowoczesny sprzęt, m.in.: w stół operacyjny do zabiegów ginekologicznych, kolumny chirurgiczne i anestezyjologiczne, aparaty do znieczulenia ogólnego, respiratory, kardiomonitor, zestawy reanimacyjne, detektory tętna, inkubatory, kompletny zestaw intensywnego nadzoru położniczego wraz z trzema kardiotorakografami, inkubatory, kolposkop.

Doposażenie oddziału w tak specjalistyczny sprzęt przełoży się w dużej mierze na poprawę efektów zdrowotnych, zwłaszcza w grupie noworodków przedwcześnie urodzonych, z niską wagą urodzeniową i z wadami wrodzonymi.

wszystkim pacjentki, które były kierowane do dalszej diagnostyki, bądź leczenia w ośrodkach ościennych, często rezygnowały z dalszej, specjalistycznej opieki medycznej ze względów ekonomicznych lub społecznych. Teraz będą miały zapewnioną fachową pomoc na miejscu.

NOWOCZESNY MAMMOGRAF

Projekt zakładał również wymianę analogowego, starego mammografu, na którym jeszcze do niedawna pracowali specjaliści z WSZ w Elblągu. Do pracowni mammograficznej trafił więc jeden z najnowocześniejszych w Polsce mammografów, który pozwala przeprowadzać pogłębioną diagnostykę piersi, m.in. biopsję. To bardzo ważny zakup, tym bardziej, że w Elblągu leczona jest znacząca

część pacjentek z rakiem piersi z terenu Warmii i Mazur, a także z sąsiednich województw. Dlatego nowy mammograf, gwarantujący większą skuteczność wykonywanych badań znacząco wpłynie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet w naszym regionie, co przyczyni się do poprawy statystyk dotyczących wczesnej wykrywalności raka piersi.

PODZIĘKOWANIA

W imieniu personelu Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, a także swoim pragnę podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do tego sukcesu. Pani Elżbiecie Gelert – Dyktor Szpitala, Piotrowi Tomaszewskiemu Dyktorowi Ekonomicznemu, Michałowi Marciniakowi – Dyktorowi Technicznemu, Annie Maksymowicz – specjalistce Zarządzania Projektami oraz Sta-



niślawowi Nadraus – kierownikowi Sekcji sprzętu medycznego. To osoby, z którymi najczęściej spotykałam się w trakcie prac związanych z modernizacją oddziału, na których zaangażowanie, doradztwo i czas zawsze mogłam liczyć.

Dziękuję również personelowi mojego oddziału, którego praca w dobie pandemii w warunkach remontu wymagała szczególnego wysiłku, tym bardziej, że mieliśmy zdecydowanie więcej pacjentek z powodu przekształcenia innych placówek medycznych w szpitalu jednoimienne.

Mimo trudnych warunków pracy, przez ostatnie dwa lata staraliśmy się jeszcze lepiej przygotować do nowych wyzwań, poprzez podnoszenie naszych kwalifikacji zawodowych i jest to nasz osobisty wkład w realizację tego projektu.

Lek. Hanicenta Rzepa

WYKWALIFIKOWANA I DOŚWIADCZONA KADRA

Nowoczesne inkubatory, respiratory, aparatura monitorująca, czy pompy infuzyjne są niezbędne, gdy należy podtrzymać noworodka przy życiu lub przeprowadzić pogłębioną obserwację dziecka.

Jednak doskonały sprzęt to tylko połowa sukcesu.

Opieką pielęgniarską w oddziale zajmuje się 61 położnych i 4 pielęgniarki. W minionych dwóch latach studia podyplomowe skończyło 10 położnych, uzyskując specjalizację z zakresu opieki przed i okołoporodowej. 8 położnych uzyskało specjalizację z zakresu pielęgniarstwa położniczo- ginekologicznego. Położne ukończyły również liczne kursy: kurs instrumentariuszek, kurs z inmersji wodnej wczesnoporodowej, kurs

niefarmakologicznych metod leczenia bólu porodowego, czy kardiokografii.

- Praca położnych jest fundamentem prawidłowego funkcjonowania oddziału położniczo- ginekologicznego – mówi lek. Hanicenta Rzepa, Ordynator Oddziału Ginekologiczno- Położniczego. - Bardzo cenię doświadczenie i fachowość naszych pań położnych i dziękuję im za zaangażowanie, pogłębianie swojej wiedzy, życzliwość i wysiłek włożony w pracę.

W Pracę oddziału bardzo pomocna jest zatrudniona na całym etacie psycholog.

- Jest osobą bardzo serdeczną, empatyczną i doskonale przygotowaną merytorycznie do pracy z kobietami w ciąży – mówi lek. Hanicenta Rzepa. - Zarówno pacjentki, jak i my doceniamy jej fachowość i życzliwość. Jej praca potrzebna jest zarówno na patologii ciąży, jak i w oddziale ginekologii, szczególnie części onkologicznej, gdzie przebywają kobiety po ciężkich zabiegach operacyjnych. Jest to osoba bardzo potrzebna, bardzo doceniana i cieszymy się, że możemy zaoferować naszym pacjentom takie wsparcie.

