

# KRÓLEWIECKA 146

CZASOPISMO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO W ELBLĄGU



Najważniejsze inwestycje w 2025 roku, str. 8



Pierwsza poradnia prehabilitacyjna w województwie, str. 12



Ambulatorium chirurgiczne SOR - miejsce, gdzie czas ma inny wymiar, str. 24



# Spis treści



Drodzy Czytelnicy, str. 3

Pożegnania czas, str. 4

Wyróżnienia dla pielęgniarek i położnych, str. 7



Najważniejsze inwestycje w 2025 roku, str. 8

Sukces naukowy ordynatora, str. 10



Służę pacjentom, ułatwia pracę lekarzom, str. 10

Pierwsza poradnia prehabilitacyjna w województwie, str. 12



Witrektomia, czyli ostatnia szansa dla oczu, str. 14

Od robotyzacji w medycynie nie ma odwrotu, str. 16



Laureraci plebiscytu HIPOKRATES 2024, str. 17

Profilaktyka przede wszystkim, str. 18



Rekonstrukcje piersi po mastektomii, str. 20

Ćwiczenia po mastektomii i BCT, str. 22

Ambulatorium chirurgiczne SOR - miejsce, gdzie czas ma inny wymiar, str. 24



Kulisy transportu medycznego, str. 32

Od ćwierć wieku ratują serca, str. 34



Dlaczego warto rodzić w Elblągu? str. 35

Kangurowanie, str. 37



Operacja "przez dziurkę od klucza", str. 38

Między szpitalem a pacjentem, str. 40



Certyfikaty potwierdzające wysoką jakość, str. 41

Ankieta satysfakcji pacjenta, str. 42



W roku 2024 pożegnaliśmy, str. 43

**Wydawca:**  
Wojewódzki Szpital Zespolony  
ul. Królewiecka 146  
82-300 Elbląg

**Zespół redakcyjny:**  
Hanna Laska-Kleinszmidt  
Aleksandra Szymańska  
Tomasz Czaplą

**Adres redakcji:**  
Wojewódzki Szpital Zespolony  
sekcja marketingu  
ul. Królewiecka 146  
82-300 Elbląg  
biuroprasowe@szpital.elblag.pl

**Projekt i druk:**  
Reproscan sp. z o.o.  
ul. Stoczniowa 2  
82-300 Elbląg

**Nakład:** 3 000 bezpłatnych egzemplarzy

# Drodzy Czytelnicy,

w numerze, który trzymacie Państwo w dłoniach przekazujemy wiele informacji o tym, co aktualnie dzieje się w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu. Piszemy o działaniach i inwestycjach realizowanych w celu poprawy warunków leczenia pacjentów, zapewnienia jakości, spełniania wymogów i oczekiwań.

Zarządzając szpitalem kieruję jednak pytanie do Czytelnika: "Dokąd zmierzamy w naszej ochronie zdrowia?"

Statystyki dotyczące ilości pacjentów, którzy zgłaszają się do poradni i lekarzy rodzinnych, ukazują nasze społeczeństwo jako bardzo schorowane. Przypadki z jakimi spotykają się lekarze podczas dyżurów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, niestety często są dowodem na brak zrozumienia do jakich celów i dla jakich potrzeb funkcjonują te miejsca. Rozumiem rozczarowanie chorych czekających tam w zbyt długich kolejkach i jednocześnie trudno mi zaakceptować liczne konsultacje osób, które na SOR systematycznie leczą swoje dolegliwości. Przypadek z ostatnich dni, kiedy na oddział ratunkowy, co tydzień zgłasza się osoba z tą samą dolegliwością narzekając, że proces powrotu do zdrowia jest zbyt powolny, w poszukiwaniu skuteczniejszych leków. Ta sama osoba, pomiędzy tymi wizytami wysyła skargę na zbyt długie kolejki.

Inne przypadki także nasuwają pytanie czy my, jako społeczeństwo potrzebujemy większej edukacji zdrowotnej i w zakresie prostych działań medycznych, a może nieumiejętnie korzystamy z nocnej i świątecznej opieki oraz z oddziału ratunkowego. W tym miejscu polecam reportaż lekarza Jarosława Gołaszewskiego "Historia jednego dyżuru", który znajdziecie Państwo na kolejnych stronach.

Gdzie zatem jest błąd? Organizacja czy świadomość ludzi?

W mojej ocenie, w całym systemie ochrony zdrowia jest wiele do zrobienia. Równie dużo w przestrzeni społecznej. Powinniśmy edukować się od najmłodszych lat. Aktualnie także i dorosłych, którzy początkowo lekceważą zdrowie, a potem doświadczają rozczarowania, frustracji. To nie jest tylko kwestia dokładania pieniędzy dla usprawniania systemu, których tak na marginesie nie ma skąd dokładać, ponieważ jak wiemy w Polsce jest coraz więcej emerytów, coraz mniej osób pracujących i jak pokazują wspomniane statystyki, coraz więcej chorujących.

Zatem na jakiej płaszczyźnie funkcjonować ma system ochrony zdrowia?

W procesie zmian jest każdy z nas. Na dzisiaj, jako społeczeństwo chyba zbyt mało dbamy o zachowanie najprostszych zasad i umiejętności nauczania się dbania o swoje własne zdrowie. Oczywiście część chorób jest niezależna od człowieka, ale nasze nawyki i styl życia w znacznej mierze wpływają na nasze zdrowie. Zadbajmy o naszą aktywność, aktywność dzieci, dobre wzorce dla nich. Jest wiele akcji i działań propagujących zdrowy styl życia i troskę o zdrowie. Angażujemy się w nie, ale postarajmy się, aby nie były to dla nas tylko zrywy lecz nawyki i styl życia.

W szpitalu pozyskaliśmy bardzo dużo środków, które zapewnią lepsze warunki leczenia pacjentów. Zachęcam do zapoznania się na kolejnych stronach z materiałem dotyczącym realizowanych obecnie inwestycji. Jednak nie wiadomo, jakie warunki leczenia byśmy stworzyli, jak daleko posunęłaby się technologia i jak mądrych mielibyśmy lekarzy, to jeżeli sami nie zadbamy o nasze zdrowie, będziemy tylko społeczeństwem narzekającym i wciąż się leczącym.

Wydaje mi się, że nasza przyszłość to przede wszystkim profilaktyka i edukacja zdrowotna.

*Życzę Państwu miłej lektury i zdrowego stylu życia.*



*Elżbieta Gelert  
Dyrektor Naczelna  
Wojewódzkiego Szpitala  
Zespolonego w Elblągu*

# Pożegnania czas

Po 36 latach nieustannej opieki i leczenia, Oddział Pediatriczny z Pododdziałem Neurologiczno-Rehabilitacyjnym oraz Oddział Niemowlęcy zakończyły swoją działalność. Świadczenia medyczne w obszarze pediatrii zostały przekazane do realizacji w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu.

## Zakończenie opieki pediatrycznej

Uroczysta odprawa Oddziału Pediatricznego z Pododdziałem Neurologiczno-Rehabilitacyjnym oraz Oddziału Niemowlęcego odbyła się 24 czerwca 2024 r. z udziałem zaproszonych gości, m.in.: Mateusza Szauera - I wicewojewody Warmińsko-Mazurskiego, Roberta Turleja - członka Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego, Katarzyny Wiśniewskiej - wiceprezydentki Miasta Elbląga, Małgorzaty Adamowicz - wiceprzewodniczącej Rady Miejskiej oraz Mirosława Gorbaczewskiego - dyrektora Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu. Odprawa była okazją do podsumowania i przekazania podziękowań dla 50-osobowego zespołu. Kilka dni po spotkaniu, oddziały zakończyły swoją działalność.

## Początki oddziałów

Leczenie szpitalne dzieci od 1 miesiąca do 18 roku życia prowadzone było w szpitalu, z dokładnością co do dnia, przez 36 lat. 1 lipca 1988 r. uruchomione zostały dwa oddziały:

- Oddział Dziecięcy "A", w którym leczono dzieci w wieku od 1 miesiąca do 3 roku życia,
- Oddział Dziecięcy "B", gdzie leczone były dzieci od 3 do 18 roku życia.

Pierwszym ordynatorem oddziału "A" była lekarz Alina Witomska-Namysł. W roku 1996 jej obowiązki przekazano lekarz Grażynie Pasiecznej. Pierwszą pielęgniarką oddziałową była Krystyna Mielczarek. Natomiast w oddziale "B" ordynatorem została lekarz Maria Chrzanowska, a obowiązki pielęgniarki oddziałowej powierzono Barbarze Michniewicz. Na oddziałach edukację pediatryczną pobierało wielu lekarzy rodzinnych, słuchaczy elbląskich szkół oraz uczelni. W czasie pierwszych 12 lat funkcjonowania oddziałów, 13 lekarzy uzyskało specjalizację w dziedzinie pediatrii, a 5 pielęgniarek uzyskało specjalizacje kierunkowe. Średnio, każdego roku, na obydwu oddziałach leczono ok. 2000 małych pacjentów.



Elżbieta Gelert dyrektor naczelna szpitala oraz lekarz Alicja Rudzińska-Olszak ordynator Oddziału Niemowlęcego i Oddziału Pediatricznego z Pododdziałem Neurologiczno-Rehabilitacyjnym

## Ordynatorki na oddziałach pediatrycznych w latach 1988-2024

1 lipca 1988 r.

Oddział Dziecięcy „A”



Alina Witomska - Namysł  
w latach 1988 - 1996

Oddział Dziecięcy „B”



Maria Chrzanowska  
w latach 1988 - 2000



Grażyna Pasieczna  
w latach 1996 - 2000

2000 r.

Oddział Pediatriczny z Pododdziałem Neurologiczno-Rehabilitacyjnym  
Oddział Niemowlęcy



Alicja Rudzińska - Olszak  
w latach 2000 - 2024

30 czerwca 2024 r.

Personel medyczny, poza opieką i leczeniem najmłodszych pacjentów angażował się w działania poprawiające komfort pobytu dzieci. W 1994 roku przystąpiliśmy do akcji "Szpital z sercem", w ramach której rodzice mogli całodobowo przebywać z chorym dzieckiem. Trzy lata później - w roku 1997, lekarze pediatricy założyli Stowarzyszenie Przyjaciół Oddziału Dziecięcego "Uśmiech dziecka", które pozyskiwało wiele funduszy na zakup sprzętu medycznego. Także od pierwszych edycji personel medyczny czynnie uczestniczył w kwestowaniu na rzecz Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, która wspierała i doposażała oba oddziały.

W ostatnim roku ilość hospitalizacji wynosiła: 1758 dzieci na Oddziale Pediatrycznym z Pododdziałem Neurologiczno - Rehabilitacyjnym oraz 732 dzieci na Oddziale Niemowlęcym.



Pracownicy angażowali się w kolejne finały WOŚP, organizowali animacje i atrakcje dla dzieci, aby mimo choroby wywołać uśmiech na ich twarzach.

## Czas zmian

W roku 2000 nastąpiło wiele zmian organizacyjnych i osobowych. Oddziały "A" i "B" zostały przekształcone odpowiednio w: Oddział Niemowlęcy i w Oddział Pediatryczny z Pododdziałem Neurologiczno-Rehabilitacyjnym. Ordynatorem obydwu oddziałów została lekarz Alicja Rudzińska-Olszak, która kierowała pracami na tych oddziałach przez 24 lata, do momentu zakończenia ich działalności. Od tego czasu oba oddziały miały także jedną pielęgniarkę oddziałową, którą została Barbara Michniewicz, wcześniej związana z oddziałem "B", która także w nowopowstałych oddziałach nieprzerwanie pracowała na tym stanowisku przez kolejne 24 lata. Obok wspomnianych zmian, zespół medyczny nadal kontynuował rozwój i edukację. Od początku nowego tysiąclecia 15 lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę, uzyskało specjalizację w dziedzinie pediatrii i dokładnie taka sama ilość pielęgniarek uzyskała specjalizacje kierunkowe.



Personel medyczny oddziałów.  
Zdjęcie wykonane 7 listopada 2002 r.



Personel medyczny oddziałów.  
Zdjęcie wykonane 5 września 2008 r.



Personel medyczny oddziałów.  
Zdjęcie wykonane 10 września 2008 r.

Nadal, poza troską o zdrowie najmłodszych pacjentów, personel medyczny dbał o dobrostan psychiczny dzieci. W 2001 roku oddziały uzyskały tytuł "Motylkowego Szpitala". W ślad za tym, uczennice z Liceum Plastycznego w Gdyni namalowały na ścianach dziecięcych oddziałów sceny przedstawiające baśniowych i bajkowych bohaterów.



## Koniec pediatrii

30 czerwca 2024 r. oba oddziały zakończyły swoją działalność. Przez sześć miesięcy 2024 r. na Oddziale Niemowlęcyml leczone 360 dzieci, a na Oddziale Pediatrycznym z Pododdziałem Neurologiczno - Rehabilitacyjnym 818 małych pacjentów. W ostatnim okresie zatrudnionych było w nich 18 lekarek i lekarzy oraz 32 pielęgniarki. Większość personelu kontynuuje swoją pracę w Szpitalu Miejskim św. Jana Pawła II w Elblągu, gdzie od 1 lipca 2024 r. leczone są dzieci i niemowlęta.



**W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu nadal funkcjonuje Oddział Noworodka, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka**



Ostatnie wspólne zdjęcie personelu medycznego wykonane 19 czerwca 2024 r.



Jedno z ostatnich wspólnych zdjęć personelu medycznego wykonane 19 czerwca 2024 r.

## Wyróżnienia dla pielęgniarek i położnych

Podczas uroczystości z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek, która odbywała się w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Elblągu, wręczone zostały wyróżnienia. W gronie osób docenionych w 2024 r. nie zabrakło przedstawicielek personelu medycznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu.



Wyróżnienia nadane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Elblągu otrzymały:

- Zofia Kasprowicz
- Anna Kowzan-Stasielowicz
- Teresa Linda
- Barbara Michniewicz
- Beata Skoczeń
- Wioletta Sulich-Świdnicka
- Ewa Świdnicka



Wyróżnienia nadane przez Wojewódzki Szpital Zespołowy w Elblągu otrzymały:

- Ewa Cyłkowska
- Ewa Dąbrowska
- Danuta Kimsa
- Teresa Linda
- Barbara Michniewicz
- Joanna Raszeja
- Małgorzata Rzepczyńska



# Najważniejsze inwestycje w 2025 roku

Inwestycje i remonty realizowane są w szpitalu w sposób ciągły, obecny jednak czas to okres wzmożonych inwestycji, które rozpoczęły się w roku 2024 i są kontynuowane w roku 2025. Niektóre z nich zakończone będą w roku 2026.

