

Październik
Nr 4 (28) 2019
ISSN 2545-0336

 SZPITAL UNIERSYTECKI NR 1
IM. DR. ANTONIEGO JURASZA
W BYDGOSZCZY 1937

NASZ SZPITAL

www.jurasza.pl

Biuletyn Szpitala Uniwersyteckiego nr 1
im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy





UNIwersytet
MIKOŁAJA KOPERNIKA
W TORUNIU
Collegium Medicum
im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

www.cm.umk.pl

MEDYCZNA ŚRODA

XXVI EDYCJA

- 09.10.2019 r.** Eksperymenty na samym sobie w dziejach nauki i medycyny
dr hab. Wojciech Szczesny, prof. UMK
- 16.10.2019 r.** Mózg z żelaza, czyli co ma żelazo do naszej pamięci
dr Inga Dziembowska
- 23.10.2019 r.** Rak piersi – raport patomorfologiczny GPS-em klinicysty
dr Ewa Śrutek
- 30.10.2019 r.** 120 urodziny aspiryny
dr hab. Alicja Nowaczyk, prof. UMK
- 06.11.2019 r.** Manekin jak żywy w edukacji studenta
mgr Zofia Tekień-Jankowska, lic. Miłosz Wardziński, mgr Wojciech Kaczmarek
- 13.11.2019 r.** Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby (NAFLD) czy stanowi realne zagrożenie – przyszłość czy teraźniejszość?
dr Paweł Rajewski
- 20.11.2019 r.** Czy istnieje „gejowski gen”? O genetycznych uwarunkowaniach homoseksualizmu i innych złożonych zachowaniach słów kilka
prof. dr hab. Tomasz Grzybowski
- 27.11.2019 r.** Suplementy diety i młodzież: nieograniczona dostępność, dezinformacja, skutki stosowania
dr hab. Bogumiła Kupcewicz, prof. UMK, mgr Mariusz Zapadka
- 04.12.2019 r.** Transfer mikrobloty jellitowej – stara/nowa metoda leczenia
dr Krzysztof Czyżewski
- 11.12.2019 r.** Vivaldi w Mobilnej-Rekreacji-Muzycznej
dr Michalina Radzińska
- 18.12.2019 r.** Nowe spojrzenia na otyłość i nadwagę
lek. Mariusz Gawrych
- 08.01.2020 r.** Dylematy etyczne terapii intensywnej i uporczywej w OIT
dr Waldemar Cyrankiewicz
- 15.01.2020 r.** Stres i zmęczenie – nasi wrogowie czy sprzymierzeńcy?
dr hab. Agnieszka Siomek-Górecka, prof. UMK
- 22.01.2020 r.** Anestezjologia interdyscyplinarna – historia i teraźniejszość
dr hab. Katarzyna Śierakowska, prof. UMK
- 29.01.2020 r.** Przeszczep wątroby na tle osiągnięć współczesnej transplantologii
dr Beata Januszko-Giergielewicz, mgr Monika Siekierka

Uwaga!

Zmiana miejsca wykładów
na budynek Wydziału Farmaceutycznego
w Bydgoszczy, aula 35 - parter

Collegium Medicum UMK zaprasza na cykl wykładów popularnonaukowych z dziedziny medycyny w każdą środę o godz. 18:00 do auli 35 (parter) w budynku Wydziału Farmaceutycznego ul. dr. A. Jurasza 2 w Bydgoszczy

**WSTĘP
WOLNY**



Czy uda się uzdrowić polską ochronę zdrowia ?

Przed nami kolejne wybory, tym razem parlamentarne. Do rąk czytelników, biuletyn ten trafi już po ogłoszeniu ich ostatecznego wyniku, tak więc Państwo macie tę uprzywilejowaną sytuację, iż wiecie więcej niż ja, na etapie kreślenia tych kilku słów.

Wydaje się, że jednym z głównych wyróżników kampanii wyborczej roku 2019 jest ożywiona dyskusja na temat naprawy systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Nie ma chyba opcji politycznej, która nie poświęciłaby temu tematu swojej uwagi. Opozycja w swoich programach wyborczych wskazuje na złą sytuację w ochronie zdrowia i konieczność jej naprawy. Partia rządząca natomiast, nie wykluczając kolejnych reform, ku zaskoczeniu wszystkich mówi o jej dobrej kondycji. Każda ze stron uzasadniała aktualny stan rzeczy „własnymi” argumentami. Każda też zaproponowała własną receptę na jej nomen omen uzdrowienie.