Zespół lekarski tworzy 25 osób: 16 specjalistów i 9 osób w trakcie specjalizacji. Edukacja w nowoczesnym położnictwie nie kończy się na specjalizacji ginekologiczno- położniczej. 2 lekarzy dodatkowo uzyskało specjalizację z zakresu endokrynologii, 3 lekarzy posiada certyfikaty polskiego i Międzynarodowego Towarzystwa Ultrasonograficznego, 2 lekarzy jest w trakcie dodatkowej specjalizacji z ginekologii onkologicznej. Kadra uczestniczy w licznych sympozjach i kursach, systematycznie pogłębiając swoją wiedzę.

Personel oddziału zajmuje się również prowadzeniem zajęć w funkcjonującej przy oddziale Szkole Rodzenia oraz prowadzi poradnię konsultacyjną, której działalność Szpital ma w planie poszerzyć.

- Ciągłe doskonalenie zawodowe pozwala na prowadzenie oddziału zgodnie z wymaganiami najnowszej wiedzy medycznej oraz leczenia operacyjnego w szerokim zakresie – mówi lek. Hanicenta Rzepa.



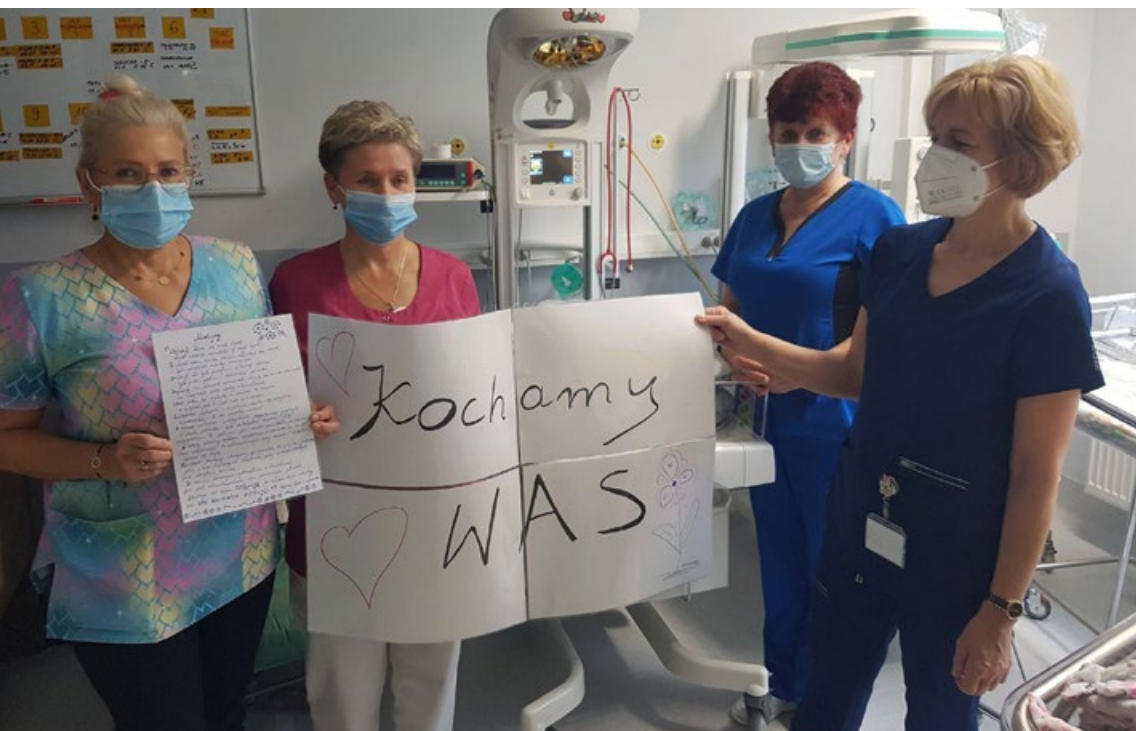
Oddział Ginekologiczno- Położniczy wykonuje zabiegi operacyjne w pełnym zakresie schorzeń ginekologicznych, onkologii ginekologicznej, urologii oraz zaburzeń statyki narządu rodnego. Operacje wykonywane są zarówno metodą tradycyjną jak i laparoskopowo.

- Gratuluję Państwu ogromu zmian, które dokonały się w WSZ w Elblągu w zakresie nowoczesnego położnictwa, bo przecież opieka okołoporodowa jest niezwykle istotną sferą naszego życia – mówi dr n. med. Janina Lipińska, konsultant wojewódzki ds. ginekologii i położnictwa. - Jednym z podstawowych zadań medycyny jest nie tylko ratowanie życia, ale przede wszystkim zapewnienie jego super jakości w latach późniejszych. Opieka perinatalna jest zatem interdyscyplinarnym działaniem, której celem jest zapewnienie odpowiedniej opieki kobiecie w różnych okresach jej życia: w okresie przedkoncepcyjnym, podczas ciąży, porodu, połogu, praca z płodem i z noworodkiem. Celem lekarzy jest zatem bardzo wczesne wykrycie wszelkich problemów zdrowotnych dotyczących matki, płodu i skierowanie ich w odpowiednim momencie do szpitali i do oddziałów o odpowiednim stopniu referencyjności, aby specjali-