## Wiodące realizacje inwestycyjne w roku 2024

Dostosowanie obiektów do wymogów przeciwpożarowych - Wykonanie instalacji systemu sygnalizacji pożaru SSP w budynku łóżkowym 1A Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu - etap II.

**Wartość inwestycji: 1 109 522 zł**

Modernizacja infrastruktury energetycznej - dostawa, montaż, uruchomienie i serwis w okresie gwarancji instalacji fotowoltaicznej posadowionej na gruncie Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu.

**Wartość inwestycji: 2 681 400 zł**

Dostosowanie infrastruktury WSZ w Elblągu celem zabezpieczenia kompleksowej opieki onkologicznej z uwzględnieniem ograniczenia transmisji zakażeń

**Termin zakończenia:** grudzień 2025

Zadanie dotyczące modernizacji II piętra budynku wielofunkcyjnego na potrzeby oddziału onkologii oraz przebudowy III piętra budynku wielofunkcyjnego na potrzeby dziennej chemioterapii w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu, pod kątem ograniczenia transmisji zakażeń.

Rządowy Fundusz Polski Ład: 21 182 000 zł  
Urząd Marszałkowski Województwa  
Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie:  
4 402 547,82 zł  
Środki własne szpitala:  
179 407 zł





# Rok 2025 to kontynuacja podjętych działań oraz realizacja kolejnych inwestycji

## Modernizacja i rozwój opieki onkologicznej w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu

Okres realizacji: marzec 2025 - czerwiec 2026

### Główne działania:

- dobudowa skrzydła do budynku D na potrzeby realizacji świadczeń onkologicznych;
- zakup sprzętu na potrzeby pacjentów onkologicznych m.in.
  1. zakup robota chirurgicznego, który jest innowacyjną alternatywą dla tradycyjnych metod leczenia chirurgicznego;
  2. doposażenie Pracowni Leku Cytostatycznego w zautomatyzowany system do przygotowania cytostatyków, zapewniając pacjentom onkologicznym dostęp do wysokiej jakości opieki;
  3. doposażenie w specjalistyczny sprzęt medyczny dla oddziałów, poradni, zakładów, bloku operacyjnego, celem zapewnienia mieszkańcom regionu opieki medycznej w zakresie świadczeń onkologicznych.

## Zakup sprzętu na potrzeby Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej i Opieki Jednego Dnia w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu

Okres realizacji: marzec 2025 – grudzień 2026

### Główne działania:

- zakup urządzeń medycznych i aparatury dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu wspierających leczenie pacjentów w zakresie m.in. chorób układu krążenia, chorób układu trawiennego, opieki nad matką i dzieckiem oraz opieki rehabilitacyjnej.  
Zakupy obejmują specjalistyczne urządzenia dla: Poradni Neonatologicznej, Pracowni Endoskopii Gastroenterologicznej, Poradni Konsultacyjnej Położniczo-Ginekologicznej Oddziału Kardiologicznego z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej, Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Zakładu Rehabilitacji.

### Budżet zadania

Wartość całkowita: 90 647 896,77 zł

Dofinansowanie: 79 999 353,23 zł

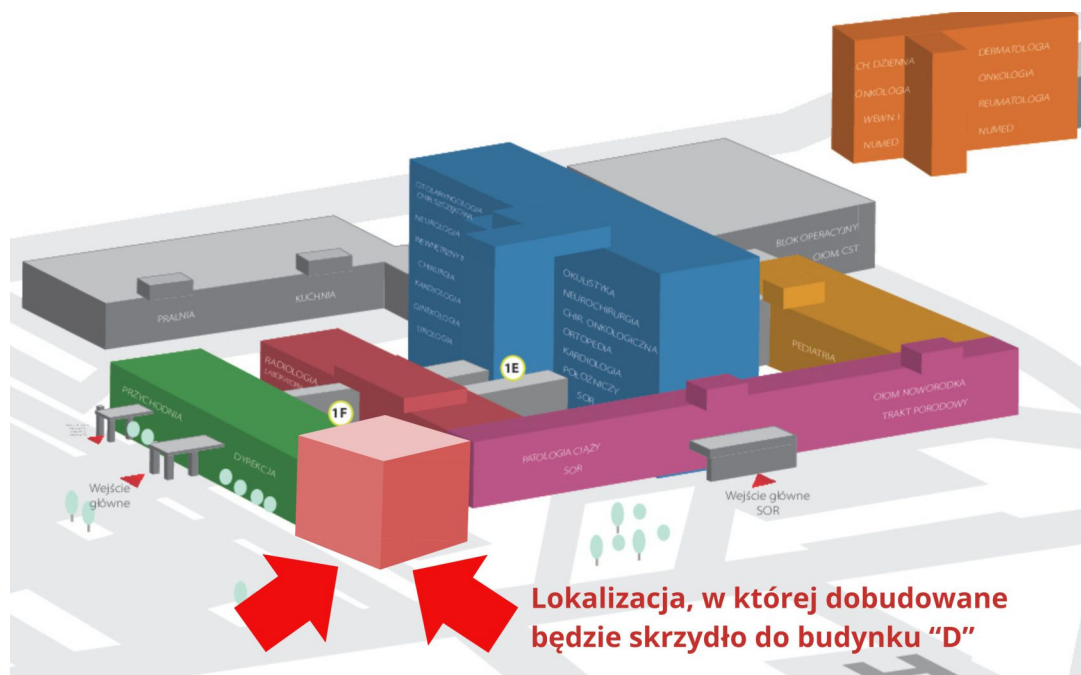
Projekt realizowany w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, Komponent D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”, Inwestycje D1.1.1. „Rozwój i modernizacja infrastruktury centrów opieki wysokospecjalistycznej i innych podmiotów leczniczych”.

Wartość całkowita projektu: 4 502 061 zł

Dofinansowanie: 3 634 014 zł

Wkład własny: Urząd Marszałkowski Województwa Warmińsko-Mazurskiego 864 047 zł

Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 na dofinansowanie projektów ze środków Programu Regionalnego, Priorytet 10 Zdrowie, Działanie 10.01 Infrastruktura Zdrowia Typ 3 Infrastruktura szpitali - opieka jednego dnia.



# Sukces naukowy ordynatora

8 października 2024 r. w Warszawie, ordynator Oddziału Otolaryngologicznego z Pododdziałem Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej prof. dr hab. n. med. Krzysztof Oleś z rąk Andrzeja Dudy Prezydenta RP otrzymał nominację profesorską.



## Służy pacjentom, ułatwia pracę lekarzom

### Zakupy sprzętu medycznego

Zakup sprzętu medycznego jest procesem ciągłym. W związku z tym, każdego roku nasz szpital inwestuje w nowoczesne urządzenia, które umożliwiają szybszą i lepszą diagnostykę, usprawniają proces leczenia, wpływają na komfort i bezpieczeństwo pacjentów. W 2024 roku pozyskany został sprzęt o wartości 4,8 mln zł. Mowa m.in. o ambulansach, densytmetrze, neuromonitoringu i neuronawigacji.

### Densytmetr z Budżetu Obywatelskiego

Od niedawna nasi pacjenci mogą korzystać z nowego densytmtru – to urządzenie, które umożliwia badanie rentgenowskie, przeznaczone do oceny gęstości mineralnej kości, pomiaru i analizy kompresji kręgów, skanu kręgosłupa w pozycji bocznej, pomiaru gęstości kości w przedramieniu i w biodrach.

Jest to jedno z podstawowych badań przeprowadzanych w diagnostyce osteoporozy i właśnie dzięki niemu lekarz może ocenić ryzyko złamań kości, a w niektórych przypadkach rozstrzygnąć, czy należy rozpocząć leczenie osteoporozy. Co najważniejsze, to badanie nieinwazyjne i bezbolesne. Densytmetr trafił do szpitala dzięki zaangażowaniu 499 elblązan, którzy oddali swój głos na zakup tego sprzętu w „Budżecie Obywatelskim”. Wartość aparatu to ponad 400 tys. zł, oparty jest na cyfrowej technologii, a jego wielką zaletą jest wielofunkcyjność.

### Nowe karetki

W ostatnich miesiącach wzbogaciliśmy się również o cztery karetki, wyposażone w to, co najważniejsze dla pacjentów: wysokiej klasy sprzęt ratujący

ludzkie życie. Chodzi m.in. o pompy infuzyjne, głowice usg, mechaniczną kompresję klatki piersiowej, stetoskopy elektroniczne, wiertarkowe dojścia doszpikowe czy wideolaryngoskopy.



## Wideolaryngoskopy i defibrylatory

Dzięki temu, że Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu znalazł się w gronie placówek z największą aktywnością donacyjną w latach 2022–2023, mogliśmy doposażyć Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Zakupiliśmy 10 wideolaryngoskopów i 2 defibrylatory – sprzęt o wartości 213 tys. zł. Ponadto, z nowego sprzętu mogą korzystać szpitalni koordynatorzy donacyjni. Do ich dyspozycji pozostaje m.in. urządzenie wielofunkcyjne, a także komputery z dużym ekranem, wyposażone w kamerę, głośniki oraz w szybkie łącze internetowe.

## Neuromonitoring, neuronawigacja

Na potrzeby zabiegów realizowanych w Oddziale Otolaryngologicznym z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo-Twarzowej zakupiony został neuromonitoring i neuronawigacja śródoperacyjna. – Neuromonitoring to urządzenie, które pozwala nam w szybszy, bezpieczniejszy sposób operować pacjentów w zakresie głowy i szyi.

Mam na myśli przede wszystkim pacjentów z guzami ślinianek: przyusznej i podżuchwowej, ale również guzami szyi w zakresie nerwu krtaniowego wstecznego, chorych z guzami tarczycy, a także pacjentów z patologiami chorobowymi w rejonie podstawy czaszki. Chciałbym podkreślić, że neuromonitoring to rozwiązanie umożliwiające skuteczniejszą i szybszą identyfikację struktur krytycznych, a dzięki temu zaoszczędzenie ich – informuje Ordynator Oddziału, prof. dr hab. n. med. Krzysztof Oleś. - Do tego należy dodać neuronawigację elektromagnetyczną, która wpływa na bezpieczeństwo operacji, zarówno dzieci jak i dorosłych. Dotyczy to zabiegów pacjentów z chorobami nosa, zatok przynosowych, oczodołu, podstawy czaszki, w tym operacji uszu, przywójaków i kłębczaków a nawet chorych z guzami wewnątrzczaszkowymi, np. przysadki mózgowej. W tych przypadkach mamy do czynienia ze skomplikowanymi operacjami, które wymagają wyjątkowej precyzji, a neuronawigacja zmniejsza ryzyko powikłań śród- i okołooperacyjnych.



## Rok 2024 w liczbach

- ✓ 33 osoby uzyskały świadczenia emerytalne i przeszły na emeryturę
- ✓ 1 osoba uzyskała świadczenia rentowe.

# Pierwsza poradnia prehabilitacyjna w województwie

Pod pojęciem „prehabilitacji” rozumiemy kompleksowe przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego lub długotrwałego leczenia, w tym onkologicznego. Stanowi ona wstęp do walki z danym schorzeniem i ma za zadanie sprawić, abyśmy byli w stanie podołać trudom zabiegu chirurgicznego i leczenia oraz uniknęli poważnych powikłań. Pierwsza poradnia prehabilitacyjna w województwie warmińsko-mazurskim otwarta została w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu.

– Dla pacjentów ortopedycznych jest to nie tylko pierwsza w województwie, ale jedyna tego typu poradnia w Polsce Północnej. Dzięki temu osoby zakwalifikowane do zabiegów planowych endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego mogą przygotować się do nich na różnych poziomach. Czas między diagnostyką, a podjęciem leczenia operacyjnego jest, wbrew pozorom, bardzo ważny i pacjent, który ma tego świadomość, nie zmarnuje go – mówi lekarz Grzegorz Sosnowski, Koordynator Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, pełniący także obowiązki Dyrektora ds. Lecznictwa Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu.

## Pod kompleksową opieką specjalistów

W ramach poradni prehabilitacyjnej do dyspozycji naszych chorych jest wielodyscyplinarny zespół, złożony z lekarzy specjalistów, fizjoterapeutów, dietetyków oraz psychologów, a także pielęgniarki stomijnej (pacjenci z nowotworem jelita grubego), zgodnie z "Filarami prehabilitacji" (wsparcie



Lekarz Grzegorz Sosnowski podczas wykładu inauguracyjnego

psychologiczne, odpowiednio dobrane ćwiczenia, przygotowanie żywieniowe, eliminacja nałogów). - Oczywiście stresu u pacjenta nie uda się do końca wyeliminować, ale rozmowy z psychologiem, a także wiedza na temat zabiegu, związanych z nim ryzyk, z pewnością pozwalają go ograniczyć. – mówi Grzegorz Sosnowski. Co ważne, pacjenci mogą korzystać z usług Poradni Prehabilitacyjnej bezpłatnie, natomiast wymagane jest skierowanie od lekarza specjalisty przed planowanym leczeniem operacyjnym lub onkologicznym. Warunkiem koniecznym jest oczywiście realizacja planowanego leczenia w naszym szpitalu. Jaki procent pacjentów może skorzystać z poradni prehabilitacyjnej? Lekarz Grzegorz Sosnowski informuje, że w przypadku Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej jest to całkiem spory odsetek, ponieważ z 1500 zabiegów przeprowadzanych rocznie na oddziale, ok. 700 dotyczy endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego.



Osoby, które mają się poddać takiej operacji, są przydzielane do jednej z dwóch grup: „biodrowców” lub „kolanowców”, a następnie uczestniczą w cotygodniowych spotkaniach.

W ramach spotkania pacjenci rozmawiają z lekarzem, który tłumaczy, na czym polega zabieg, któremu zostaną poddani. Resztę czasu spędzają z rehabilitantem, który wyjaśnia, jakie ćwiczenia są przydatne przed i po interwencji lekarskiej, a także dietetykiem. Dietetyk służy pacjentom radą, jeśli chodzi o aspekty żywieniowe, mówi przy tym nie tylko o diecie, ale również prawidłowej wadze pacjenta w kontekście danego zabiegu. Istnieje również możliwość konsultacji psychologicznej, co jest niezwykle ważne z uwagi na rolę stanu psychicznego pacjenta.