Propozycje partii rządzącej oprócz dotychczas obiecywanego zwiększenia wydatków na ochronę zdrowia, podwyżek dla lekarzy, lekarzy rezydentów, pielęgniarek i pracowników pozostałych zawodów medycznych skupiły się głównie na polityce senioralnej, w tym darmowych lekach i większej liczbie miejsc w placówkach dla osób starszych.

W swoich programach wyborczych, szeroko rozumiana opozycja w ramach naprawy systemu ochrony zdrowia proponuje przede wszystkim skrócenie kolejek zarówno do specjalisty, jak i przyjęcia do szpitala, odbiurokratyzowanie pracy personelu medycznego, lepszą profilaktykę, szczególnie tę onkologiczną, wsparcie in vitro, darmowe leki, i in.

Swoją propozycję przedstawiło także środowisko lekarskie – poprzez ostrą kampanię informacyjną starając się skłonić społeczeństwo do wywarcia presji na polityków odpowiedzialnych za dramatyczną ich zdaniem sytuację służby zdrowia. Proponują zwiększenie nakładów finansowych, połączenie wzorem lat ubiegłych resortu zdrowia z opieką społeczną, wprowadzenie maksymalnego czasu oczekiwania na pomoc lekarską lub badanie medyczne, a także podwyższenie standardów profilaktyki u dzieci.

Jednym słowem, wielki pakiet pomysłów i obietnic płynący ze wszystkich stron. Powstaje tylko pytanie, czy są to propozycje realizowalne ?

Niewątpliwie bardzo optymistycznym sygnałem jest to, że wszystkie strony polskiej sceny politycznej obiecują podniesienie nakładów na ochronę zdrowia. Dzisiaj już chyba wszyscy obywatele, a na pewno uważni obserwatorzy sceny politycznej wiedzą, jaki procent PKB stanowią nakłady na ochronę zdrowia w Polsce, i jaki jest minimalny procent oczekiwany przez środowisko medyczne (dla przypomnienia około 7%). Tak na marginesie, kiedyś było to jedno z pytań z którym nie zawsze radzili sobie moi studenci. Czyli można by powiedzieć, że właśnie odnieśliśmy pierwszy edukacyjny sukces tej ogólnopolskiej dyskusji. Zastanawiam się jednak czy po wyborach determinacja i konsekwencja z jednej strony rządzących z drugiej strony opozycji będą takie, które jak opadnie kurz bitwy kampanijnej pozwolą usiąść wszystkim przy jednym stole i wypracować rozwiązania, które znacząco poprawią los polskich pacjentów - czas pokaże.

Na koniec, mając jednak wiele wątpliwości w tym względzie, tak na wszelki wypadek chciałbym wszystkim polskim pacjentom, życzyć dużo zdrowia i wytrwałości na najbliższe lata.

dr n. o zdr. inż. Jacek Kryś
Dyrektor Szpitala

Z podziękowaniami za lata dobrej współpracy

17 września 2019 r., Dyrektor Szpitala Jacek Kryś złożył na ręce Pani dr n. med. **Ireny Daniluk-Matraś**, Kierownik Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży oraz **Pana dr. hab. Grzegorza Kozery**, Kierownika Kliniki Neurologii podziękowanie za wieloletnią współpracę. W spotkaniu udział wzięli kierownicy wszystkich klinik szpitala oraz dyrekcja szpitala.

Pani Doktor Irena Daniluk-Matraś swoją pracę w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza rozpoczęła w roku 2004 na stanowisku starszego asystenta. W roku 2010 objęła kierownictwo oddziału. Przez 15 lat pracy na rzecz szpitala w znacznym stopniu rozwinęła funkcjonowanie oddziału i zakres wykonywanych świadczeń. Dziś oddział może pochwalić się osiągnięciami na ogólnopolską skalę: „Zostawiam oddział w bardzo dobrych rękach, zespół jest bardzo zgrany, świetnie przygotowany do samodzielnej pracy. Mam nadzieję, że będą się dalej rozwijać – również naukowo, by jak najlepiej służyć małym pacjentom”.