ści najwyższej klasy, przy pomocy najnowszej aparatury, którą tutaj widzieliśmy, mogli doprowadzić do tego, że mamy i dzieci pozostaną zdrowe, a poród będzie się kończył uśmiechem. Bo przecież zdrowie w okresie przedkoncepcyjnym i na początku ciąży przekłada się na stan noworodka po urodzeniu. A szczególna opieka w okresie okołonoworodkowym rzutuje na całe dzieciństwo i na całe późniejsze życie. Fantastycznie, że udaje nam się modernizować i wyposażać oddziały położnicze według najlepszych standardów tak, żeby zapewnić mieszkańcom opiekę medyczną na najwyższym poziomie. Nowe technologie i nowe przyrządy do badania stanu matki i dziecka to podstawa bezpieczeństwa i o to zabiegamy w tej dziedzinie, ale położnictwo to również wysoki profesjonalizm kadry i ich ogromne doświadczenie zawodowe. Dlatego ludzie pracujący w położnictwie powinni nieustannie pogłębiać swoje kwalifikacje, aby sprostać wymaganiom współczesnej medycyny.

Uratowali życie tysiącom dzieci. Ginekolodzy, Położnicy, Położne, Pielęgniarki, Neonatolodzy. Do dziś wiele pacjentek przychodzi ze swoimi pociechami do Oddziału, aby pokazać jak wspaniale rozwijają się i rosną ich dzieci. Inni rodzice wysyłają zdjęcia, listy, wiersze. To podziękowanie za wiedzę i doświadczenie całej kadry pionu ginekologiczno- położniczego i neonatologicznego, które pozwoliły uchronić przy życiu najważniejszą istotę – małego człowieka.

Magdalena Rubczewska



Podziękowania dla pracowników Oddziału Położniczego od Pani Ani, Pacjentki naszego Oddziału Ginekologiczno- Położniczego. Takie słowa zawsze dodają naszym pracownikom otuchy i sprawiają im wielką radość.

KOS - ZAWAŁ

Najważniejszy pierwszy... rok!

Zawał serca jest ciężką, nagłą chorobą, na którą w Polsce zachorowuje co roku co najmniej kilkadziesiąt tysięcy ludzi. Mija 5 miesięcy od rozpoczęcia w naszym Szpitalu funkcjonowania programu "KOS Zawał", czyli Kompleksowej Opieki nad Pacjentem po zawale mięśnia sercowego. Głównym celem programu jest maksymalne ułatwienie pacjentowi po zawale serca dostępu do leczenia i rehabilitacji kardiologicznej poprzez otoczenie go opieką już od momentu trafenienia chorego do szpitala po ostatnie, kontrolne badanie przypadające dokładnie rok po incydencie wieńcowym. O programie KOS - Zawał, a także o korzyściach dla pacjenta wynikających z udziału w tym programie rozmawiam z lek. Zygfrydem Reszką, specjalistą w dziedzinie kardiologii.

- Jak Pan ocenia Program "Kos Zawał", czy Pana zdaniem przyczynia się on do poprawy opieki nad chorymi po zawale serca?

- Uważam, że Program "Kos Zawał" jest strzałem w dziesiątkę. Głównym celem programu jest zapewnienie pacjentom ciągłości diagnostyki i leczenia kardiologicznego w ciągu 12 miesięcy po zawale serca. Do tej pory pacjenci nie mieli tak kompleksowej opieki po zawale, a nie zapominajmy, że jest to okres w którym najczęściej pacjentów umiera. Prawidłowe prowadzenie pacjenta po zawale znacznie zwiększa jego szanse na normalne życie i to gwarantuje roczna opieka w ramach programu "KOS Zawał".

- Kiedy WSZ w Elblągu rozpoczął realizację programu KOS - Zawał?

- Z programem "Kos Zawał" wystartowaliśmy w ostatnich dniach października, choć nie da się ukryć, że nie było nam łatwo ze względu na panującą pandemię koronawirusa.

Do tej pory sprawujemy opiekę nad 96 pacjentami, aczkolwiek liczba chorych docierających do szpitala z zawałem mięśnia sercowego w bieżącym roku jest zdecydowanie mniejsza niż chociażby w roku poprzednim. Pacjenci często ignorują typowe dla zawału objawy i nie trafiają do szpitala, co oczywiście jest ogromnym błędem i wielką stratą dla nich samych. Chorzy nie są prawidłowo leczeni, nie podlegają pełnej rewaskularyzacji mięśnia sercowego, ale przede wszystkim nie są świadomi



lek. Zygfryd Reszka, specjalista kardiolog

mi faktu, że doszło do zawału, który ma i będzie miał wpływ na całe ich życie.

- Zauważamy coraz większą liczbę zawałów u osób młodych, czym może być to spowodowane?

- Głównie jest to spowodowane niehigienicznym trybem życia, przez co rozumiemy: złe odżywianie, palenie papierosów, zbyt mała ilość wysiłku fizycznego - szczególnie na świeżym powietrzu oraz brak profilaktyki. Warto również wspomnieć o stresie, który jest jednym z elementów przyspieszonego procesu miażdżycowego. Średni wiek, w którym zaczynają się choroby układu krążenia niestety ulega obniżeniu. Ludzie w obawie o pracę, czy przyszłość nie zwracają uwagi na swoje dolegliwości, więc docierają do lekarza już z zaawansowaną chorobą wieńcową.