W poniedziałki są przyjmowani pacjenci ortopedyczni, we wtorki pacjenci otolaryngologiczni i chirurgii szczękowo-twarzowej, w środy pacjenci chirurgii onkologicznej, w czwartki pacjentki ginekologiczne, zaś w piątki pacjenci urologiczni. Każdy dzień ma ustalony harmonogram dostępności do poszczególnych specjalistów, tak aby pacjent mógł jednego dnia, w miarę możliwości, skorzystać ze wszystkich konsultacji.

## Łatwy dostęp i dalszy rozwój

A ile wynosi czas oczekiwania na wizytę w poradni? Pacjent umawiany jest na najbliższy dzień tygodnia przeznaczony jego jednostce chorobowej. Inaczej wygląda to jedynie w przypadku pacjentów ortopedycznych z dłuższym czasem oczekiwania na leczenie. W takich przypadkach wizyty w poradni prehabilitacyjnej ustalane są indywidualnie. Warto dodać, że pacjent ortopedyczny (przed endoprotezoplastyką) przy zapisie na planowy zabieg otrzymuje informator omawiający poszczególne elementy przygotowania do operacji.

Wspomniane spotkania służą uzupełnieniu tej wiedzy, wyjaśnieniu wątpliwości, zadawaniu pytań itd.

Poradnia swoją opieką obejmuje pacjentów onkologicznych przygotowujących się do zabiegów operacyjnych w: Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi, Oddziale Otolaryngologicznym z Pododdziałem Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Oddziale Urologicznym, bądź podlegających leczeniu uzupełniającemu tj. chemioterapii lub radioterapii. Odrębną grupą są pacjenci oczekujący na zabieg endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, którzy również korzystają z usług poradni prehabilitacyjnej. Docelowo planowane są działania skierowane na wszystkich pacjentów wymagających wsparcia przed planowanym leczeniem zabiegowym w naszym szpitalu.

– W kontekście dalszego rozwoju poradni prehabilitacyjnej, nie ukrywam, że liczy się też głos pacjentów i na pewno będziemy brać go pod uwagę w przyszłości. Ludzie mają przecież różną percepcję i to, co dla jednej osoby jest zrozumiałe, dla drugiej niekoniecznie. A informacja kierowana do kogoś, kto szykuje się do zabiegu, musi być zwięzła i klarowna – taki też, w miarę możliwości, jest nasz informator. A dla mnie osobiście poradnia ma być organizmem żywym, który nie jest zamknięty w jednym schemacie, ale czerpie pełnymi garściami z możliwości, jakie oferuje współczesna medycyna – podsumowuje lekarz Sosnowski.

Pierwszych pacjentów w poradni prehabilitacyjnej przyjęto 29 kwietnia 2024. Od tego czasu do końca 2024 roku z usług poradni skorzystało 482 pacjentów. Udzielono im 1515 konsultacji specjalistycznych: lekarskich, dietetycznych, fizjoterapeutycznych, psychologicznych oraz pielęgniarskich.



Fizjoterapeutka Iwona Dębowska podczas spotkania z pacjentami przed operacją endoprotezy biodra

## Cztery filary prehalitacji



### Odpowiednio dobrane ćwiczenia

Mają na celu poprawę ogólnej wydolności organizmu. Silny organizm to podstawa. Dlatego im lepsza forma przed zabiegiem, tym łatwiej jest powrócić do stanu sprzed operacji.



### Przygotowanie żywieniowe

Operowanie w stanie niedożywienia to znaczące zwiększenie wszystkich powikłań. Istotna jest podaż białka oraz składników immunomodulujących. Prawidłowa dieta skonsultowana ze specjalistą z dziedziny dietetyki, indywidualnie dostosowana do potrzeb pacjenta, pozwoli na zaspokojenie ewentualnych deficytów w składnikach odżywczych i minerałów przed zabiegiem



### Wsparcie psychologiczne

W celu zrozumienia istoty leczenia, także redukcja strachu. Stres pogarsza samopoczucie chorego i istotnie wpływa na wyniki leczenia. Każdy zabieg operacyjny, niezależnie od stopnia złożoności, zawsze niesie ze sobą wielką dawkę stresu. Dlatego też wsparcie nie tylko fizyczne, ale także warstwy mentalnej, stanowi istotny element przygotowań.



### Eliminacja nałogów

Przede wszystkim palenia papierosów, picia alkoholu czy innych używek. Zwiększają one ryzyko wystąpienia powikłań (zapalenie płuc, zakażenie rany pooperacyjnej, inne). Nałogi te mają negatywny wpływ na organizm podczas leczenia. Rezygnacja z nich pozwoli na znaczące zmniejszenie ilości ewentualnych powikłań i szybszy powrót do pełnej sprawności po zabiegu operacyjnym, czy leczeniu uzupełniającym.

## Witrektomia, czyli ostatnia szansa dla oczu

**Do niedawna większość chorób siatkówki prowadziła do utraty wzroku. Jednak szansą dla chorych stała się witrektomia – technika operacyjna, która może nie tylko zatrzymać zmiany, ale jest nawet w stanie przywrócić widzenie. Zabiegi witrektomii od dekady wykonywane są na Oddziale Okulistycznym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu.**

Początki witrektomii sięgają lat 70-tych XX wieku. – To skomplikowana operacja okulistyczna, wymagająca wyszkolonego personelu oraz specjalistycznego sprzętu i narzędzi. Polega ona na wycięciu ciała szklanego, swoistej galaretki wypełniającej wnętrze oka i uzyskania dostępu do siatkówki, co pozwala na leczenie wielu zagrażających widzeniu schorzeń – mówi lek. Justyna Rogowska z Oddziału Okulistycznego WSZ w Elblągu.



lekarz Justyna Rogowska  
z Oddziału Okulistycznego

Wskazania do witrektomii tylnej są szerokie, za pomocą tej metody leczy się m.in. odwarstwienia siatkówki oka, wylewy krwi do ciała szklanego, patologiczne męty w ciele szklanym, błony nasiatkóvkowe, otwory w plamce, powikłania retinopatii cukrzycowej, trakcyjne odwarstwienie siatkówki, brak soczewki oka, zapalenie wnętrza gałki ocznej, powikłania innych typów chirurgii oka, np. zaćmy czy jaskry oraz następstwa poważnych urazów oka. Po rozmowie i badaniu kwalifikacyjnym pacjent kierowany jest na zabieg, który odbywa się w znieczuleniu miejscowym, bądź ogólnym. Chirurg korzysta ze specjalistycznego sprzętu, za pomocą którego zagląda do wnętrza oka. Poprzez drobne nacięcia (poniżej 1 milimetra) wprowadza do niego także precyzyjne narzędzie operacyjne, które z bardzo dużą prędkością wycina i odprowadza na zewnątrz zmiany patologiczne w ciele szklanym.



Zespół medyczny podczas operacji zaćmy

W miejsce usuniętego ciała szklanego wpuszcza się inną substancję – gaz, płyn infuzyjny lub olej silikonowy. Ich zadaniem jest podtrzymywanie siatkówki i zachowanie prawidłowego kształtu gałki ocznej. Gaz i płyn po kilku tygodniach zostają wchłonięte przez organizm, z kolei olej trzeba usuwać podczas kolejnej operacji.

– W zależności od przyczyny i zaawansowania zmian w oku operacja witrektomii może trwać od 30 minut do 2 godzin – dodaje lek. Justyna Rogowska. – Przez pierwsze dni po zabiegu widzenie zwykle jest niewyraźne.

Okres pooperacyjny, w którym istotne jest podawanie leków, w wybranych przypadkach także utrzymywanie wymuszonej pozycji ciała i zgłaszanie się na wyznaczone kontrole, wynosi od 2 do 3 tygodni.

Witrektomia to operacja, która nierzadko jest jedyną szansą na przywrócenie i/lub poprawę widzenia. Zabieg cechuje bezpieczeństwo i stosunkowo szybkie gojenie. Jednak każdy przypadek i pacjent jest inny, więc zabieg, jak i okres rekonwalescencji będzie też zależał od indywidualnych czynników. Czasami, mimo tego, że operacja przebiegła zgodnie z założonym planem nie udaje się przywrócić pełnej funkcji siatkówki. U około 10 procent pacjentów konieczne może być przeprowadzenie kolejnych operacji naprawczych w zakresie siatkówki.



Zespół Oddziału Okulistycznego po operacji zaćmy. Od lewej: dr n. med. Andrzej Gębka, specjalista chorób oczu, chirurg witreoretinalny, adiunkt Kliniki Okulistyki GUMed w Gdańsku; koordynator Oddziału Okulistycznego WSzZ w Elblągu, specjalista chorób oczu, chirurg zaćmy i jaskry, lek. med. Janusz Adamski; z-ca koordynatora Oddziału Okulistycznego WSzZ w Elblągu, specjalista okulistyki, chirurg witreoretinalny, lek. Justyna Rogowska; instrumentariuszki bloku operacyjnego Oddziału Okulistycznego w kolejności jak na zdjęciu: Danuta Bojarun, Magdalena Papiernik i Magdalena Rydelek.



## Rok 2024 w liczbach

- ✓ w konsultacyjnej poradni okulistycznej udzielono 8 288 świadczeń
- ✓ na Oddziale Okulistycznym leczono 3120 pacjentów
- ✓ wykonano 1579 operacji zaćmy

# Od robotyzacji w medycynie nie ma odwrotu

W obliczu dynamicznego rozwoju technologii, robotyka zaczyna odgrywać coraz większą rolę w sektorze medycznym, zmieniając procesy diagnostyczne, chirurgiczne i rehabilitacyjne. Wprowadzenie robotów do praktyki klinicznej nie tylko zwiększa precyzję wykonywanych procedur, ale także przyczynia się do poprawy bezpieczeństwa pacjentów oraz efektywności pracy personelu medycznego.

Robotyka medyczna to młody, ale błyskawicznie rozwijający się dział nauki, zajmujący się opracowywaniem i udoskonalaniem robotów wspierających diagnostykę, leczenie i rehabilitację pacjenta. Roboty w branży medycznej znajdują dziś zastosowanie m.in. w urologii, chirurgii ogólnej i naczyniowej, ginekologii, kardiochirurgii, czy w ortopedii.

– Przykłady udanych operacji ortopedycznych z wykorzystaniem robotów to m.in. alloplastyka stawu kolanowego, alloplastyka stawów barkowych, biodrowych, a nawet zabiegi wykonywane w obrębie kręgosłupa – mówi lek. Grzegorz Sosnowski, dyrektor ds. lecznictwa i koordynator Oddziału Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu.



*lekarz Grzegorz Sosnowski,  
dyrektor ds. lecznictwa  
i koordynator Oddziału  
Chirurgii  
Urazowo-Ortopedycznej*

Robot medyczny to narzędzie w ręku chirurga, pozwalające na wykonywanie operacji chirurgicznych w bardzo trudnych okolicach anatomicznych ludzkiego ciała w sposób bardzo precyzyjny.

– Roboty chirurgiczne działają w oparciu o zaawansowane algorytmy i technologie obrazowania, umożliwiając niezwykle dokładne planowanie i wykonanie operacji. I tak np. w przypadku operacji ortopedycznych, precyzyjne cięcia i implantacje pozwalają na minimalizację błędów oraz lepsze dopasowanie protez do anatomii pacjenta – tłumaczy lek. Grzegorz Sosnowski. – Dzięki robotom chirurg może wykonać operację w sposób mniej inwazyjny, co ogranicza uszkodzenia tkanek miękkich, zmniejsza krwawienie i skraca czas gojenia.



*Testowanie robota dedykowanego do wykonywania operacji endoprotezy kolana*

To przekłada się także na korzyści dla pacjenta, bo lepsza dokładność implantacji prowadzi do bardziej naturalnej biomechaniki stawów, co skraca okres rehabilitacji i zwiększa trwałość protez.

Coraz więcej placówek medycznych w Polsce decyduje się na zakup robota chirurgicznego. Lekarze z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu także mieli okazję do zapoznania się z pracą takiego urządzenia.

– Warsztaty okazały się szczególnie wartościowe dla Oddziału Urologicznego, w operacjach raka prostaty, guzów nerek czy pęcherza, Ginekologiczno-Położniczego, Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi oraz Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej. W szkoleniu uczestniczyły także nasze pielęgniarki operacyjne. To był kolejny krok w stronę podnoszenia naszych kwalifikacji i wprowadzania nowoczesnych technologii do codziennej pracy.





Prezentowano u nas także robota, który ma zastosowanie w operacjach alloplastyki stawów kolanowych – mówi lek. Grzegorz Sosnowski. – We wrześniu ubiegłego roku zorganizowałem także sympozjum w Krynicy Morskiej, poświęcone robotyce. Tam można było zapoznać się ze wszystkimi robotami dostępnymi na rynku polskim i światowym, a także obejrzeć, jak one działają. Mam nadzieję, że Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej naszego szpitala niebawem wzbogaci się o robota. To oczywiście kwestia finansów i podjęcia decyzji, którego wybrać, bo każdy z nich ma swoje zalety. Jeśli chodzi o endoprotezoplastykę, jesteśmy oddziałem, który wykonuje najwięcej zabiegów alloplastyki stawów biodrowych i kolanowych w naszym województwie i jest jednym z czołowych w Polsce. Warto więc zainwestować w robota, bo wtedy moglibyśmy zaproponować naszym pacjentom usługi na jeszcze wyższym poziomie, niż obecnie.

**Robotyka w medycynie stawia przed lekarzami także kolejne wyzwania: specjalistyczne szkolenia operatora-chirurga.**

– Te powinny łączyć solidne podstawy teoretyczne z praktycznymi umiejętnościami. Chirurgi ufają robotom, ponieważ są one poddawane rygorystycznym testom i walidacjom, co zapewnia ich niezawodność. Ale nie zapominajmy, że na końcu całego procesu zawsze stoi człowiek: to lekarz musi umieć kontrolować robota i sprawdzać, czy cięcia, a także wprowadzane parametry są poprawne – dodaje lek. Grzegorz Sosnowski.

Wydaje się więc, że od robotyzacji w chirurgii nie ma odwrotu. A w połączeniu z algorytmami sztucznej inteligencji, chirurgia robotyczna może dać nieograniczone wręcz możliwości rozwoju.