Pan dr hab. Grzegorz Kozera kierował Kliniką Neurologii przez ostatnie 4 lata. Dzięki jego zaangażowaniu oraz pracy całego zespołu kliniki znacząco zwiększył wskaźnik wykonanych tromboliz, co wpłynęło na większą skuteczność leczenia pacjentów z udarem mózgu. Rozpoczął również badania wykrywania obecności przecieku z krążenia małego do dużego metodą c-TCD, co jest szczególnie istotne w diagnostyce przyczyn udaru mózgu u osób młodych.

Dyrektor Szpitala Jacek Kryś, dziękując za dotychczasową współpracę podkreślił, że podejmowane na przestrzeni ostatnich lat działania w zakresie rozwoju w obu klinik, będą w przyszłości kontynuowane. Złożył również serdeczne życzenia realizacji dalszych planów i zamierzeń, wspieranych dobrym zdrowiem i zasłużoną satysfakcją z dotychczasowych zawodowych dokonań oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.



Ilona Grzeszak konsultantem wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego

Miło nam poinformować, że Pani **Ilona Grzeszak**, Pielęgniarka Oddziałowa Kliniki Geriatrii została powołana na stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego. Pani Ilona Grzeszak jest pielęgniarką z 32-letnim doświadczeniem zawodowym. Przez 14 lat pracowała w Klinice Psychiatrii a od 2000 roku opiekuje się pacjentami i organizuje pracę zespołu pielęgniarskiego w Klinice Geriatrii.

Serdecznie gratulujemy!

Nowy Kierownik Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży



1 października Dyrektor Szpitala powołał na stanowisko kierownika Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży dr. n. med. Przemysław Gałązkę. Dr. n. med. Przemysław Gałązka jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej im. dr

Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Tytuł lekarza uzyskał w 2003 roku z wynikiem bardzo dobrym. Przez okres studiów medycznych wielokrotnie stypendysta Ministra Zdrowia za bardzo dobre wyniki w nauce oraz działalność naukową. Od początku swojej pracy zawodowej jest związany ze Szpitalem Uniwersyteckim nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza w Bydgoszczy oraz reaktywowaną Katedrą i Kliniką Chirurgii Dziecięcej. Tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii dziecięcej uzyskał w 2011 roku pod kierunkiem dr n. med. Ireny Daniluk-Matras. Po reorganizacji Kliniki Chirurgii Dziecięcej - w 2014 roku - w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Dzieci i Młodzieży pełni rolę Zastępcy Ordynatora. 15 października 2014 roku uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Miko-

łaja Kopernika uzyskał stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny. Promotorem jego pracy doktorskiej dotyczącej rozszerzenia badań morfologicznych u niemowląt leczonych operacyjnie z powodu choroby Hirschsprunga był profesor Andrzej Marszałek. Od wielu lat nauczyciel akademicki, aktualnie Adiunkt na Wydziale Lekarskim CM UMK. Jego zainteresowania naukowe skupiają się wokół wykorzystania zaawansowanych procedur małoinwazyjnych do korekcji złożonych wad wrodzonych u noworodków, z powodzeniem wprowadził w naszym ośrodku zabiegi torakoskopowej korekcji wrodzonego zarośnięcia przełyku (także w przypadku zarośnięcia długoodcinkowego), oszczędzające miąższ płucny torakoskopowe resekcje wad wrodzonych płuc a od 2015 roku zabiegi korekcji lejkowatej klatki piersiowej techniką MIRPE. Od 2017 roku jest wykładowcą w zakresie "wad dróg oddechowych" podczas kursów specjalizacyjnych CMKP prowadzonych w Klinice Chirurgii Dziecięcej I Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (Kierownik Naukowy: prof. dr hab. n. med. Andrzej Kamiński). Członek międzynarodowych towarzystw: European Society of Pediatric Endoscopic Surgeons oraz Pediatric Colorectal Club. 41 lat, prywatnie: żonaty, 1 syn, interesuję się muzyką i żeglarswem.

Nowy Kierownik Kliniki Neurologii



Z dniem 1 października 2019 r. Dyrektor Szpitala dr n. o zdr. inż. Jacek Kryś powołał na stanowisko Kierownika Kliniki Neurologii dr. Piotra Rajewskiego. Dr Piotr Rajewski urodził się 13.03.1974 r. w Bydgoszczy. Pochodzi z rodziny lekarskiej: ojciec- specjalista chorób wewnętrz-