Gdyby jednak prowadzona była profilaktyka, a pacjent wcześniej dotarłby do lekarza, jeszcze przed silnymi dolegliwościami, to udałoby się odwieść go od złych nawyków, a co za tym idzie dalszego postępu procesu miażdżycowego.

- Czy program "KOS Zawał" jest w stanie zmniejszyć w Polsce śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych?

- Efekty realizacji programu w Polsce są już widoczne i są bardzo pozytywne. Śmiertelność 12-miesięczna po zawale serca jest o 31% mniejsza w grupie pacjentów programu. Co więcej, wśród pacjentów chorych 12-miesięczne prawdopodobieństwo wystąpienia poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych jest o 25% mniejsze, niż w grupie pacjentów spoza programu.

Bardzo ważnym elementem programu KOS-zawał, zmniejszającym śmiertelność, jest rehabilitacja kardiologiczna, która może odbywać się stacjonarnie lub ambulatoryjnie. W ramach realizacji programu przez nasz szpital, rehabilitację ambulatoryjną pacjent odbywa w Zakładzie Rehabilitacji Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Elblągu. Natomiast rehabilitację stacjonarną w wybranym oddziale rehabilitacji ośrodka zatwierdzonego przez NFZ. Rehabilitacja stacjonarna dedykowana jest dla pacjentów, którzy z różnych względów nie mogą dochodzić codziennie do ośrodka rehabilitacji ambulatoryjnej.

NFZ w Olsztynie pozwolił na realizację rehabilitacji stacjonarnej w województwie warmińsko-mazurskim tylko w Oddziale Rehabilitacji Szpitala Miejskiego w Elblągu, który niestety po 2 tygodniach współpracy z naszym ośrodkiem został dedykowany do walki z COVID-19. W ten sposób zostaliśmy pozbawieni legalnego dla KOS-zawał miejsca rehabilitacji stacjonarnej. Od tego czasu pacjentów najbardziej potrzebujących rehabilitacji stacjonarnej kierujemy do Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej w Jantarze.

Dla prawidłowej kompleksowej opieki kardiologicznej nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego niezbędne jest zniesienie granic administracyjnych, narzuconych przez NFZ, które ograniczają możliwości kompleksowego leczenia. Szczególnie jest to istotne dla pacjentów mieszkających na granicy województw (warmińsko-mazurskiego i pomorskiego), którym administracyjnie ogranicza się udział w programie KOS-Zawał.

NFZ obiecuje, że po pandemii COVID-19, poszerzy liczbę podwykonawców o ośrodki pomorskie zarówno w zakresie kardiochirurgii, jak i rehabilitacji stacjonarnej. Powrót do normalności umożliwi dostęp do właściwego leczenia kompleksowego KOS-Zawał dla każdego pacjenta, niezależnie od miejsca zamieszkania.

-Dziękuję za rozmowę.

Karol Wądołowski

ŚCIEŻKA PACJENTA W RAMACH PROGRAMU KOS - ZAWAŁ

Program zaczyna funkcjonować już w momencie, w którym pacjent z zawałem serca trafia do Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Elblągu. Lekarz Poradni KOS – Zawał dokonuje kwalifikacji pacjenta do udziału w tym programie. W dniu wypisu z oddziału pacjent bierze udział w pierwszej wizycie w Poradni KOS – Zawał, gdzie dostaje nie tylko wskazówki na najbliższe tygodnie leczenia, ale też otrzymuje rozpisany plan leczenia na cały rok, daty wszystkich kolejnych wizyt, podczas których przeprowadzone zostaną próby wysiłkowe, kontrolne badania laboratoryjne, itp. Chory rozmawia również z psychologiem i dietetykiem, ponieważ po wypisie ze szpitala niezwykle ważną jest zmiana dotychczasowych nawyków i zastosowanie odpowiedniego trybu życia (zmiany w diecie, wyeliminowanie używek, aktywność fizyczna). Kolejnym etapem jest skierowanie pacjenta na rehabilitację kardiologiczną stacjonarną w specjalnym ośrodku w oddziale rehabilitacji kardiologicznej lub w Zakładzie Rehabilitacji WSZ w Elblągu. Co ważne, wszystkie działania koordynowane są w jednym miejscu – nie trzeba samemu umawiać wizyt, planować rehabilitacji, starać się o badania czy skierowania. Roczna opieka kończy się bilansem, czyli specjalną wizytą z badaniami laboratoryjnymi i podsumowaniem stanu zdrowia.

Pacjenci, którzy biorą udział w programie mają nielimitowany dostęp do wszystkich niezbędnych zabiegów kardiologicznych.

MOŻESZ DAĆ DRUGĄ SZANSĘ SWOJEMU SERCU! NIE LEKCEWAŻ CHOROBY!

Zawał może wystąpić zarówno u osoby mającej już wcześniej chorobę wieńcową (czyli u osoby odczuwającej czasami bóle w klatce piersiowej, będące objawem niedostatecznego dopływu krwi do serca, czyli niedokrwienia serca, powodowanego zwężeniem którejś z tętnic wieńcowych), jak i u osoby dotychczas nie mającej żadnych objawów choroby serca.