– Roboty to nie kwestia mody i chwilowego zachwyty, który za pewien czas zniknie. Ten dział medycyny zdecydowanie rozwija się w sposób dynamiczny, praktycznie co roku wychodzą nowe udogotowania tych robotów i rozszerza się zakres operacyjno-wykonywanych robotami. Jestem pewien, że połączenie rozwoju technicznego robota z elementami sztucznej inteligencji, wraz z kompetencjami i umiejętnościami lekarzy, zmieni w przyszłości obraz medycyny zabiegowej – kończy lek. Grzegorz Sosnowski.



## Laureaci plebiscytu HIPOKRATES 2024

W corocznym plebiscycie, w którym mieszkańcy miasta i regionu mogą wyrazić swoje uznanie dla pracy personelu medycznego, z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu wyróżnienia otrzymały trzy osoby.

W kategorii "Ginekolog roku" laureatką plebiscytu została lekarka Izabela Macinkiewicz. W kategorii "Dermatolog roku" najwięcej głosów zdobyła lekarka Dominika Czarnecka. W kategorii "Położna/położny roku" laureatem został położny Paweł Kowalski.



*Izabela Macinkiewicz  
Laureatka plebiscytu  
HIPOKRATES 2024  
w kategorii "Ginekolog roku"*

*Dominika Czarnecka  
Laureatka plebiscytu  
HIPOKRATES 2024  
w kategorii  
"Dermatolog roku"*



*Paweł Kowalski  
Laureat plebiscytu  
HIPOKRATES 2024  
w kategorii "Położny roku"*

# Profilaktyka przede wszystkim

Profilaktyka powiązana z promocją zdrowego stylu życia i edukacją może zapobiegać i minimalizować skutki wielu chorób. W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu promocja zdrowia nie odbywa się tylko wśród pacjentów hospitalizowanych, ale również wśród mieszkańców, np. podczas imprez lokalnych.

W ramach działań związanych z promocją zdrowia w szpitalu prowadzona jest edukacja pacjenta. Jej głównym założeniem jest modyfikacja dotychczasowego stylu życia oraz wdrożenie różnorodnych metod i technik nakierowanych na poprawę stanu zdrowia. Nie ograniczamy się jednak tylko do rozmów z pacjentami przebywającymi na naszych oddziałach, ale do tematu edukacji zdrowotnej podchodzimy holistycznie.

Dlatego tak ważny jest dla nas udział w imprezach miejskich, podczas których zachęcamy i wykonujemy szereg badań: pomiaru ciśnienia tętniczego, glikemii, kwasu moczowego, cholesterolu czy trójglicerydów. Każdy chętny może także poddać się szybkiej i dokładnej analizie składu ciała, z zastosowaniem innowacyjnej technologii bioimpedancji elektrycznej. Analiza składu ciała zapewnia szybkie i skuteczne badanie pomiaru tkanki tłuszczowej czy masy mięśniowej i określenie procentu wody w organizmie, wskazując jaka jest jego kondycja. Dla osób z nadwagą jest to pomocne badanie. Celem takiego działania jest zmiana nawyków żywieniowych i zachęcenie do aktywności fizycznej.



Problemem zdrowotnym społeczeństw krajów rozwiniętych i rozwijających się jest nadmierna masa ciała (nadwaga i otyłość). Otyłość została mianem epidemii XXI wieku. Występowanie nadwagi i otyłości wskazuje tendencje rosnące, przyczynia się do rozwoju licznych powikłań między innymi takich jak: cukrzyca typu 2, choroby układu sercowo – naczyniowego, oddechowego, kostno - stawowego, nerwowego, pokarmowego czy niektórych nowotworów. Zgodnie z danymi statystycznymi choroby sercowo-naczyniowe nadal są główną przyczyną zgonów w Polsce. Na drugim miejscu znajdują się nowotwory, a zachorowalność na choroby nowotworowe rośnie. Tym samym badania dowodzą, że styl życia, a w szczególności systematyczne podejmowanie wysiłku fizycznego, ma wpływ na zmniejszenie ryzyka występowania niektórych nowotworów m.in. raka jelita grubego, piersi czy trzonu macicy.



Dlatego nie mogło nas zabraknąć na corocznym „Biegu i Marszu Nadziei” organizowanym przez Hospicjum Elbląskie im. dr Aleksandry Gabrysiak. Dzięki takim inicjatywom zachęcamy mieszkańców do aktywności fizycznej w miłej atmosferze oraz skorzystania z badań profilaktycznych. Nowotwory złośliwe są drugą przyczyną najczęstszych zgonów w Polsce i dotyczą szczególnie osoby w młodym i średnim wieku (25-64 lata). A regularnie wykonywane badania profilaktyczne mogą uchronić przed rozwojem wielu chorób.

-Im wcześniej dowiesz się o niepokojących zmianach, tym większa jest szansa na wyleczenie nowotworu. Dlatego podczas wszystkich akcji profilaktycznych zachęcamy do skorzystania z programów przesiewowych. Są one bezpłatne, a ich zadaniem jest zmniejszenie zachorowalności i umieralności na dane choroby w społeczeństwie. Programy skierowane są do osób, u których nie wykryto schorzenia. Pomagają rozpoznać chorobę lub stan przedrakowy we wczesnym stadium - mówi Danuta Stanicka, edukatorka zdrowia.



*Danuta Stanicka,  
edukatorka zdrowia*

W takich przypadkach osoby są kierowane na dalsze badania i leczenie.

W kierunku wykrycia raka są dostępne programy:

- profilaktyki raka szyjki macicy – cytologia dla kobiet od 25 do 64 lat
- profilaktyki raka piersi – mammografia dla kobiet w wieku 45-74 lata



- profilaktyki raka jelita grubego - kolonoskopia dla osób w wieku 50-65 lat lub 40-49 lat, jeśli Twój krewny pierwszego stopnia miał diagnozę nowotworu jelita grubego.

Podsumowując: promocję zdrowia i akcje profilaktyczne można uznać za podstawowe elementy, które kształtują zdrowie i jakość życia mieszkańców miasta i okolic. Pracownicy Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu brali udział w wielu akcjach profilaktycznych, podczas których wykonywali szereg badań profilaktycznych oraz prowadzili szeroką edukację zdrowotną.

W 2025 roku również bierzemy udział w akcjach profilaktycznych, na które serdecznie zapraszamy. Akcje profilaktyczne koordynuje edukatorka zdrowia Danuta Stanicka.

## Rok 2024 w liczbach

- ✓ 2 osoby ukończyły studia podyplomowe
- ✓ 7 osób zdobyło specjalizację lekarską
- ✓ 27 osób zdobyło specjalizacje pielęgniarские i położne
- ✓ 36 pielęgniarek zdobyło tytuł magistra
- ✓ 8 pielęgniarek zdobyło licencjat



# Rekonstrukcje piersi po mastektomii

**W ramach kontraktu z NFZ, w Ośrodku Leczenia Raka Piersi, w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu wykonuje się zabiegi rekonstrukcji piersi po mastektomii, często już w trakcie jednej operacji chirurgicznej. To szansa dla wielu kobiet na odzyskanie zdrowia oraz szybki powrót do normalności.**

Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi w WSZ w Elblągu zajmuje się kompleksowym leczeniem chirurgicznym chorób nowotworowych w oparciu o nowoczesne standardy leczenia. Od 5 lat działa tu także Ośrodek Raka Piersi.

– Pełni on bardzo ważną rolę, bo zapewnia kompleksowość leczenia w chorobie nowotworowej piersi. Pracują w nim osoby, które zajmują się leczeniem tej jednej choroby, co pozwala na koncentrowanie się i wykształcenie w tym kierunku, a tym samym uzyskanie lepszych wyników leczenia. Zespół medyczny skupia się także na leczeniu konkretnej chorej – mówi dr n.med. Aleksandra Ankiewicz, koordynator Ośrodka Leczenia Raka Piersi w WSZ w Elblągu.



*dr n.med. Aleksandra Ankiewicz,  
koordynator Ośrodka Leczenia  
Raka Piersi*

Diagnoza: rak piersi często spada na kobietę jak grom z jasnego nieba. Trudno przyjąć na siebie taką informację, tym bardziej, że w niektórych przypadkach może wiązać się z tym, czego kobiety najbardziej się obawiają, czyli mastektomii.

– Niestety rak piersi dotyka coraz młodsze kobiety, które często są w wieku produkcyjnym, zakładają rodziny, mają małe dzieci. Do tego choroba dotyczy ważnego narządu, wyznacznika kobiecości, dlatego diagnoza bywa ciężka do udźwignięcia. W przeszłości leczenie onkologiczne raka piersi często wiązało się z okaleczeniem pacjentki, całkowitym odjęciem piersi, co niektóre kobiety traktowały także jako odebranie im kobiecości. Teraz to się zmienia, bo mastektomia często łączy się z jednoczasową rekonstrukcją piersi. Zostaje usunięty tylko podskórnie gruczoł piersiowy a skóra i kompleks brodawka otoczka zostaje zachowana. Jest to jedna procedura chirurgiczna – opowiada dr Aleksandra Ankiewicz.

W Ośrodku Leczenia Raka Piersi WSZ w Elblągu wykonuje się także rekonstrukcje odroczone. Gdy proces chorobotwórczy jest zbyt zaawansowany, lekarze skłaniają się do amputacji prostej piersi, a dopiero po zastosowaniu odpowiedniego leczenia, pacjentka kierowana jest na zabieg rekonstrukcji piersi.

– Na naszym oddziale wykonujemy ok. 10 procent rekonstrukcji piersi. Większość tych operacji wykonywana jest przez naszych lekarzy, którzy posiadają ogromną wiedzę i są świetnie przygotowani do tego typu zabiegów – mówi dr Ankiewicz.

Lekarze wskazują także, że coraz mniej pacjentek zostaje zdyskwalifikowanych z jednoczasowej rekonstrukcji, szczególnie jeśli dotyczy to bardzo młodych osób. Ale zabiegi zarezerwowane są także dla kobiet starszych. Wszystko zależy od stopnia zaawansowania choroby i ogólnego stanu zdrowia pacjentki.

**A jak ustrzec się przed rakiem piersi? Na to złotego środka niestety nie ma, ale jak mantrę powtarzać będziemy jedno: profilaktyka to klucz do bycia zdrowym.**

– Polega ona na samobadaniu piersi, czyli dokładnym ich oglądaniu w trzech pozycjach: z rękoma opuszczonymi wzdłuż tułowia, uniesionymi do góry oraz opartymi na biodrach – tłumaczy Beata Wyderska, pielęgniarka z Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi WSZ w Elblągu.



*Beata Wyderska, pielęgniarka z Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi*

– Tkanka gruczołu jest miękka, więc łatwo można wyczuć pojedyncze zgrubienie. W trakcie samobadania należy dokładnie obejrzeć, czy nie ma istotnych zmian w kształcie piersi, pofałdowań skóry oraz czy któraś z brodawek nie jest wciągnięta. Co ważne, rak piersi dotyczy także mężczyzn, więc panowie również powinni cyklicznie wykonywać takie samo samobadanie.

Badanie należy wykonać raz w miesiącu, w tym samym czasie. U kobiet miesiączkujących należy to robić dwa, do trzech dni po krwawieniu.

– Jeśli wyczuwamy coś, co nas zaniepokoi, najlepiej szybko udać się do lekarza-onkologa. Do poradni specjalistycznej, onkologicznej, można udać się bez skierowania. Do poradni chirurgii onkologicznej wymagane jest zaś skierowanie od lekarza POZ – uzupełnia dr Ankiewicz.

Bardzo istotne jest także wykonywanie badań: USG i mammografii. Pierwsze przeprowadzane jest w pozycji leżącej, jest bezbolesne i nieszkodliwe. Pierś badana jest za pomocą bezpiecznych dla organizmów ultradźwięków. Jeśli pacjentka skończyła 20 lat, na USG piersi trzeba zgłaszać się co 2 lata. Po 30. roku życia warto robić to co roku. Kobiety z mutacjami genetycznymi, obciążone rakiem piersi lub z wcześniejszymi zmianami

nowotworowymi, piersi powinny kontrolować nawet dwa razy w roku.

Badanie mammograficzne zaś, za pomocą promieni rentgenowskich pozwala wykryć raka piersi we wczesnym stadium. Jest ono bezbolesne i trwa kilka minut. Dla pań w przedziale wieku 45-74 lat jest refundowane przez NFZ co dwa lata.

Pozostaje także terapia radykalna, choć w wielu przypadkach dająca szansę na niezachorowanie. Dotyczy to m.in. kobiet obciążonych genami BRCA1 i BRCA2, których mutacje zwiększają ryzyko zachorowania na raka piersi. Wtedy taka pacjentka może się poddać tzw. profilaktycznej mastektomii, zmniejszającej ryzyko zachorowania na raka piersi. Takie zabiegi również przeprowadzane są w Ośrodku Leczenia Raka Piersi WSZ w Elblągu.

## PROFILAKTYKA Raka Piersi

*Zbadaj się i bądź spokojna!*

**Bezpłatna mammografia**

w technologii cyfrowej

dla kobiet w wieku 45 - 74 lat  
raz na 2 lata bez skierowania

Rejestracja telefonicznie:

 **55 239 58 80**

lub osobiście:  
Zakład Radiologii, p. I  
w godz. 8:00 - 15:00



## Rok 2024 w liczbach

✓ 8 zespołów Działu Ratownictwa Medycznego  
przyjęło i zrealizowało 16 998 interwencji.

# ĆWICZENIA PO MASTEKTOMII I BCT

Po zabiegu mastektomii typowe są ograniczenia ruchomości w obrębie kończyny górnej. Często towarzyszą temu obrzęki. Systematyczna fizjoterapia znacznie wpływa na samopoczucie i sprawność kobiety.



Fizjoterapeutka **Agnieszka Sosik** zachęca do systematycznych ćwiczeń. Większość z nich można samodzielnie wykonywać w warunkach domowych. Ćwiczenia należy przeplatać wysokim ułożeniem kończyny - jest to pozycja, która umożliwia odpływ chłonki, a więc zapobiega powstawaniu obrzęków.