nych, nefrolog, współtwórca Stacji Dializ SU nr 1, matka- neurolog, długoletnia ordynator w Klinice Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1. W 1993 r. ukończył z wyróżnieniem I Liceum Ogólnokształcące w Bydgoszczy. W tym samym roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, które ukończył z wyróżnieniem w 1999 r. uzyskując tytuł lekarza medycyny. Staż podyplomowy odbywał w Wielospecjalistycznym Szpitalu Miejskim im. E. Warmińskiego w Bydgoszczy. Od 1999 r. związany z SU nr 1. Od 1999 r. do 2003 r. był uczestnikiem studiów doktoranckich w Katedrze i Klinice Neurologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy, gdzie po ich ukończeniu został zatrudniony na stanowisku asystenta, a od 2009 r. na stanowisku adiunkta. W 2005 r. uzyskał stopień naukowy

doktora nauk medycznych na podstawie rozprawy doktorskiej napisanej pod kierunkiem dr hab. med. Barbary Książkiewicz, prof. UMK: „Przydatność badania potencjałów wywołanych i przewodnictwa w nerwach obwodowych w diagnostyce neuropatii cukrzycowej”. W 2006 r. uzyskał tytuł specjalisty II stopnia w zakresie neurologii. Od 2007 r. lekarz prowadzący Centrum Udarów Mózgu Kliniki Neurologii. Reprezentant szkoły neurologii prof. Romana Mazura- holistycznego postrzegania człowieka. W latach 2008-2012 r. był członkiem Rady Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu. Od lat aktywnie związany z Oddziałem Kujawsko-Pomorskim Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, gdzie przez kilka kadencji pełnił funkcje sekretarza. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Udaru Mózgu. Po szkoleniu w Centralnym Szpitalu Klinicznym Akademii Medycznej w Warszawie zdobył uprawnienia do wykonywania i oceny multimodalnych potencjałów wywołanych. Jest autorem i współautorem ponad 70 prac i doniesień naukowych, w których dominuje tematyka chorób naczyniowych mózgu. Prywatnie żonaty, ma córkę Alicję- studentkę II roku Wydziału Lekarskiego CM UMK. W wolnych chwilach uprawia sport (były mistrz Uczelni w tenisie stołowym, kilkakrotnie reprezentant w tenisie ziemnym) i podróżuje.

50 wspaniałych lat!



2 października odbyła się uroczystość, podczas której w szczególny sposób uhonorowano 50 lat pracy Pani **dr Marii Goc** – lekarza w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Pani Doktor jest związana ze Szpitalem Jurasza od sierpnia 1969 r. Jest lekarzem niezwykle oddanym pacjentom. Należy podkreślić Jej cierpliwość i pracowitość, a nade wszystko skromność. Jest także

Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii z wielkim zaangażowaniem i szacunkiem w pięknych słowach wyraziła szacunek środowiska lekarskiego dla Pani Doktor: „Mamy to szczęście być blisko specjalisty, który w pracy w sposób tylko sobie wiadomy stwarza anestezjologiczną możliwość przeprowadzenia ryzykownej operacji, a w sprawach uznanych za beznadziejne, dzieląc się wiedzą i doświad-



niekwestionowanym autorytetem moralnym. Nie unikała nigdy żadnych wyzwań związanych z pracą zawodową i działalnością społeczną. Wychowała wiele pokoleń lekarzy, a swoją wiedzą i doświadczeniem do dziś służy młodszymi kolegom. W 2004 roku dr Maria Goc została laureatką nagrody CEREBRUM MEDICI przyznawanej przez Bydgoską Izbę Lekarską. W roku 2017 wyróżniona statuetką Osobowość Szpitala podczas Jubileuszu 80-lecia Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Dr hab. Katarzyna Sierakowska, Kierownik



zeniem pokazuje inną perspektywę szans na wygraną. I nigdy nie zniechęca się żadną porażką, zawsze wierzy w człowieka i w każdym dostrzega iskrę dobra”.

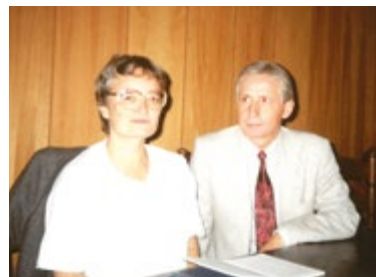
W imieniu całej społeczności Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza składamy Pani Doktor najserdeczniejsze podziękowania za długoletnią i sumienną pracę, życząc wielu sukcesów, dużo zdrowia oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym i rodzinnym.