Przyczyną zawału jest nagłe zamknięcie się jednej z tętnic (zwanych tętnicami wieńcowymi) prowadzących krew do samego mięśnia sercowego, a więc dostarczających do serca tlen. Nagłe zamknięcie tętnicy powoduje przerwę w dopływie krwi do pewnego obszaru serca, co natychmiast rozpoczyna proces obumierania tego obszaru serca, czyli powstania martwicy.

Nowoczesne i najskuteczniejsze leczenie zawału serca polega na wykonaniu zabiegu koronarografii i angioplastyki naczyń wieńcowych.

Wdrożenie programu kompleksowej opieki po zawale serca (KOS-Zawał) ma pomóc ograniczyć liczbę zgonów sercowo-naczyniowych i inwalidztwa z powodu chorób serca oraz przyczynić się do szybszego powrotu chorych do aktywności zawodowej i społecznej.



Nowa rzeczywistość szpitala z COVID-19

O tym, z czym zmagał się WSZ w Elblągu w dobie pandemii, jakie emocje wywarł na personelu medycznym nieznany wirus i jaką lekcję odrobiła placówka w tym czasie rozmawiam z Bożeną Ropelewska, Dyrektor ds. Pielęgniarstwa.



- Jak podsumuje Pani prawie 2 lata pracy podczas pandemii COVID-19 w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym?

- Wirus SARS-CoV-2 wciągnął nas w nową epidemiologiczną rzeczywistość. Mechanizmy zapobiegania rozprzestrzeniania się patogenu oraz leczenia pacjentów chorych na covid-19 oparte były głównie na wytycznych Ministra Zdrowia, jak i ekspertów z dziedziny epidemiologii.

Od pierwszych dni pandemii wdrożyliśmy część ogólnych zasad obowiązujących przy każdej izolacji wprowadzając dodatkowo elementy rekomendowane dla tego patogenu przez ekspertów, tj. wzmożona higiena i dezynfekcja rąk, przy kontakcie stosowanie pełnego zabezpieczenia poprzez środki ochrony osobistej, izolację osoby podejrzanej o zaka-

żenie lub zakażonej, kontrolowane czasowo asystowanie pacjentowi, dystans. Ze względu na rodzaj działalności i bezpośredni kontakt z pacjentem i/lub współpracownikiem to nie urządzenia techniczne były podstawowym zabezpieczeniem dla medyków, lecz środki ochrony osobistej. Pomimo ograniczeń i trudności nie przestaliśmy udzielać świadczeń, wspieraliśmy się wzajemnie każdego dnia pandemii.

- Z jakimi problemami zmagał się WSZ w Elblągu?

- W początkowej fazie pandemii największym problemem było wstrzymanie dostaw jednorazowych środków ochrony osobistej przez firmy, które teoretycznie zobligowane były poprzez stosowne umowy do-



Bożena Ropelewska, Dyrektor ds. Pielęgniarstwa WSZ w Elblągu

starczyć asortyment do szpitala. Na pewnym etapie, na szczęście krótkim, kombinezony, maseczki były towarem reglamentowanym, mieliśmy świadomość, że nie może go zabraknąć w oddziałach szpitalnych, poradniach. Środki dezynfekcyjne to kolejna tarcza, która chroniła nas przed potencjalnym zakażeniem, w tym zakresie nie było łatwiej. Trzeba przyznać, że nie zostaliśmy z tym sami, wsparcie rzeczowe i mentalne dopływało również z zewnątrz.



- Otrzymywaliśmy wsparcie z zewnątrz?

- Pamiętam takie momenty, w których dzwonił do Ministerstwa Zdrowia, Agencji Rezerw Materiałowych, Narodowego Funduszu Zdrowia prosząc o pomoc w natychmiastowym dostarczeniu nam niezbędnego sprzętu ochrony osobistej. Nasze prośby były realizowane.

Olbrzymim wsparciem były również osoby fizyczne oraz lokalne firmy przemysłowo-produkcyjne, które bez zbędnych próśb dostarczały nam pomoc, np. anonimowe osoby przywoziły w godzinach nocnych do szpitala czasami tylko 5 sztuk pięknie uszytych maseczek, a czasami 250 sztuk. Gesty pomocy dawały nam dodatkową odwagę do walki z tym jeszcze nie do końca znanym wrogiem.

- Brak sprzętu i pomocy, a emocje i organizacja- jak wyglądała praca w trakcie pandemii?

- W pierwszych dniach/ miesiącach pandemii towarzyszył strach i obawy. Wszyscy dyskutowaliśmy jak się odnaleźć w tej nowej rzeczywistości, ale nikt nie chował głowy w przysłowiowy piasek. Niektórzy potrzebowali więcej czasu na przystosowanie. Każdy prze-

mował działanie na swoim odcinku pracy, trzymając się ogólnych wytycznych. Mogłam polegać na ludziach. Chyłę czoła przed wszystkimi pracownikami szpitala, a w szczególności przed tymi osobami na froncie medycznym w bezpośrednim kontakcie z pacjentem.