## CELE REHABILITACJI PO MASTEKTOMII

- ✓ Zapobieganie lub usuwanie obrzęku w obrębie kończyny
- ✓ Zapobieganie stanom zapalnym będącym skutkiem obrzęku tkanek (tzw. obrzęku limfatycznego)
- ✓ Zwiększanie zakresów ruchów w stawach kończyn
- ✓ Zwiększanie siły mięśniowej kończyn górnych
- ✓ Poprawa wydolności organizmu

## CELE REHABILITACJI PO MASTEKTOMII

Zalecenia przed rozpoczęciem samodzielnych ćwiczeń:

1. Wszystkie ćwiczenia poprzedzaj rozgrzewką.
2. Dbaj o prawidłową pozycję.
3. Pamiętaj o płynnym oddechu, nigdy nie zatrzymuj powietrza podczas napinania mięśni.
4. Ćwiczenie nigdy nie powinno powodować bólu. Jeśli odczuwasz ból podczas ćwiczenia, upewnij się czy przyjąłeś odpowiednią pozycję a także spróbuj wykonać ćwiczenie w mniejszym zakresie ruchu. Jeśli mimo modyfikacji ból się utrzymuje, nie kontynuuj ćwiczenia. Konieczna jest konsultacja z fizjoterapeutą lub lekarzem.
5. Jeśli chorujesz na nadciśnienie tętnicze, zawsze zmierz ciśnienie przed rozpoczęciem ćwiczenia. Jeśli jest za wysokie, weź lekki, odczekaj 1-2 godziny i dokonaj pomiaru ponownie. Po unormowaniu ciśnienia możesz rozpocząć ćwiczenia.
6. Nie ćwicz, jeśli źle się czujesz. Zrezygnuj z ćwiczeń w czasie infekcji i gorączki.
7. Jeśli chorujesz na cukrzycę, zawsze zmierz stężenie glukozy przed rozpoczęciem ćwiczeń. Nigdy nie ćwicz na czczo. Pamiętaj, że ćwiczenia wpływają na obniżenie stężenia glukozy we krwi.

# ĆWICZENIA

## 1-3 DOBA PO ZABIEGU:

- zaciskanie dłoni w pięść,
- rozczepianie i łączenie palców,
- zgięcie/wyprost kończyny górnej w stawie łokciowym (dłoń skierowana do barku),
- chwyt rękami za łokcie (ręka po stronie operowanej spoczywa na zdrowej) i unoszenie kończyn w górę.

## 4-6 DOBA PO ZABIEGU

Pozycja wyjściowa do ćwiczeń to siad na krześle z oparciem stóp o podłogę.

- unoszenie barków do góry,
- krążenie barków w tył,
- chwyt rękami za łokcie (ręka po stronie operowanej spoczywa na zdrowej) i unoszenie kończyn w górę,
- kończyny górne wyprostowane w stawach łokciowych, palce rąk splecione, kończyna strony operowanej spoczywa na kończynie strony zdrowej. Unoszenie kończyn do góry,
- kończyny na szerokość barków – równoczesne unoszenie w górę,
- unoszenie kończyn górnych bokiem w górę.



## 7-9 DOBA PO ZABIEGU

Ćwiczenia wykonuje się z laseczką – pozwala to kontrolować ruch, dozować go. Laseczkę trzymamy na szerokość barków.

1. Unoszenie laseczki w wyprostowanych kończynach górnych:

- opuszczanie ramion z laseczką na kark (zgięcie w łokciach),
- wyprost w łokciach,
- opuszczanie laseczki na kolana,

2. Unoszenie laseczki nad głowę, następnie ruch w prawą i lewą stronę. Opuszczanie laseczki na kolana.

3. Chwyt jedną ręką na koniec laseczki i podnoszenie jej w górę. Potem zmiana ręki.

4. Chwyt laseczki na szerokość barków. Krążenie do tyłu po torze „ósemki” w prawą potem lewą stronę.

5. Stając przodem do ściany „wchodzenie i schodzenie” palcami po ścianie.

6. Stanie bokiem do ściany „wchodzenie i schodzenie” bokiem po ścianie



## METODYKA ĆWICZEŃ

Ćwiczenia należy powtarzać przynajmniej 3 razy w ciągu dnia.

Każde ćwiczenie powtórzyć 15-30 razy.

Ruch prowadzony ma być do granicy bólu, bez przekraczania jej.

Po każdym ćwiczeniu należy wykonywać wstrząsanie całą kończyną górną przez ok. 5 sekund oraz pogłębione oddychanie.

W czasie ćwiczeń oddechowych należy trzymać ręce na biodrach.

# Ambulatorium chirurgiczne SOR – miejsce, gdzie czas ma inny wymiar

## Historia jednego dyżuru

### Jest godzina 6:30

Bezlitosny budzik morderca wygania mnie z łóżka. Wiem już, że dziś nie ma mowy o jakimkolwiek spóźnieniu do pracy. Dziś mam dyżur – dyżur w SOR. Szybki prysznic, łyk kawy i już muszę wychodzić. Miasto dopiero budzi się do życia. W samochodowym radiu spiker bombarduje mnie porannym serwisem informacyjnym. Wiem już, gdzie zatrzęsa się ziemia, gdzie wykoleił się pociąg i kto ile obiecuje w swojej kampanii wyborczej, lecz bardziej interesuje mnie serwis lokalny – po chwili już słyszę, że na naszej ekspresówce był wypadek, w którym brało udział kilka samochodów i jest wielu rannych. Już wiem, że część z nich dziś spotkam i to już za chwilę, w moim gabinecie.

### Godzina 07:20

Wchodzę do szpitala. Ukradkiem spoglądam na korytarz przed moim gabinetem. Na krzeselkach siedzi już parę osób z opatrunkami na kończynach i głowach, z zaschniętą krwią na rękach. Przyjechali przed chwilą. Jedni przywiezieni przez zespoły ratownictwa medycznego, inni dotarli o własnych siłach. Osoby przed gabinetem to szczęściarze, którzy odnieśli mniejsze obrażenia.

Tym, którym szczęście nie dopisało znajdują się w części wydzielonej dla bardziej poszkodowanych, leżą na łóżkach, bo w wyniku odniesionych obrażeń nie mogą samodzielnie oczekiwać na pomoc i muszą być pod nadzorem pielęgniarek i ratowników. Już wiem, że dyżur nie będzie łatwy. Na to nie da się przygotować.

### Godzina 07:40

Korytarz przed ambulatorium chirurgicznym SOR zaczyna się wypełniać pacjentami, jedni dotarli samodzielnie poszukując pomocy z powodu odniesionego urazu, inni ze skierowaniem do szpitala od lekarza rodzinnego bądź innych mniejszych szpitali, w których brak możliwości przeprowadzenia szerszej diagnostyki. Zaczyna się prawdziwy młyn. Każdy uraz i schorzenie ma swój priorytet nadawany przez zespół Triage, który określa kolejność przyjęć i szacunkowy czas oczekiwania na udzielanie pomocy. Według porannego „rozpisu” pierwszeństwo mają świeże rany wymagające szycia, następnie złamania i zwichnięcia zwłaszcza te, gdzie konieczne jest nastawienie, a wśród tego trzeba znaleźć czas na stany nagłe – pacjentów przywiezionych przez zespoły ratownictwa medycznego - ostre niedokrwawienia kończyn, zatrzymania moczu,



kolki nerkowe krwawienie z dróg rodnych itp. Pacjenci wymagający pilnej interwencji lekarskiej przeważnie trafiają od strony korytarza wewnętrznego, do obszaru obserwacji SOR – ci, którzy czekają na korytarzu ich nie widzą i nie wiedzą o ich istnieniu, niecierpliwą się przed drzwiami posądzając personel SORu o nadmierną opieszałość, bo nie widzą tego, że za drzwiami gabinetu cały czas trwa praca i pomoc pacjentom, którzy nie mogą czekać.

Udaje mi się zrobić kawę – oczywiście w dużym półlitrowym kubku, żeby wystarczyła na dłużej. Sam zapach kawy pobudza do pracy.

## Godzina 9:30

Większość ran jest już zaopatrzonych. Historia każdej z nich jest inna; skaleczenie nożem kuchennym przy przygotowaniu śniadania, nieostrożne obchodzenie się nożem do tapet w trakcie prac remontowych, no i to co „lubię najbardziej” czyli szlifierka kątowa z założoną tarczą do cięcia drewna bez osłony ochronnej – nie bez powodu zwane przez personel SORu narzędziem szatana. Jedne rany są małe i szybkie w zaopatrzeniu, inne wymagają głębszego pochylenia się nad problem, bo zwykle trzeba poszerzyć obszar znieczulenia, brzegi rany wyciąć, a nierzadko jeszcze zrekonstruować przecięte ścięgna, aby palce znów mogły się prostować i zginać, bo w przeciwnym razie pacjent może zostać inwalidą do końca życia. Ciągłe towarzyszy mi pośpiech i presja czasu, bo zaopatrzyć trzeba wszystkich, a każdy przypadek niemal tak samo pilny.

Zgodnie z teorią rana powinna być zeszyta w ciągu 6 godzin od urazu – to minimalizuje powikłania w gojeniu rany. Nie zawsze tak się udaje, bo pacjenci docierają do SOR z wielu odległych miejsc szukając dla siebie ratunku.

Zabieramy się za złamania, skręcenia i zwichnięcia. Tu potrzeba jeszcze więcej czasu bo muszę dokładnie przedmiotowo zbadać pacjenta, zlecić odpowiednie badanie obrazowe, zaczekać na wynik badania, nastawić i unieruchomić kończynę, zlecić i wykonać kontrolne badanie obrazowe, czasami poprosić o wsparcie konsultanta bo nie wszystko mogę zrobić samemu. Bez pomocy anestezjologa nie mogę nastawić zwichniętej protezy stawu biodrowego czy też zwichniętego barku. Czekam na wyniki badań laboratoryjnych, kolejne konsultacje ...



W tym wszystkim drzemie jeszcze największy demon pracy lekarskiej czyli dokumentacja medyczna. Każdy pacjent otrzymuje kartę informacyjną, która musi zawierać istotne szczegóły z badania pacjenta, rodzaj przeprowadzonej diagnostyki, jej wyników, sposobu zaopatrzenia pacjenta oraz najważniejsze, czyli zalecenia dalszego postępowania.

Po co to wszystko? SOR jest miejscem pomocy doraźnej, a dalszy etap leczenia prowadzą lekarze w poradniach specjalistycznych, gdzie są kierowani pacjenci (w ramach prowadzenia dokumentacji muszą także takie skierowanie wystawić). Jest jeszcze jeden aspekt – pacjent nie jest w stanie zapamiętać wszystkich zaleceń, zwłaszcza, że wizycie towarzyszy nadmierny stres i emocje. Nazywamy to „efektem klamki” – pacjent pamięta zalecenia do czasu naciśnięcia klamki wychodząc z gabinetu, a na korytarzu nie wie już nic. Jasno wpisane zalecenia stanowią tę sprawę rozwiązują.

## Godzina 11:00

Złeciało nawet nie wiem kiedy. To już kolejny jednorazowy fartuch, który zmieniam – ten jest ubrudzony gipsem, bo przed chwilą skończyliśmy unieruchamiać złamaną rękę, a w koszu na odpady medyczne jest już jest kilka innych fartuchów ubrudzonych krwią po zaopatrzeniu ran. Szyję, gipsuję, piszę, cewnikuję, wymieniam niedrożne cewniki z nefrostomii i cystostomii nadłonowych, znowu piszę, jednocześnie telefonicznie umawiam badania i proszę o konsultacje specjalistów z innych dziedzin, bo nie sposób znać się na wszystkim.



## Godzina 12:00

Obszar obserwacji SOR, gdzie przebywają pacjenci wymagający szerszej diagnostyki i pilnej farmakoterapii, pęka w szwach, a co chwila pojawia się karetka pogotowia ratunkowego z nowym pacjentem.

Zabrakło łóżek. Teraz trzeba podjąć decyzję, kto musi tu zostać, kto może oczekiwać na korytarzu na wyniki badań, kto może zostać wypisany do domu, a kto musi być przekazany w trybie pilnym do innego oddziału, aby kontynuować leczenie w tym także do pilnej operacji.

Decyzję o postępowaniu i diagnostyce podejmują ją, oraz konsultanci innych specjalizacji, a za opiekę nad pacjentami, pobranie krwi do badań i przekazanie jej do laboratorium, przygotowanie i podanie leków, pomoc w gipsowaniu i szyciu ran, opatrunkach i za wiele innych czynności odpowiadają pielęgniarki, ratownicy medyczni oraz sanitariusze. Ze mną w gabinecie zawsze są dwie lub trzy pielęgniarki lub ratownicy medyczni – bez ich pracy i zaangażowania, zapewne zginąłbym lub poddał po pierwszej godzinie dyżuru. Pracują bardzo ciężko, a to fizyczna i czasami bardzo niewdzięczna praca. Pacjenci bywają różni - nie wszyscy są czysti i zadbani. Często pomagamy osobom bezdomnym, skrajnie zaniedbanym, zawszawionym, wymiotującym, pijanym i agresywnym. Pod naszym adresem często padają groźby, wyzwiska i obelgi. Musimy pozostać niewzruszeni i dalej wykonywać nasze obowiązki.



## Godzina 13:00

Zaczynają napływać pacjenci z „POZetu” – każdy ze skierowaniem w rękę, każdy z przeświadczeniem o najwyższej pilności swojej choroby. Często mówimy o nich, że lekarz rodzinny wobec braku pomysłu, co zrobić z pacjentem, kieruje go do szpitala. Na nic tłumaczenia, że stany chorobowe z wielomiesięcznym wywiadem i objawami nie powinny być kierowane do szpitala, tylko do specjalistycznej poradni. Ale system nie działa, poradnie są przepełnione, terminy wielomiesięczne, a pacjent chce pomocy tu i teraz. To nie wina pacjenta, że tak jest.

Zaczyna się kolejny korowód: badanie przedmiotowe, badanie obrazowe, konsultacja, bieżąca dokumentacja medyczna, zaopatrzenia, badania kontrolne. Wszystko to wydaje się nie mieć końca.



## Godzina 15:00

Tłum na korytarzu nie maleje. Na miejsce jednego wypisanego pojawia się dwóch albo trzech nowych. Już nie dominują urazy, choć ich nie brakuje, coraz częściej pojawiają się pacjenci z podejrzeniami zakrzepicy, bólami brzucha i zaburzeniami układu moczowego. Pojawiają się osoby z innych ośrodków po wstępnym zaopatrzeniu, celem poszerzenia diagnostyki oraz stosownej konsultacji specjalistycznej.

## Godzina 18:00

Jeszcze niedawno był poranek i nie wiadomo kiedy przyszedł wieczór. W natłoku pracy czas biegnie bardzo szybko, ale tylko mi, pacjenci za drzwiami gabinetu mają zgoła odmienne odczucie. Pojawiają się problemy dalekie od medycznych. Zniecierpliwieni pacjenci na korytarzu zaczynają wszczynać awantury, bo każdy chce zostać przyjęty szybko i uważa, że jego schorzenie jest najważniejsze. To już chyba nie tylko moje wnioski, że ci co najgłośniej krzyczą naprawdę mogą czekać, a najbardziej potrzebujący cierpliwie czekają na swoją kolej.