Doktor Maria Goc podczas pracy



Od lewej: doktor Halina Górniak, dyrektor Mieczysław Boguszyński, doktor Maria Goc



Doktor Maria Goc i prof. Zdzisław Kruszyński

Finansowe wsparcie dla leczenia białaczek



18 września 2019 r., Janusz Cieszyński, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia oraz dr n. o zdr. inż. Jacek Kryś, dyrektor Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy podpisali umowę na dofinansowanie wyposażenia Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii w sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek. Przedmiotem dofinansowania jest zakup nowego cytometru przepływowego. Kwota dofinansowania to 389 130 PLN. Cytometr przepływowy przy użyciu oznakowanych fluorescencyjnych przeciwciał pozwala określać fenotyp komórek nowotworowych i ekspresję poszczególnych białek. Cytometria przepływowa pozwala określać stopień zróżnicowania białek, pochodzenie, markery prognostyczne, ale także terapeutyczne, służące podejmowaniu decyzji w postępowaniu leczniczym. Dodatkowo cytometria pozwala na ocenę skuteczności leczenia, poprzez ocenę tzw. "choroby resztkowej", czyli odsetka

komórek o cechach fenotypowych odpowiadających nowotworowi, które pozostają po leczeniu. Cytometria przepływowa znajduje zastosowanie głównie w diagnostyce pomocniczej nowotworów hematologicznych, ponieważ są one guzami płynnymi. Jest jednak jeden nowotwór, który można zdiagnozować wyłącznie tą metodą - przewlekłą białaczkę limfocytową. Jednym z głównych elementów cytometru przepływowego są źródła światła laserowego, które służą do wzbudzania markerów fluorescencyjnych, co umożliwia ocenę ich emisji. Liczba markerów, które jednocześnie można oceniać, określa czułość metody.

W chwili obecnej Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii posiada jeden cytometr zakupiony w 2011 r., który posiada 8 kolorów. Zgodnie z najnowszymi wytycznymi grupy eksperckiej dla białaczki limfocytowej, zostanie zakupiony cytometr posiadający 10 kolorów.

Trenażer Laparoskopowy na bloku operacyjnym

Dzięki staraniom firmy **Olympus** oraz **Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej** na bloku operacyjnym został na stałe zainstalowany trenażer do zabiegów laparoskopowych dla studentów. Trenażer dostępny jest dla wszystkich studentów, choć w szczególności dedykowany jest studentom odbywającym zajęcia w ramach bloku "urologia". Dzięki temu urządzeniu studenci w przerwach między operacjami mogą wolny czas poświęcić na naukę technik małoinwazyjnych w chirurgii.



Warsztaty „Rozpoznawanie śmierci mózgu” w Centrum Symulacji Medycznych Collegium Medicum UMK w ramach cyklu konferencji naukowo-szkoleniowych „Anestezjologia Interdyscyplinarna”



Kontynuację cyklu konferencji naukowo-szkoleniowych organizowanych od 2018 r. przez Katedrę i Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM UMK we współpracy z jednostkami CM UMK oraz innych polskich uczelni stanowiły warsztaty dla interdyscyplinarnego personelu medycznego p.t. „Rozpoznawanie śmierci mózgu”, które odbyły się 10.06.2019 r. w Centrum Symulacji Medycznych Collegium Medicum UMK. Były to pierwsze w województwie kujawsko-pomorskim i najprawdopodobniej pierwsze w Polsce interdyscyplinarne warsztaty z wykorzystaniem symulatorów wysokiej wierności dotyczące diagnostyki śmierci mózgu. Warsztaty pod Honorowym Patronatem Prorektor ds. Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy prof. dr hab. med. Grażyny Odrowąż-Sypniewskiej i Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii w województwie kujawsko-pomorskim dr Beaty Kościakowskiej były prowadzone przez zespół dydaktyczny Collegium Medicum UMK i zespół Centrum Symulacji Medycznych CM UMK oraz gościnnie przez prof. dr hab. med. Romualda Bohatyrewicza - Kierownika Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii SPSK1 PUM w Szczecinie – wchodzącego w skład zespołu specjalistów, którzy opracowali kryteria i sposób stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu*. Warsztaty otworzyła dr hab. med. Katarzyna Sierakowska, Kierownik Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii CM UMK oraz dr n. med. Mirosława Felsmann, Dyrektor Centrum Symulacji Medycznych CM UMK omawiając „Nauczanie symulacyjne drogą rozwoju dydaktyki medycznej w Collegium Medicum

Uniwersytetu Mikołaja Kopernika”. Podczas dalszej części sesji plenarnej przedstawiono badania instrumentalne wykonywane podczas diagnostyki śmierci mózgu:

- „Obrazowanie śmierci mózgu” - dr hab. med. Zbigniew Serafin, prof. UMK,
- „USG przezczaszkowe. Badania elektrofizjologiczne: EEG” - dr hab. med. Grzegorz Kozera,
- „Badania elektrofizjologiczne: multimodalne potencjały wywołane” - dr hab. med. Katarzyna Pawlak-Osińska, prof. UMK.