Największe emocje towarzyszyły, gdy stanęliśmy w konfrontacji teorii z praktyką. Czy to już ognisko epidemiczne?, blokować pracę danego oddziału?, jak racjonalnie i szybko wykonać dezynfekcję / dekontaminację pomieszczeń?, kto będzie na kolejnym dyżurze?, jak i czy dokonać alokacji pacjentów?, gdzie są wolne miejsca dla osób zakażonych?, jak zorganizować transport, aby był bezpieczny dla pracowników?, - to tylko część pytań dnia codziennego w konfrontacji z wirusem SARS-CoV-2. Przejście jednego zdarzenia uczyło nas wszystkich jak postępować w kolejnym.

Pamiętam jak jeden oddział pomagał drugiemu, jak inne, nawet niemedyczne komórki naszego szpitala pytały, w czym i jak mogą nam pomóc. Wiem, że potrafimy być jednością w działaniu pod presją czasu i stresu.

Ważnym elementem było uruchomienie nazwanego przez nas oddziału buforowego przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

Wiedzieliśmy, że musimy zrobić wszystko, aby nie wprowadzić osoby zakażonej, chorej na covid-19 w oddziały szpitalne. Decyzja okazała się strzałem w przysłowiową dziesiątkę.

- Kiedy pojawił się pierwszy pacjent z dodatnim wynikiem COVID-19?

- Jeżeli dobrze pamiętam to 09.04.2020 r. mieliśmy pierwszego pacjenta w oddziale buforowym.

- Struktura na oddziałach Szpitala pozostała bez zmian?

- Posiadaną infrastrukturę w każdym oddziale podzieliliśmy według schematu możliwości zastosowania izolacji i równoległego bezpiecznego udzielania świadczeń. Wyzaczyliśmy tzw. potencjalne sale Covid, wyznaczaliśmy tymczasowe służby.

Wiedzieliśmy, że pomimo wyznaczenia szpitali jednoimiennych, II i III poziomu covid, będziemy musieli udzielić świadczenia pacjentowi, którego stan zdrowia nie pozwala na transport. Bezwzględnie takie założenie przyjęliśmy dla pilnych operacji lub leczenia np. w chirurgii naczyniowej, neurochirurgii, w udarach, urologii, rozwiązania ciąży w toku. Przygotowaliśmy salę nazywaną salą covidową



Zespół Tymczasowego Punktu Szczepień, od lewej: lek. Michał Koszyk, Katarzyna Kazibut, Anna Szulc, Mirosława Lisiecka

na Bloku Operacyjnym oraz miejsce w Oddziale Intensywnej Terapii.

Rozsadek i praca nas wszystkich pozwoliła na utrzymanie płynności udzielania świadczeń przez cały okres trwającej pandemii, staraliśmy się udzielać świadczeń i być dostępnym dla chorych, którzy potrzebowali naszej pomocy i nie byli w statucie chorych na Covid-19.

- Walka z pandemią to również czas szczepień przeciw covid-19. Jak ten czas wyglądał w naszym Szpitalu?

- W grudniu 2020 r. szczepionki dotarły do Polski. Pierwsze osoby były szczepione jeszcze z końcem tego samego miesiąca. W szczepieniach medycy pokładali wielkie nadzieje, i słusznie.

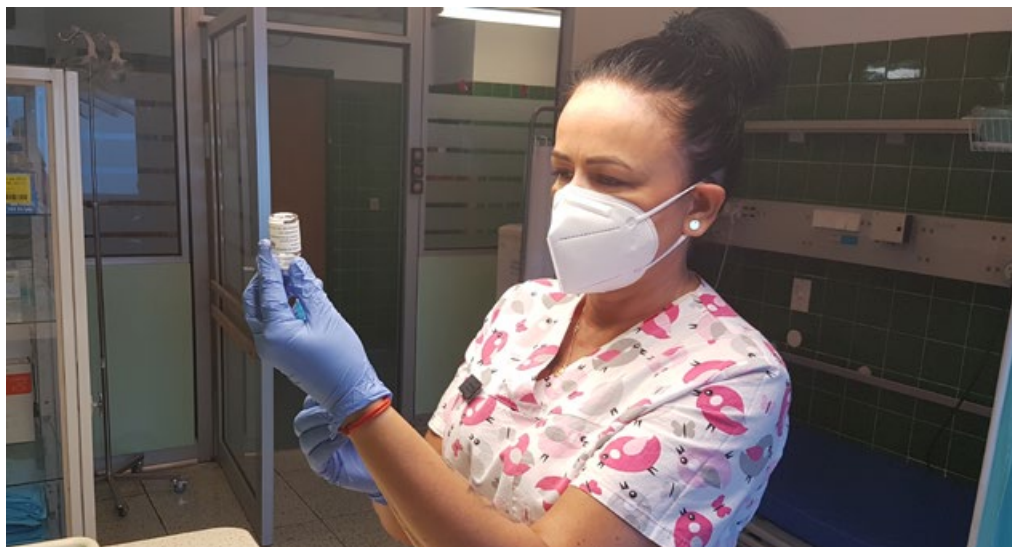
Dziennie było około 50-100 kwarantann i 50-100 izolacji. Po szczepieniach, patrząc od grudnia liczby znacząco spadły, obecnie są to pojedyncze przypadki. Jest powiew oczekiwanej normalności.

- Punkt szczepień w WSZ kończy szczepienia, na jakim etapie jesteście?