Nie wspomnę ile razy byłem już „zwalniany z pracy” przez pacjentów, straszony koneksjami i znajomościami, telewizją i prokuratorem. Jak słyszę „Czy Pan wie, kogo ja znam i kto jest moim kolegą?” to biorę tylko głębszy wdech, bo nie mam już siły reagować na tego rodzaju zaczepki – szkoda mi czasu na takie dyskusje, zwłaszcza, że tego czasu jest tak niewiele.

Wraca karetka transportowa z pacjentem, który po zaopatrzeniu został odesłany do domu. Drzwi były zamknięte, a rodzina już zdążyła się spakować i wyjechać, licząc na to, że pozbyli się dziadka z domu i uznali to za jedyną szansę, żeby odpocząć od codziennego obowiązku opieki nad nim. Zaczyna się wydzwanianie i szukanie opieki u dalszej rodziny. Telefony zabierają kolejny czas. Wieczór przynosi kolejną falę urazowych pacjentów. Pracuję już długo i widziałem niejedno, ale pomysłowość pacjentów i okoliczności urazów nie przestaje mnie zadziwiać.





Właśnie do gabinetu wszedł młody mężczyzna z licznymi, głębokimi otarciami i ranami kończyn dolnych i górnych – przecież kto by ubierał kombinezon ochronny na pięciominutową przejażdżkę motorem. Po raz kolejny fantazja przerosła zdrowy rozsadek i umiejętności, a nam dostarczyła pracy na kolejne 40 minut. Kilka chwil później do gabinetu wchodzi dobrze zbudowany, postawny mężczyzna, cierpiący, złamany na wpół bólem – to prawdopodobnie atak kamicy moczowodowej. Szybko trzeba podać leki przeciwbólowe, więc trzeba założyć dostęp dożylny. Pacjent mdleje na widok pierwszej kropli krwi pobranej do badania. Nas już to nie dziwi, bo to wcale nierzadkie zjawisko, ale zastanawia fakt, jak on przeżył robienie tatuażu, a stosowne grafiki w znaczącym procencie pokrywają jego ciało. Pojawia się pacjentka po tzw. skręceniu kostki. Obrzęk jest już znaczny, ból również, porusza się na wózku, bo nie jest w stanie obciążać kończyny. Na pierwszy wgląd wygląda to dość groźnie, a doświadczenie podpowiada, że to może być złamanie. Zaczynam zbierać wywiad i okazuje się, że uraz był trzy dni wcześniej. Na pytanie, dlaczego pacjentka nie zgłosiła się tuż po urazie, pada standardowa odpowiedź – „Myślałam, że przejdzie” Na całe szczęście, po wykonanej diagnostyce okazuje się, że jest to jednak skręcenie, ale mimo wszystko wymaga unieruchomienia.

Staramy się korzystać z nowoczesnych rodzajów terapii i dzięki współpracy ze sklepem zaopatrzenia medycznego, możemy tego typu urazy zaopatrywać na miejscu, za pomocą nowoczesnych ortez niemal przez całą dobę - to znacząco podnosi komfort pacjenta. Ciężkie i niewygodne opatrunki gipsowe stosowane są jedynie w ostateczności. Ta forma zaopatrzenia urazów, czyni nasze ambulatorium chirurgiczne w SOR wyjątkowym nawet w skali kraju.



Godzinę później w asyście Policji przyjeżdża ofiara przemocy domowej – kobieta pobita przez partnera. Okoliczności zdarzenia niejasne. Od policjantów dowiaduje się, że zarówno ofiara jak i sprawca są pod znacznym wpływem alkoholu. Ofiara trafiła do SOR w celu oceny obrażeń. Już na samym początku są problemy z zebraniem wywiadu. Znaczne upojenie alkoholowe sprawia, że mowa pacjentki jest niewyraźna, a częsta zmiana wątków utrudnia ustalenie zdarzenia i potencjalnych zagrożeń. Pani ma włosy w nieładzie, ale widać że często korzysta z usług kosmetyczki i manikiurzystki. Na sobie ma markowe ubrania i buty. Mogłoby się wydawać, że to dama z wyższych sfer – ale jej język nie pozostawia złudzeń – od przekleństw stosowanych co drugie słowo więdną uszy. Z każdą minutą wywiadu i badania, pacjentka reprezentuje coraz bardziej syndrom sztokholmski i choć ma obrzękniętą twarz oraz liczne siniaki, bardzo pozytywnie wyraża się o swoim partnerze. Badanie krwi na poziom alkoholu szokuje – grubo powyżej 3,5 promila (wg. literatury dawka niemal śmiertelna). Ogólny dobry stan pacjentki jest wprost niewytłumaczalny.

## Godzina 00:00

Północ. To czas kiedy budzą się demony nocy. Coraz częściej zespoły ratownictwa medycznego przywożą pijanych pacjentów po urazach głowy. Powracamy do znanego schematu: badanie, szycie rany, tomografia komputerowa głowy, nierzadko interwencja Policji, bo agresja i brak współpracy to niemal standard.

Korytarz przed gabinetem trochę opustoszał, ale ilość pracy nie zmalała. Kolejna karetka przywozi młodą dziewczynę z ranami przedramienia – samookaleczenie. Tu nie skończy się na szyciu i opatrunku. Muszę skierować pacjentkę na konsultację psychiatryczną, która może skończyć się przymusową hospitalizacją, a to wywróci jej życie do góry nogami. W ogólnym przeświadczeniu konsultacja psychiatry to niezmywalny stygmat i bronią się przed nią nie tylko pacjenci, ale także ich rodziny. To trudne decyzje, ale mogą ocalić komuś życie w dalszej perspektywie.



## Godzina 05:30

Korytarz opustoszał. Już świta. Wszystko wskazuje na to, że będzie chwila spokoju. Jakież to złudne. Właśnie przed chwilą zgłosiła się kobieta z raną wargi. Poślizgnęła się w łazience i uderzyła o umywalnię. Górna warga jest rozerwana z wiszącym dużym płatem – dziura w twarzy odsłaniająca zęby, bez otwierania ust. Do najbliższego ośrodka z chirurgią plastyczną jest 70 kilometrów, pacjentka nie ma jak dojechać, a karetka transportowa będzie za dwie lub trzy godziny, bo właśnie pojechała z pacjentem. Podejmuję decyzję – robimy na miejscu. Sprawa jest na tyle trudna, że jest to bardzo precyzyjna praca i finalnie będzie się liczył efekt kosmetyczny, zwłaszcza, że to kobieta. Jestem już zmęczony. Przecieram okulary. Ubieram kolejny jednorazowy fartuch chirurgiczny i szykuję się do precyzyjnego zabiegu. Podaję znieczulenie miejscowe. Zaczynam rekonstrukcję.

Czuję kręć swojej szyi, ból pleców i jak sztywnieją mi palce u rąk. Założenie każdego kolejnego szwu przychodzi mi coraz trudniej. Szwy są grubości ludzkiego włosa. Wszystko trwa ponad godzinę. Kształt wargi został odtworzony, płat wygląda na żywy. Chyba się udało. Została już tylko „papierologia”, a ta musi być bardzo dokładna.

## Godzina 07:30

Kończę dokumentację. Podnoszę oczy znad monitora. Nawet nie zauważyłem, kiedy zmienił się zespół pielęgniarski. Spoglądam na kubek kawy, który przygotowałem sobie 24 godziny temu. Niewiele jej ubyło. Przypomniałem sobie, że w torbie mam kanapkę. Zjem ją później... może na obiad. Teraz ze zmęczenia nie chce mi się nawet jeść.



## Drogi Czytelniku,

jeżeli uważasz, że ten dyżur był wyjątkowy i dlatego zasłużył na opisanie, to zapewnię Ci, że tak nie jest. Niemal każdy mój dyżur wygląda podobnie i niesie ze sobą nowe wyzwania i dylematy. Jeszcze raz podkreślam, że na całe szczęście nie jestem sam i mam za sobą cały zespół doświadczonych i oddanych pielęgniarek, ratowników i sanitariuszy. Tylko dzięki zespołowej pracy możemy nieść pomoc wszystkim potrzebującym. Dajemy z siebie wszystko. Nie oczekujemy aplauzów i gloryfikacji. Radość sprawia nam każdy uśmiech pacjenta i każde słowo „dziękuję”. Każda obelga i znieważenie jakich doznajemy w czasie naszej pracy jest jak sztylet wbity w plecy. To tego rodzaju sytuacje sprawiają, że się wypalamy i tracimy siły. Po każdym takim ciosie musimy się podnieść i działać dalej, bo ktoś inny liczy na naszą pomoc

i nie możemy go zawieść. Po każdym upadku powstać jest coraz trudniej. Nadwyrężamy własne zdrowie – to wszystko po to, aby obsadzić każdy dyżur i dać Tobie poczucie bezpieczeństwa.

Jeżeli kiedykolwiek los sprawi, że usiądziesz na krzeselku SORowskiego korytarza pod gabinetem „127A”, oczekując na przyjęcie, bądź pewny, że jesteś bezpieczny i nawet jeśli musisz poczekać, to otrzymasz od nas najlepszą możliwą pomoc.

*lekarz Jarosław Gołaszewski,  
specjalista chirurgii ogólnej,  
w trakcie specjalizacji  
z ortopedii i traumatologii  
narządu ruchu*





# Kulisy transportu medycznego

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu nieustannie dba o komfort swoich pacjentów podczas transportu. A komfortowy transport to nowoczesny transport i dlatego w 2024 roku zakupiliśmy nowe ambulanse, a także krzeselko transportowe z płożowym napędem elektrycznym.

- Zakup krzesła transportowego sprawił, że przemieszczanie pacjentów w górę biegu schodów przestało stanowić wyzwanie. Jesteśmy bowiem w stanie transportować osoby ważące do 200 kg w zasadzie bezwysiłkowo – ocenia koordynator Działu Ratownictwa Medycznego, dr n. o zdrowiu Przemysław Wołoszyn.



*dr n. o zdrowiu  
Przemysław Wołoszyn,  
koordynator Działu  
Ratownictwa Medycznego*

Wyposażenie naszych nowych ambulansów jest godne XXI wieku - pojazdy są wyposażone w nowoczesny sprzęt: pompy infuzyjne, urządzenia do oczyszczania powietrza, głowicę usg, mechaniczną kompresję klatki piersiowej, stetoskop elektroniczny, wiertarkowe dojścia doszpikowe, czy wideolaryngoskop i są użytkowane przez wszystkie zespoły ratownictwa medycznego, których dysponentem jest Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu.

## Ambulansiem lub śmigłowcem

Transport kołowy to podstawa przemieszczania pacjentów naszego szpitala. Pacjentów transportujemy z różnych lokalizacji, zarówno domów, ulic, jak i miejsc użyteczności publicznej. W trakcie transportu udzielamy medycznych czynności ratunkowych, bo to kolejny etap w całym procesie leczenia – informuje dr Wołoszyn.

Warto przy tym pamiętać, że transport medyczny to również przewóz pacjentów między podmiotami leczniczymi. W przypadku WSZ Elbląg odbywa się on w dwóch formach: kołowo ambulansiem lub drogą lotniczą – śmigłowcem. Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu dysponuje nowoczesnym lądowiskiem dla śmigłowców, które są wykorzystywane w przypadku konieczności realizacji pilnych i dalekich transportów do specjalistycznych placówek.





Dodajmy, że każda karetka jest wyposażona w 2 narzędzia kołowe, służące do transportu pacjentów. Pierwsze to kojarzone zapewne przez każdego nosze medyczne, drugie natomiast to krzesło transportowe (tzw. kardiologiczne). Co więcej, niedawno na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego konstrukcja tego typu krzesełek została udoskonalona – wyposażono je w systemy płożowe.

Posiada ono także napęd elektryczny. W praktyce oznacza to, że urządzenie może przenosić pacjenta nie tylko w dół, ale i w górę schodów. Stanowi ono rozwiązanie uniwersalne, gdyż można je wykorzystywać do transportu przy niemal każdym rodzaju schodów, aż do wysokości 57. piętra.

## Komunikacja w trakcie interwencji

- Gdy kierownik zespołu podejmuje decyzję o transporcie do szpitala, czy to w celu pogłębionej diagnostyki, czy leczenia, kontaktujemy się z triażystą telefonicznie. Przekazujemy wówczas informację o objawach chorego, spodziewanym czasie transportu, potencjalnym zapotrzebowaniu na dodatkowy personel na SOR-ze. Funkcjonowanie zespołów ratowniczych opiera się jednak przede wszystkim o tzw. System Wspomagania Dowodzenia, czyli elektroniczną platformę przesyłania informacji medycznych między zespołem, a SOR-em. W ten sposób wysyłamy dane dotyczące objawów, parametrów życiowych pacjenta itd. To szczególnie ważne w przypadku pacjentów w stanie średnim lub ciężkim – podkreśla dr Wołoszyn

## 17 000 interwencji rocznie

Żeby jednak transport pacjenta mógł się odbyć, konieczny jest odpowiedni poziom paliwa w karetce. Tankowanie - rzecz prozaiczna, ale dosyć ważna, przewidywana przez SWD. Do tego kilometraż każdego ambulansu jest ewidencjonowany w ramach ogólnopolskiego systemu. Oczywiście, samochody ratunkowe są zaopatrywane w paliwo po zakończeniu wyjazdów do pacjentów, przy czym zawsze bak musi być wypełniony w minimum 1/3 pojemności. Jeśli zaś chodzi o śmigłowce, ich tankowanie odbywa się w bazie Lotniczego Pogotowia Ratunkowego – standardowy poziom zatankowanego zbiornika to taki, który pozwala na przelot ok. 300 kilometrów.

A co w sytuacji, gdy ze zgłoszenia, dotyczącego np. wypadku, wynika, że trasa będzie dłuższa? Wówczas do akcji wkracza dowódca załogi – jest nim pilot – który przed wylotem napełnia bak do pożądanej pojemności.



Lotów w ciągu roku są dziesiątki, a wraz z wyjazdami lądowymi wręcz tysiące – każdego roku ratownicy medyczni Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu interweniują ok. 17 000 razy. Na przykład w 2024 roku było to 16 998 interwencji, zrealizowanych przez 8 zespołów.