W związku ze zbliżającym się ogłoszeniem zmian w zakresie kryteriów i sposobu stwierdzania śmierci mózgu prof. dr hab. med. Romuald Bohatyrewicz wygłosił wykład pt. „Nowelizacja kryteriów rozpoznawania śmierci mózgu”.

Nowelizacja kryteriów i sposobu rozpoznawania śmierci mózgu następuje w oparciu o Ustawę z dnia 24 lutego 2017 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. poz. 767), która:

1. przenosi sprawy związane ze stwierdzaniem śmierci mózgu z Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek tkanek i narządów (Dz. U. 2015, poz. 793 [tekst jednolity przed wejściem w życie ustawy zmieniającej], Dz. U. 2017. poz. 1000 [tekst jednolity po wejściu w życie ustawy zmieniającej]);
2. zmienia sposób i kryteria stwierdzania śmierci mózgu (nie pojawia się pojęcie „komisja ds. stwierdzania śmierci mózgu”, śmierć mózgu stwierdza nie trzech, a dwóch specjalistów, którzy nie są do tej czynności specjalnie

powoływani, a ich prawo do stwierdzania śmierci mózgu wynika bezpośrednio z posiadania odpowiedniej specjalizacji).

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2017 r. poz. 125) wprowadza się następujące zmiany: Trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu (śmierć mózgu) stwierdza jednogłośnie dwóch lekarzy specjalistów posiadających II stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty, w tym jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii lub neonatologii, a drugi w dziedzinie neurologii, neurologii dziecięcej lub neurochirurgii.

W ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2015 r. poz. 793, 1893 i 1991) wprowadza się następujące zmiany: „Do czasu ogłoszenia sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego

nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) oraz nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów na podstawie art. 43a ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w postępowaniu, o którym mowa w art. 43a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się kryteria i sposób ogłoszone na podstawie art. 9 ust. 3 i art. 9a ust. 3 ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu dotychczasowym”.

Dotychczasowe obwieszczenia w sprawie stwierdzania ustania czynności mózgu (M.P. 2007 nr 46 poz. 547) i nieodwracalnego zatrzymania krążenia (M.P. 2010 nr 59 poz. 784) obowiązują do czasu ogłoszenia nowych obwieszczeń przez Ministra Zdrowia

*Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu (MP 2007, nr 46, poz. 547).



Apteka Szpitalna pod nowym kierownictwem

Z dniem 31 lipca 2019 roku przeszła na emeryturę Pani Małgorzata Połomska, kierownik Apteki Szpitalnej, związana zawodowo z naszym szpitalem od 1987 r. W trakcie wielu lat swojej pracy wykazała się doświadczeniem i wiedzą merytoryczną w zakresie organizacji pracy apteki szpitalnej oraz zaangażowaniem w realizację obowiązków służbowych.

Z dniem 1 sierpnia Dyrektor Szpitala dr n. o zdr. inż. Jacek Kryś powołał na stanowisko Kierownika Apteki Panią **Annę Klarkowską**. Pani Anna Klarkowska jest absolwentką kierunku Farmacja oraz Analityka Medyczna Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Od 1 maja 2009 roku podjęła pracę jako młodszy asystent w naszej aptece, wykonując przede wszystkim preparaty do żywienia parenteralnego w Pracowni Żywnościowej. W trakcie pracy odbyła wiele szkoleń z zakresu żywienia do i pozajelitowego, uzyskując bogatą wiedzę w tej dziedzinie farmacji. W grudniu 2018 roku zdała egzamin państwowy uzyskując specjalizację w zakresie farmacji szpitalnej.



Medal Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów dla prof. dr. hab. Jana Styczyńskiego



12 września 2019 r. **prof. dr. hab. Jan Styczyński** został odznaczony medalem Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów (PTHiT) za „szczególne osiągnięcia w dziedzinie hematologii i badawcze dokonania, które niejednokrotnie sławiły imię polskiej nauki”.