- Tak, przewidujemy, że będzie działał do końca czerwca 2021 r. Do tego czasu zostaną zaszczepione ostatnie osoby, które wyraziły taką chęć, tj. osoby zakwalifikowane do grupy „0”, nauczyciele i pacjenci onkologiczni.

- Jak wygląda luzowanie obostrzeń w WSZ w Elblągu?

- Odblokowujemy odwiedziny pa-



cjentów naszego szpitala przy zachowaniu rygoru sanitarnego. Nadal obowiązywać będzie dystans społeczny, noszenie maseczek, dezynfekcja oraz ograniczenia ilościowe osób. Chcemy być ostrożni w tych działaniach, zachować bezpieczeństwo pacjentów i personelu.

To, co jest bardzo istotne z perspektywy czasu epidemii i pandemii to to, że cały czas pracowaliśmy na rzecz wszystkich pacjentów, nie tylko z wynikiem dodatnim COVID-19. Wydawało nam się, że nie będziemy mieli tylu pacjentów co wcześniej. Owszem, część osób pod wpływem strachu przez zakażeniem rezygnowała ze świadczeń planowych. W ogólnej ocenie, w okresie tym, cały czas przyjmowaliśmy pacjentów w trybie pilnym, tych którzy wyma-

Katarzyna Kazibut,
pielęgniarka wykonująca szczepienia

gali bieżącej interwencji oraz tych, którzy się zdecydowali na leczenie planowe. Na podstawie tego czego doświadczaliśmy nie widzę, żeby WSZ w którymś momencie zamknął drzwi dla pacjenta. Patrząc na dane statystyczne operowaliśmy i przyjmowaliśmy pacjentów w ilości porównywalnej do czasu sprzed pandemii.

Niewątpliwie czas pandemii umocnił nas w przekonaniu, że jesteśmy grupą ludzi, która potrafi, chce i umie pracować razem.

Dziękuję za rozmowę.

Kaja Latkowska

DZIĘKUJEMY za wspólną walkę z COVID-19!

Czas pandemii to czas próby. Niemal z dnia na dzień musieliśmy podjąć olbrzymi trud przygotowania naszych placówek ochrony zdrowia na walkę z koronawirusem. To była trudna i nierówna walka, której stawką było życie naszych Pacjentów. Olbrzymim wsparciem w zapobieganiu rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 okazała się pomoc 4 Warmińsko-Mazurskiej Brygady Obrony Terytorialnej oraz 43. Batalionu Lekkiej Piechoty z Braniewa.

Serdecznie dziękujemy za zaangażowanie we wspólną walkę z COVID-19!



CERTYFIKAT AKREDYTACYJNY

- szpital akredytowany



W dniach 26-28 maja 2021 r. w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu odbyła się już po raz ósmy wizyta akredytacyjna, w wyniku której Szpital uzyskał pozytywną ocenę. Uzyskany wynik podczas oceny plasuje Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu wysoko na liście Szpitali Akredytowanych.



Marzena Glińska
Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości

Szpital przystępuje **dobrowolnie do przeglądu** przeprowadzanego przez wizytatorów Ośrodka Akredytacyjnego - Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, **podległego Ministrowi Zdrowia**. To dokonanie samooceny, porównanie się z wzorcami dobrego postępowania jakimi są przyjęte standardy akredytacyjne. Określenie w ten sposób własnych słabych stron, poszukiwanie sposobów poprawy funkcjonujących wewnątrz jednostki procesów.

Szpital rozpoczął swoją „przygodę” z CMJ w 2000 roku, kiedy po raz pierwszy po wdrożeniu standardów otrzymaliśmy Certyfikat Akredytacyjny i co trzy lata poddaje się on

ocenie udowadniając, że chcemy ciągle podnosić swoje standardy oraz, że pracujemy nad udoskonalaniem swoich usług.

Nie ulega wątpliwości, że uzyskanie Certyfikatu Akredytacyjnego przez Szpital podnosi jego rangę, jest sygnałem dla pacjenta, że placówka stara się świadczyć usługę zdrowotną na najwyższym poziomie, dla Dyrektora Szpitala zaś informacją, że obrany kierunek to właściwa droga.

Akredytacja niesie ze sobą szereg korzyści, które przede wszystkim poprawiają jakość i bezpieczeństwo pacjentów i ich rodzin, usprawnia pracę szpitala. Wspiera edukację personelu medycznego, wprowadza wewnątrzszpitalne projekty poprawiające jakość świadczonych usług, ale przede wszystkim zewnętrzna ocena obnaża miejsca, które należy poprawić.

Jednym ze wskazanych miejsc do poprawy, sugerowanym kierunkiem działania, jest między innymi zapewnienie ciągłości opieki oraz należytej kontroli nad pacjentem, a także posiadanie poradni laryngologicznej, na którą Szpital nie otrzymał kontraktu.

System ochrony zdrowotnej w Polsce zmagają się z negatywną opinią pacjenta, jak i wieloma problemami tj. brak miejsc w szpitalach, czy brak kadry medycznej. Wszystkie te problemy powodują, że coraz trudniej utrzymać wysokie standardy jakości opieki zdrowotnej. Dodatkowo sytuacja, w której się znaleźliśmy w 2020 r. - mianowicie Covid-19 dała ogromną lekcję dla placówek medycznych, którą myślę, że bardzo dobrze odrobiliśmy, na co wskazuje wysoka ocena odbytej wizyty akredytacyjnej oraz miejsce wśród szpitali akredytowanych w Polsce.