Obszar działania ratowników z Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu obejmuje teren powiatu elbląskiego i gminy Wilczęta. Aktualnie dysponujemy 9 zespołami ratownictwa medycznego, z czego po jednym w: Paślęku, Młynarach, i Tolkmicku, dwa z nich stacjonują w naszym szpitalu, zaś cztery w bazie przy ul. Orzeszkowej. W tej wyliczance nie sposób pominąć też karetki neonatologicznej, przeznaczonej do transportu najmłodszych pacjentów. – Podstawową różnicą między takim pojazdem, a standardowym ambulansem, jest możliwość umieszczenia w jego części medycznej inkubatora. Wyposażenie karetki neonatologicznej pozwala na kontynuowanie intensywnego leczenia malucha w trakcie całego, często dalekiego, transportu – wyjaśnia dr Wołoszyn.

Dodajmy, że to, w jaki sposób i w jakiej pozycji pacjenci są transportowani jest uzależnione od ich stanu zdrowia i odniesionych obrażeń. Innych pozycji i interwencji ratowniczych wymagają osoby z podejrzeniem obrażeń kręgosłupa lub miednicy, innych osoby ze złamaniem kończyn, a jeszcze innych osoby nieprzytomne czy z dusznością. W praktyce zespół ratownictwa medycznego ma do dyspozycji w przedziale medycznym karetki 2 fotele z 3-punktowymi pasami bezpieczeństwa, nosze wyposażone w 4 pasy (w tym 1 w systemie szelkowym) – w przypadku transportowania pacjenta pediatrycznego są na nie nakładane specjalne maty, dostosowane do wzrostu i wagi dziecka.

Poruszenia domaga się jeszcze jeden wątek – ochrony ratowników przed agresją tych, którym niosą pomoc. Szerokim echem odbiły się zwłaszcza wydarzenia z Siedlec, gdzie pacjent śmiertelnie ugodził nożem jednego z interweniujących ratowników. – Doposażenie zespołów ratownictwa medycznego w kamizelki nożo-ochronne to jedno z rozwiązań jakie zostało wypracowane przez zespół powołany przy Ministerstwie Zdrowia. Inne związane jest ze zwiększeniem liczby ratowników w zespole podstawowym do 3 osób, czyli stanu, który obowiązywał kilka lat temu. I rzecz nie mniej ważna – szkolenia z podstawowych zasad samoobrony. Niegdyś w ramach 2-letniej szkoły przygotowującej do wykonywania zawodu ratownika medycznego odbywały się roczne zajęcia z judo i samoobrony, od których odstąpiono, przenosząc kształcenie na grunt akademicki. Obecnie zaproponowano, żeby zajęcia z samoobrony i technik negocjacyjnych stały się jednym z obowiązkowych elementów ciągłego doskonalenia zawodowego ratowników medycznych - kończy dr Wołoszyn.

## Od ćwierć wieku ratują serca

**Bez konieczności otwierania klatki piersiowej leczą zawały i arytmie oraz inne choroby serca. Od 25 lat pacjenci Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu odzyskują zdrowie i szansę na normalne życie na miejscu. Pracownia Diagnostyki Inwazyjnej Chorób Układu Krążenia, której koordynatorem jest lek. Jakub Ostrowski, to przede wszystkim wybitni lekarze i specjalistyczny personel, którzy nie boją się nowych wyzwań.**

- Początki działalności Pracowni Diagnostyki Inwazyjnej Chorób Układu Krążenia WSZ w Elblągu były z jednej strony trudne, a z drugiej pionierskie, ponieważ to był początek intensywnego rozwoju kardiologii inwazyjnej w Polsce. Do 2000 roku, 99 procent ośrodków prowadzących tego typu leczenie, były to ośrodki akademickie. Chcieliśmy jak najlepiej pomóc pacjentom z chorobami serca i zaawansowanymi postaciami choroby wieńcowej, dlatego widzieliśmy olbrzymi sens stworzenia takiego ośrodka w Elblągu. Mieliśmy zespół entuzjastów, który wyjeżdżał do innych środków i szkolił się w Zabrzu, Łodzi, Wrocławiu i przede wszystkim w Gdańsku.



Zabieg w Pracowni Diagnostyki Inwazyjnej Chorób Układu Krążenia

Decydujące o tym, że mogliśmy ruszyć od razu było pozyskanie do współpracy dr Dariusza Ciećwierza i Pawła Skarżyńskiego, czyli czołowych kardiologów inwazyjnych z Akademii Medycznej w Gdańsku, którzy podzielali nasz entuzjazm i uczestniczyli w naszej edukacji w ośrodku w Gdańsku, zanim ruszyła nasza pracownia. Później przyjeżdżali do nas regularnie i uczyli nas na miejscu. To pozwoliło nam płynnie rozpocząć pracę – opowiada lek. Jakub Ostrowski, koordynator Pododdziału Kardiologii Inwazyjnej.



lek. Jakub Ostrowski,  
koordynator Pododdziału  
Kardiologii Inwazyjnej  
i koordynator Pracowni  
Diagnostyki Inwazyjnej  
Chorób Układu Krążenia

Z pracownią od początku związana jest Elżbieta Milewska, pielęgniarka koordynująca.

– Kiedy przyszłam tu pierwszy raz pomyślałam „wow”. Było mocno nowoczesnie, a ja byłam szczęśliwa, że pracuję w takiej dziedzinie, która jest bardzo rozwojowa – mówi. – To praca ciekawa, nazwę ją nawet zjawiskową, bo proszę sobie wyobrazić pacjenta, który przyjeżdża do nas wyraźnie cierpiący, z dużym lekiem i obawą o siebie, a po zabiegu, który trwa zwykle nie dłużej niż godzinę, do półtorej, odczuwa ulgę, uśmiecha się i dziękuje za to, że przestało go boleć. A ten uśmiech dla nas znaczy bardzo dużo.

# Dlaczego warto rodzić w Elblągu?

Do najczęściej przeprowadzanych zabiegów w pracowni należy m.in. koronarografia serca, czyli badanie naczyń wieńcowych odżywiających ten najważniejszy mięsień. Pracownia odgrywa ogromną rolę w kontekście zawału i wykrywania chorób serca.

– W zależności od tego, jak szybko zostanie do nas dowieziony pacjent, to w przeciągu krótkiego czasu może mieć wykonany zabieg ratujący życie. Jeżeli zaś chodzi o diagnostykę i leczenie planowane, to również znaczenie pracowni hemodynamiki jest ogromne, bo możemy bardzo szybko wykryć wszelkie zmiany w obrębie układu wieńcowego i jesteśmy w stanie zapobiec np. zawałowi i jego konsekwencjom. Dzięki całodobowej gotowości pracowni pilne zabiegi mogą się odbywać o każdej porze dnia i nocy. W systemie zmianowym pracuje u nas wykwalifikowany zespół dziewięciu lekarzy, pięciu techniczek elektroradiologii oraz pięciu pielęgniarek – dodaje Elżbieta Milewska.



*Elżbieta Milewska,  
pielęgniarka koordynująca  
w Pracowni Diagnostyki  
Inwazyjnej Chorób  
Układu Krążenia*

W ciągu ostatnich 25 lat w pracowni hemodynamiki WSZ w Elblągu wykonano 37,5 tysiąca koronografii i 22 tysiące zabiegów angioplastyki wieńcowej. To rocznie około tysiąca angioplastyk i 1200 koronografii.

– W planach mamy zabiegi strukturalne na sercu, myślimy o zabiegach poszerzania, a być może w dalszej perspektywie - wszczepiania przezskórnego zastawek aortalnych, zamykania otworów między jamami w sercu, leczenia zatorowości płucnej, czy leczenia pacjentów wysokiego ryzyka z użyciem wspomaganie mechanicznego – pompy Impella – a takie zabiegi już wykonywaliśmy. Istotna jest także przyszła kadra. Cały czas szkolimy nowych kolegów, bo najważniejsze jest zachowanie ciągłości. A liczny zespół w perspektywie daje także nowe możliwości – mówi lek. Jakub Ostrowski.

**Wybór szpitala do porodu to ważna decyzja dla kobiety w ciąży. W tym miejscu przeżyje jeden z najbardziej wyjątkowych momentów w życiu i powita na świecie swoje dziecko. Oczekiwania kobiet związane z pobytem w szpitalu obejmują nie tylko opiekę przed i w czasie porodu. Coraz więcej przyszłych mam zwraca także uwagę na opiekę i gotowość do ewentualnego leczenia noworodka, jeśli zaistniałaby taka konieczność.**

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu przestrzeń Oddziału Ginekologiczno-Położniczego wraz z Traktem Porodowym to obecnie nowoczesne i bardzo dobrze wyposażone miejsce dla pacjentek w ciąży, w czasie porodu i pierwszym okresie połogu. W ostatnim okresie szpital zakupił nowoczesny sprzęt medyczny, m.in.: kompletny zestaw intensywnego nadzoru położniczego z kardiokardiofami, kardiomonitor, USG do wykrywania wad wrodzonych płodu, nowoczesne inkubatory. Wyposażenie oraz wykwalifikowany personel medyczny pozwala utrzymać III stopień referencyjności Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz Oddziału Oddział Noworodka, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka

## III stopień referencyjności. Co to oznacza?

Referencyjność szpitala zależy od poziomu wyspecjalizowania placówki. W polskiej ochronie zdrowia wyróżnia się trzy poziomy referencyjności, przy czym III poziom jest najwyższy. Taki poziom referencyjności ma Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu. Im lepiej wyposażony szpital i bardziej wyspecjalizowany zespół, tym wyższy ma poziom referencyjności. III stopień referencyjności oznacza najwyższe standardy opieki. W tego typu placówkach personel przygotowany jest także do opieki nad kobietami z ciążą zagrożoną, gdzie istnieje ryzyko urodzenia przed 31. tygodniem ciąży, a także gdy stwierdzono u płodu choroby lub wady genetyczne.

## Oddział neonatologiczny

Lekarze i pielęgniarki oddziału neonatologicznego zajmują się noworodkami, które urodziły się nawet przed 24. tygodniem ciąży i ważyły 480 gram. To z kolei może wiązać się m.in. z zaburzeniami oddechowymi, metabolicznymi, diagnostyką ewentualnych wad wrodzonych i potrzebą leczenia. Dla kobiety rodzącej, bliskość tak fachowej opieki dla dziecka staje się często kluczowym argumentem zapewniającym wewnętrzny spokój podczas porodu.

W ramach podstawowej opieki każde narodzone dziecko, w pierwszych dobach swojego życia, ma wykonywane badanie przesiewowe usg bioderek.

- Jest to badanie oceniające stawy biodrowe metodą GRAFA. Na tej podstawie możemy wcześniej i szybko rozpoznać dysplazję stawów biodrowych, a co za tym idzie, wdrożyć szybkie leczenie - wyjaśnia lekarz Paweł Bryl, specjalista pediatrii i specjalista neonatologii z Oddziału Noworodka, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka im. WOŚP.



Lekarz Paweł Bryl podczas wykonywania usg bioder noworodka

## Szkoła rodzenia i drzwi otwarte

Urządzenia wykorzystujące najnowsze technologie do badania stanu kobiety oraz dziecka, a także specjaliści zapewniający opiekę zdecydowanie wpływają na jakość pobytu. W szpitalu prowadzone są również zajęcia edukacyjne w funkcjonującej przy oddziale szkole rodzenia, do której przyszłe mamy powinny się zgłaszać po 20. tygodniu ciąży. Podczas kilkunastu cyklicznych spotkań przyszli rodzice mają możliwość konsultacji w zakresie porodu, pielęgnacji noworodka, laktacji, połogu.

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu organizuje także drzwi otwarte adresowane do przyszłych rodziców, w ramach których mają możliwość wizyty i rozmowy ze specjalistami: w szkole rodzenia, na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym oraz Oddziale Noworodka, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka. Szpital prowadzi także profil FB „Rodzę w Elblągu” dedykowany przyszłym i młodym rodzicom.



ZAPRASZAMY KOBIECY  
PO 20. TYGODNIU  
CIAŻY

## SZKOŁA RODZENIA

Zapisy  
do  
nowych  
grup

NASI EKSPERCI PROWADZĄ ZAJĘCIA  
I PRZYGOTOWUJĄ  
DO PORODU, POŁOGU  
ORAZ OPIEKI NAD NOWORODKIEM

REJESTRACJA:

 55 2395606

LUB OSOBIŚCIE  
NISKI PARTER GABINET D 05 G



# Kangurowanie

## Pierwsza misja młodego rodzica

Podczas porodu wiele kobiet decyduje się na obecność ojca dziecka, która daje poczucie bezpieczeństwa oraz buduje więzi rodzinne. Obok wsparcia kobiety, mężczyzna może i najczęściej decyduje się na kangurowanie swojego noworodka. Jest to bliski kontakt dziecka z rodzicem zaraz po narodzeniu.



Noworodek gołą skórą dotyka skóry swojego rodzica. O wielu zaletach kangurowania przyszli rodzice dowiadują się m.in. podczas zajęć w szkole rodzenia. Dzięki propagowaniu i zachęcaniu do kangurowania, w roku 2024 szpital zdobył srebrny medal w ogólnopolskim rankingu "Maluchy na brzuchy".



## Profil na



## Rok 2024 w liczbach

- ✓ liczba urodzeń: 1 295 dzieci
- ✓ liczba urodzeń bliźniaków: 24 pary

# Operacja „przez dziurkę od klucza”

**Chirurgia laparoskopowa ma niepodważalne miejsce w leczeniu raka jelita grubego.**

– W naszym szpitalu aż 70 proc. operacji przeprowadzanych jest tą małoinwazyjną techniką – mówi lek. Marek Pietruszka, z-ca koordynatora Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi WSZ w Elblągu i koordynator Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego.



*lekarz Marek Pietruszka,  
z-ca koordynatora Oddziału  
Chirurgii Onkologicznej  
z Pododdziałem Chirurgii  
Piersi i koordynator  
Centrum Kompetencji  
Raka Jelita Grubego*

Od czerwca 2021 roku w WSZ w Elblągu działa Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego (KON – JG), które realizuje kompleksową opiekę onkologiczną nad pacjentem z nowotworem jelita grubego. Każdy pacjent objęty jest opieką koordynatora, który ustala terminy badań diagnostycznych, a następnie wszystkie etapy leczenia onkologicznego, przygotowanego przez wielodyscyplinarny zespół lekarzy-specjalistów w dziedzinie chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej, radioterapii, patomorfologii oraz radiologii.

Na Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi WSZ w Elblągu wykonuje się m.in. operacje nowotworów jelita grubego techniką laparoskopową, która ciągle pozostaje dość rzadką metodą leczenia.