Wydarzenie miało miejsce podczas uroczystości inauguracji XXVIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów w Łodzi. Pan profesor jest lekarzem nadzorującym pracę Oddziału Transplantacji Szpiku Kostnego w Klinice Pediatrii Hematologii. Od 2017 roku pełni funkcję konsultanta krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej.



Pomoc dla transplantacji szpiku na Ukrainie



Prof. Jan Styczyński | Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii

Prof. Jan Styczyński z Katedry Pediatrii, Hematologii i Onkologii w dniach 27-28 września uczestniczył w spotkaniu zorganizowanym w Kijowie na zaproszenie lekarzy ze szpitala Kijowskiego Instytutu Matki i Dziecka „Ochmatdyt” celem wymiany doświadczeń i przygotowań do uruchomienia programu przeszczepień komórek krwiotwórczych od dawców niespokrewnionych dla pacjentów ukraińskich. Poza prof. Styczyńskim na zaproszenie strony ukraińskiej udział wzięli również prof. Krzysztof Kałwak z Wrocławia i prof. Katarzyna Drabko z Lublina. W chwili obecnej na Ukrainie trwają prace

nad regulacją prawną takich przeszczepień, a jednocześnie trwa budowa nowego szpitala i oddziałów hematologicznych i transplantacyjnych. W spotkaniu wzięli też udział lekarze z innych ośrodków, w których planuje się uruchomienie oddziałów przeszczepowych (Odessa, Czerkasy, Charków i Dnipropietrowsk).

W latach 2015-2019 w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. Jurasza wykonano przeszczepienie komórek krwiotwórczych od dawców niespokrewnionych dla ponad 20 dzieci z Ukrainy.

Nowi specjaliści w Klinice Urologii

W dniu 29 czerwca 2019 czterech rezydentów Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej Jan Adamowicz, Filip Kowalski, Adam Ostrowski oraz Jacek Wilamowski zdało państwowy egzamin specjalizacyjny w dziedzinie urologii uzyskując tytuł specjalisty urologa oraz zawodowo - naukowy tytuł Fellow of the European Board of Urology (FEBU), który jest odpowiednikiem

specjalizacji europejskiej w urologii. Polski egzamin specjalizacyjny jest jednocześnie europejskim egzaminem specjalizacyjnym od ponad 20 lat, dzięki czemu rezydenci w Polsce otrzymują oba tytuły jednocześnie. Egzamin specjalizacyjny w dziedzinie urologii w Polsce jest całkowicie finansowany przez Polskie Towarzystwo Urologiczne.



Na zdjęciu od lewej stoją: dr n. med. Jan Adamowicz, FEBU, lek. Mateusz Kadłubowski, FEBU (Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej w Toruniu), lek. Filip Kowalski, FEBU, lek. Andrzej Baranowski, FEBU (Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej w Toruniu), lek. Adam Ostrowski, FEBU, Prof. Tomasz Drewa, FEBU, lek. Jacek Wilamowski, FEBU.

Podjęliśmy wyzwanie #tetrishallenge – zdjęcie na naszej okładce!

Akcja #tetrishallenge to wyzwanie, które polega na tym, że pracownicy różnych służb układają wyposażenie swoich pojazdów niczym klocki z popularnej niegdyś gry tetris. Zdjęcia, wykonane najczęściej z lotu ptaka pokazują niesamowity widok – układankę, której wszystkie elementy złożone razem służą ratowaniu zdrowia i życia ludzkiego, mienia i utrzymania porządku. Policjanci, strażacy, żołnierze, ratownicy prześcigają się w wymyślaniu jak najciekawszych aranżacji. Zachwyceni tą akcją pracownicy Kliniki Medycyny Ratunkowej naszego szpitala postanowili podjąć wyzwanie!



Pod przewodnictwem Adrianny Czajkowskiej, ratownika medycznego, po uzyskaniu zgody dyrekcji, ekipa SOR przystąpiła do działania. Aby nie utrudnić działania szpitala cała akcja została przeprowadzona w niedzielę o poranku; część pracowników została po nocnym dyżurze, część przyszła do pracy w swoim wolnym czasie. Przygotowanie się do wyzwania, czyli wyniesienie „ruchomego” sprzętu z SOR, ułożenie wszystkiego, wykonanie zdjęcia i posprzątanie pojazdu zajęło około 30 minut. W tym czasie SOR funkcjonował normalnie.