Przystąpienie do przeglądu i uzyskanie Certyfikatu Akredytacyjnego w zakresie leczenia szpitalnego po raz ósmy to niewątpliwie sukces, jednak nie zapominamy o tym co jeszcze mamy do zrobienia.

Marzena Glińska
Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości





WORLD'S BEST HOSPITALS

2021

Newsweek

POWERED BY
statista 

W rankingu **World's Best Hospitals 2021** organizowanym przez amerykański magazyn Newsweek i firmę Statista Inc, **Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu** uplasował się na 22. miejscu najlepszych szpitali w Polsce oraz zajął najwyższe miejsce w województwie warmińsko-mazurskim w 2021 r.

Lista wszystkich wyróżnionych polskich szpitali:

<https://www.newsweek.com/best-hospitals-2021/poland>.

World's Best Hospitals to już trzecia edycja światowego rankingu najlepszych szpitali, która wyłania i wyróżnia najlepsze szpitale na całym Świecie.

Newsweek i Statista Inc przy opracowywaniu rankingu wykorzystali dane z 3 źródeł:

1. Rekomendacje z branży medycznej: międzynarodowa ankieta internetowa, w której wzięło udział ponad 70 000 lekarzy, kierowników szpitali i pracowników służby zdrowia.

2. Doświadczenia pacjentów: ankiety mierzące satysfakcję pacjentów.

3. Medyczne wskaźniki efektywności: bezpieczeństwo pacjenta, środki higieny i jakość leczenia.

W rankingu World's Best Hospitals 2021 znalazły się najlepsze instytucje medyczne z 25 krajów, został on opublikowany na stronie internetowej amerykańskiego wydania magazynu Newsweek: <https://www.newsweek.com/best-hospitals-2021>.



*„Śmierć nie jest kresem naszego istnienia,
żyjemy w naszych dzieciach
i następnych pokoleniach.
Albowiem to dalej my a nasze ciała
to tylko zwiędłe liście na drzewie życia”*

A. Einstein

ODESZLI OD NAS....

Stanisław Pietruszewski 09.02.2020

wieloletni pracownik Działu Technicznego

Bogusław Rączka 18.03.2020

ratownik medyczny, sanitariusz

Waldemar Zimnoch 24.07.2020

wieloletni dyrektor ds. ekonomiczno-eksploatacyjnych

Maria Teodorowska 22.08.2020

starszy technik medyczny w Laboratorium Bakteriologicznym

Joanna Jackowska- Marszał 18.09.2020

starsza pielęgniarka Oddziału Chirurgii Onkologicznej

Renata Łaskiewicz 8.01.2021

lekarz specjalista w zakresie radiodiagnostyki, była kierownik Zakładu Radiologii, wieloletni pracownik szpitala

Grzegorz Chrzanowski 8.01.2021

lekarz specjalista w zakresie chorób wewnętrznych, endokrynologii i diabetologii, wieloletni pracownik szpitala

Jerzy Gutkowski 11.01.2021

wieloletni pracownik Działu Technicznego

Krystyna Chaniewicz 07.05.2021

pielęgniarka, wieloletni pracownik szpitala

Władysław Dudek 09.05.2021

były kierownik Zakładu Patomorfologii

Maria Stanisław 16.05.2021

rejestratorka medyczna, wieloletni pracownik szpitala





W imieniu swoim, wszystkich pracowników, a także pacjentów i ich rodzin pragnę złożyć serdeczne podziękowania wszystkim DARCZYŃCOM, którzy zaangażowali swoje siły i środki, aby nieść pomoc naszemu Szpitalowi w tym trudnym czasie pandemii. Musieliśmy zmierzyć się z ogromnym wyzwaniem, jakim była walka z COVID-19, ale nie zostaliśmy z tym sami! Dziękuję KAŻDEMU, kto okazał nam wsparcie i pomoc. Nie sposób wymienić wszystkich firm, czy osób indywidualnych, które zasługują na nasze wyrazy wdzięczności. W niezwykle sposób, w tym trudnym czasie pandemii wsparli nas mieszkańcy Elbląga i okolic, osoby prywatne, ale i przedsiębiorcy, stowarzyszenia, instytucje państwowe i prywatne. Dziękuję za wszystkie otrzymane dary: za maseczki jednorazowe, przyłbice, materiały do szycia fartuchów, środki dezynfekcyjne, sprzęt medyczny, posiłki, artykuły spożywcze oraz za słowa otuchy trafiające do nas zewsząd. To piękny gest każdego DARCZYŃCY, płynący z serca i odruchu człowieczeństwa. Wszystkie dary były dla nas sygnałem, że nie jesteśmy sami w walce z COVID-19, ale również dały nam poczucie wielkiej solidarności społecznej.

Za tą bezinteresowną pomoc, empatię i życzliwość jeszcze raz **DZIĘKUJEMY!**

Elżbieta Gelert
Dyrektor Naczelna
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
w Elblągu