- Tymczasem na naszym oddziale, w zeszłym roku, wykonaliśmy około 70 procent zabiegów jelita grubego metodą laparoskopową – mówi lek. Marek Pietruszka. – To zabieg mało inwazyjny, można go potocznie nazwać „operacją przez dziurkę od klucza”. Technika laparoskopowa polega na wykonaniu kilku niewielkich nacięć w powłokach jamy brzusznej, przez które wprowadza się przyrząd zwany laparoskopem oraz specjalne narzędzia.

Podobnie jak w przypadku operacji otwartych, laparoskop pozwala na wykonanie takiej samej operacji usunięcia nowotworu jelita grubego, tyle, że z mniejszym urazem operacyjnym zadawanym choremu przez chirurga.



Zalety operacji laparoskopowej to przede wszystkim zmniejszenie utraty krwi w trakcie zabiegu oraz zmniejszeniu bólu w okresie okołoperacyjnym, co całościowo przekłada się na skrócenie pobytu pacjenta w szpitalu.

Bywa, że zabiegi przeprowadzane na jelicie grubym wymagają wyłonienia stomii, czyli otworu w jamie brzusznej, łączącego przewód pokarmowy z zewnętrzną powierzchnią skóry. Celem tworzenia stomii jest odprowadzanie stolca oraz gazów na zewnątrz organizmu. Planowanie stomii zaczyna się już w poradni prehabilitacyjnej, która także działa w WSZ w Elblągu, od wspólnego spotkania pacjenta i pielęgniarki.

– Sprzyja ono wzajemnemu poznaniu i zdobywaniu zaufania do siebie. Podczas rozmowy dowiadujemy się, jak pacjent spędza wolny czas i jakie ma zainteresowania, jaki zawód wykonuje, czy jest sprawny fizycznie i manualnie, czy ma dobry wzrok i jaką ma kondycję psychiczną, a nawet jaki ubiór preferuje. To naprawdę ważne, bo pomaga dostosować miejsce stomii tak, aby nie przeszkadzało pacjentowi w życiu codziennym - mówi piel. Anna Jaroszuk, z-ca pielęgniarki oddziałowej na Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Piersi WSZ w Elblągu.



*Anna Jaroszuk,  
z-ca pielęgniarki  
oddziałowej z Oddziału  
Chirurgii Onkologicznej  
z Pododdziałem  
Chirurgii Piersi*



Zespół chirurgów onkologicznych i instrumentariuszki w trakcie operacji.

W trakcie spotkania pacjent dowiaduje się, co to jest stomia, jakie są jej rodzaje, w jakim celu się ją wyłania i w jaki sposób się ją zaopatruje, co to jest woreczek stomijny i jak wygląda, gdzie można go kupić, a także jak wygląda finansowanie sprzętu stomijnego.

– W związku z tym, że większość operacji na jelicie grubym, na naszym oddziale przeprowadzanych jest metodą laparoskopową, gdzie po około 2-3 dniach, pacjent jest wypisywany do domu, ma on niewiele czasu na naukę wymiany worków stomijnych i samą pielęgnację stomii. Kompleksowo uczę więc zasady prawidłowej wymiany sprzętu stomijnego. Nie zawsze pacjent jest w stanie nauczyć się samodzielnie pielęgnacji stomii, wtedy do pomocy włączana jest rodzina, dla której zrobiony jest przynajmniej jeden instruktaż obsługi i pielęgnacji stomii – dodaje Anna Jaroszuk.

Co istotne: nie każdy przypadek operacyjny wymaga wyłonienia stomii, ale istnieje takie ryzyko. Dlatego każdy pacjent, który jest planowany do operacji jelita grubego ma wyznaczone miejsce stomii i podpisuje zgodę na jej wyłonienie. Na koniec profilaktyka, bo o niej nigdy za dużo. Jedyne badanie, które może wykazać obecność raka jelita grubego, to kolonoskopia. Jest ona koniecznością, szczególnie dla osób po 40 roku życia, a w przypadku gdy w rodzinie pojawił się nowotwór przewodu pokarmowego, nawet u osób młodszych.

– Często pacjent uważa, że wystarczy zrobić badanie na obecność krwi utajonej w kale i jeśli jej nie ma, mylnie zakłada, że wszystko jest w porządku. Tymczasem w jelitach mogą znajdować się polipy, które w ciągu kilku kolejnych lat mogą rozwinąć się w raka. Tylko kolonoskopia może stwierdzić ich obecność. A często jest tak, że już podczas pierwszej, diagnostycznej kolonoskopii zostają one usunięte. Kolonoskopia to jedyne badanie, które może nas uchronić przed rakiem. Dlatego zachęcam do jej wykonywania – kończy lek. Marek Pietruszka.

## PROFILAKTYKA Raka Jelita Grubego

# KOLONOSKOPIA

*badanie, które ratuje życie*

### Umów się na bezpłatne badanie

Badanie wykonywane jest bez skierowania osobom w wieku od 50 do 65 lat, u których w ciągu ostatnich 10 lat nie zostało wykonane takie badanie oraz osobom w wieku od 40 do 49 lat, u których w najbliższej rodzinie (krewny pierwszego stopnia) rozpoznano przypadek nowotworu jelita grubego.

Rejestracja telefonicznie:



**55 239 59 39**

codziennie w godzinach od 8:00 - 14:30

Rejestracja osobiście:

**Centrum Wczesnej Diagnostyki i Leczenia  
Nowotworów Przewodu Pokarmowego -  
Poradnia Gastroenterologiczna**  
(niski parter)

poniedziałek 8:00 - 17:00,  
wtorek-piątek 8:00 - 14:30

# Między szpitalem a pacjentem

**O zadaniach i pracy Koordynatora ds. Praw Pacjenta rozmawiamy z Małgorzatą Twardowską, która w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu pełni tę funkcję od ponad 10 lat.**

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

- W naszym szpitalu, Koordynator ds. Praw Pacjenta, swoją pracę rozpoczął w 2005 roku, funkcja ta istnieje więc już od ponad 20 lat. W 2014 roku tę rolę powierzono mi. Od tego czasu czuwam nad przestrzeganiem praw pacjenta przez personel placówki, na bieżąco i na miejscu pomagam pacjentom rozwiązywać ich sprawy, reaguję na skargi, podejmuję działania w sytuacji, gdy interpretacja praw pacjenta może być niewłaściwa. Działam w oparciu o Ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Interweniuję zarówno na wniosek pacjenta lub osoby działającej w jego imieniu, jak i z własnej inicjatywy.



*Małgorzata Twardowska,  
koordynator  
ds. Praw Pacjenta*

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

- Pacjenci są naprawdę bardzo różni. Zdarzają się tacy, którzy od wejścia są agresywni, pełni pretensji i wręcz krzyczą. Proszę wtedy o wyciszenie i spokojną rozmowę. Przekonuję, że jako koordynator jestem tutaj po to, żeby pomóc. Jeśli pretensje pacjenta lub rodziny pacjenta dotyczą np. długiego oczekiwania w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, to idę sprawdzić, jak sytuacja wygląda w rzeczywistości i wyjaśniam sprawę na miejscu. Oczywiście są też pacjenci spokojni i zrównoważeni, którzy bez emocji i z wielką logiką potrafią przedstawić swój problem. Wówczas wspólnie uzgadniamy dalsze postępowanie.

**Jakie cechy powinien mieć dobry Koordynator ds. Praw Pacjenta?**

- Na podstawie mojego dotychczasowego doświadczenia mogę powiedzieć, że pełniąc tę funkcję trzeba przede wszystkim umieć rozmawiać z drugim człowiekiem i być otwartym na niego i jego problemy. Trzeba wsłuchać się w pacjenta i pozwolić mu przedstawić swój problem. Praca ta wymaga dużej odporności psychofizycznej. Szczególnie w momentach, gdy emocje biorą górę i trzeba opanować sytuację.

**W styczniu 2023 r. Rzecznik Praw Pacjenta w Warszawie powołał Zespół ds. opracowywania dobrych praktyk dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie rozpoznawania skarg pacjentów. Została Pani powołana do udziału w pracach zespołu jako ekspert zewnętrzny – członek zespołu – z ramienia Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu.**

- To prawda. Reprezentując Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu znalazłam się w gronie ekspertów z Polski redagujących publikację dotyczącą opracowywania dobrych praktyk dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie rozpatrywania skarg pacjentów. Dobre praktyki obejmują cały proces postępowania w obszarze skarg i wniosków pacjentów – od informacji o możliwości ich składania, przez występujące w praktyce wątpliwości związane z badaniem sprawy, po działania, które warto podjąć już po jej rozpoznaniu. Publikacja ukazała się w październiku 2024 roku i jest dostępna na stronie [www.gov.pl](http://www.gov.pl), w zakładce Rzecznik Praw Pacjenta.

**Na koniec, jak można się z Panią skontaktować?**

- Pacjenci mogą przychodzić z problemami od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00 do 14.00, zadzwonić pod numer telefonu 55 23 95 636 lub skontaktować się ze mną mailowo, na adres [mtwardowska@szpital.elblag.pl](mailto:mtwardowska@szpital.elblag.pl). Można także zadzwonić pod numer 800 190 590 na Telefoniczną Informację Pacjenta, która jest czynna całą dobę.



# Certyfikaty potwierdzające wysoką jakość

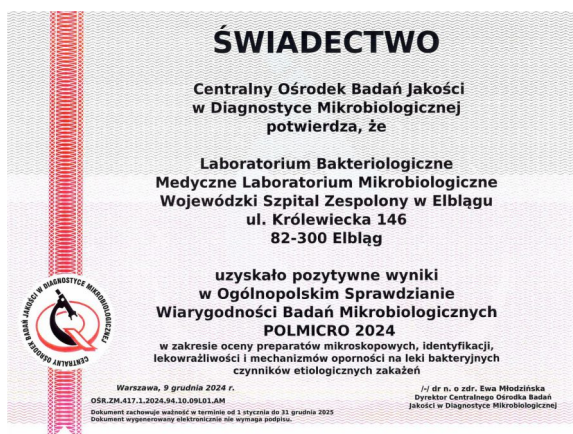
W maju 2024 r. Wojewódzki Szpital Zespolony otrzymał z Ministerstwa Zdrowia certyfikat akredytacyjny potwierdzający spełnienie standardów szpitalnego systemu jakości dawstwa.

W grudniu tego samego roku, Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej przekazał szpitalowi certyfikat potwierdzający, że działające w szpitalu Laboratorium Bakteriologiczne Medyczne Laboratorium Mikrobiologiczne uzyskało pozytywne wyniki w "Ogólnopolskim sprawdzianie wiarygodności badań Mikrobiologicznych POLMICRO 2024". Certyfikat dotyczy pozytywnej oceny w zakresie preparatów mikroskopowych, identyfikacji, lekowrażliwości i mechanizmów oporności na leki bakteryjnych czynników etiologicznych zakażeń.



Przekazanie certyfikatu akredytacyjnego. Na zdjęciu od lewej:

Bożena Ropelewska - dyrektor ds. pielęgniarstwa WSZ w Elblągu, Anna Milecka - koordynator wojewódzki Poltransplant, Wojciech Wenski - koordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Marzena Glińska - pełnomocnik dyr. ds. jakości WSZ w Elblągu, Piotr Tomaszewski - dyrektor ds. ekonomiczno-finansowych WSZ w Elblągu, Anna Skalska - koordynator pobrania i przeszczepiania na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.





# ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

**Wszystkich pacjentów zachęcamy do udziału w badaniu ankietowym dotyczącym jakości opieki medycznej w naszym szpitalu.**

Swoją opinię można przekazać drogą elektroniczną poprzez wypełnienie ankiety dostępnej na stronie:

<https://www.cmj.org.pl/ankiety/wsz>

lub po zeskanowaniu kodu



Badanie prowadzone jest w sposób ciągły. Poprzez ocenę doświadczeń pacjentów z opieki i leczenia w szpitalu, otrzymujemy informacje, które umożliwiają skuteczniejsze doskonalenie jakości. System raportowania, jaki wypracowało Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, umożliwia wgląd i analizę wyników ankietowych na bieżąco, co z kolei pozwala na osiąganie coraz lepszych wskaźników jakości m.in.: świadczonych usług medycznych, rozwój sprzyjających warunków hospitalizacji oraz bezpiecznych i higienicznych warunków pracy.



# W roku 2024 pożegnaliśmy



## **Małgorzata Kisielewska**

w latach 1988 - 2021 roku, do czasu przejścia na emeryturę, pracowała na stanowisku przyuczonego technika fizjoterapii (1988 – 2014) oraz sekretarki medycznej (od 2014 r.). Przez cały okres pracowała w Zakładzie Rehabilitacji.

Zmarła 5 lutego 2024 roku, w wieku 65 lat.

## **Wojciech Liszewski**

od 1986 r. pracował w Kolumnie Transportu Sanitarnego, następnie w 2000 r. przeszedł do Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego, gdzie pracował na stanowisku kierowcy karetki pogotowia.

Zmarł 27 kwietnia 2024 r. w wieku 59 lat.

## **Mieczysław Celiński**

w latach 1988 - 2013 pracował na stanowisku kierownika działu energetycznego, po czym przeszedł na emeryturę. Od 2014 do 2016 roku pracował na stanowisku specjalisty w dziale energetycznym.

Zmarł 28 maja 2024 r. w wieku 76 lat.

## **Alicja Karpińska-Ligaj**

w latach 1988 - 2007 pracowała na stanowisku z-cy ordynatora w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W 2007 roku przeszła na emeryturę i do 31 marca 2021r. pracowała na OIOM oraz jeździła karetką S.

Zmarła 1 września 2024 roku, w wieku 77 lat.

## **Mirosława Lisiecka**

w latach 1988 - 2020 pracowała na stanowisku zastępcy pielęgniarki oddziałowej Oddziału Pediatrycznego z Pododdziałem Neurologiczno-Rehabilitacyjnym. Przeszła na emeryturę, a w 2021 roku ponownie została zatrudniona na stanowisku starszej pielęgniarki na wspomnianym wcześniej oddziale, gdzie pracowała do 30 czerwca 2023 roku.

Zmarła 7 września 2024 roku, wieku 64 lat.

## **Marek Pasieczny**

magister farmacji, założyciel i pierwszy kierownik apteki szpitalnej.

Zmarł 7 lipca 2024 r. w wieku 81 lat.



ISBN-1642-1922 Egzemplarz bezpłatny