Zdjęcie natychmiast powędrowało w „świat” mediów społecznościowych, wzbudzając ogromną sensację. Okazało się, że do tej pory jeszcze żaden szpital czegoś takiego nie zrobił. Posypała się lawina pozytywnych komentarzy, zdjęcie wielokrotnie udostępniano, pisały o nas wszystkie portale ratownicze, zarówno z Polski jak i ze świata. Nasz szpital odwiedziły stacje telewizyjne i radiowe. Nie spodziewaliśmy się aż takiego rozgłosu. Cała akcja zakończyła się sukcesem, bawiliśmy się przy tym świetnie, doświadczenie to podziało też integracyjnie dla członków naszego zespołu. Bardzo cieszymy się, że możemy być częścią tej „układanki”, która służy ratowaniu ludzkiego życia.

Jest Moc – nasi pacjenci Mistrzami w piłce nożnej!

W pierwszych **Międzynarodowych Mistrzostwach w Piłce Nożnej Dzieci i Młodzieży po chorobach onkologicznych** bydgoska drużyna zdobyła złoty medal. Pacjenci Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala im. A. Jurasza pokonali dwukrotnie zespół ze Słowacji i zyskali tym samym tytuł mistrza. W dniach 19-21 lipca br. na stadionie AWF w Warszawie odbyły się Pierwsze

Słowacją. Oba zakończyły się zwycięstwem bydgoszczan i zagwarantowały złoty medal i tytuł Mistrza. Drużyna „Jurasz Bydgoszcz” otrzymała również nagrodę specjalną - puchar ufundowany przez organizatora mistrzostw dla wyjątkowej i najlepiej zorganizowanej drużyny. Młodzież przygotowywała się do mistrzostw od kwietnia pod okiem trenera z Juventus Academy



Międzynarodowe Mistrzostwa w Piłce Nożnej Dzieci i Młodzieży po Chorobach Onkologicznych Onko-Liga 2019. Turniej uznany i honorowany przez Polski Związek Piłki Nożnej zorganizowała Fundacja Spełnionych Marzeń. W tym niezwykłym wydarzeniu brało udział 14 drużyn reprezentujących ośrodki onkologiczne z Polski, Czech, Słowacji, Litwy, Ukrainy oraz Turcji. Nasze miasto reprezentowała drużyna złożona z pacjentów Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. A. Jurasza w Bydgoszczy. Rywalizowano w czterech kategoriach wiekowych: U12, U14, U16 i U18. Bydgoska drużyna została zakwalifikowana do najsilniejszej grupy U18 i rozegrała dwa mecze ze

Bydgoszcz - Patryka Skupina. Reprezentacja „Jurasz Bydgoszcz” to 9 zawodników: **Elżbieta Leśniak, Maciej Kilichowski, Maja Musialik, Gracjan Grzeszak, Jakub Mielcarski, Mateusz Borkowski, Mikołaj Libera, Aleks Lupertowicz, Tomasz Warchał.**

Dziękujemy wszystkim, którzy zaangażowali się w sukces naszej drużyny. Poświęcili wolny czas, środki finansowe oraz podzielili się swoim doświadczeniem i umiejętnościami które przyniosły tak wspaniały sukces! Stowarzyszenie Żółty Beret, Juventus Academy Bydgoszcz, Aviva dla Rodziny Krzysztof Hundert, CitoNet Bydgoszcz SA, Licencjonowane Biuro Rachunkowe Grzegorz Dankowski, Miasto Bydgoszcz.



Szczęścia i zdrowia na nowej emerytalnej drodze życia



30 lipca przeszła na zasłużoną emeryturę Pani **Barbara Bielicka**, kierownik Działu Żywnienia, związana zawodowo z naszym szpitalem od 2000 roku. W trakcie wielu lat swojej pracy wykazała się dużym doświadczeniem i wiedzą merytoryczną w zakresie organizacji żywienia oraz zaangażowaniem w realizacji obowiązków służbowych. W imieniu całej społeczności naszego szpitala pragniemy wyrazić najszczerze wyrazy uznania i podziękowanie za długoletnią pracę. Życzymy radości z zasłużonego wypoczynku, szczęścia, pomyślności, wielu chwil wytchnienia oraz zrealizowania wszystkich odkładanych planów.



30 września pożegnaliśmy również Panią **Marię Baczyńską** wieloletnią kierownik zespołu techników Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej. W naszym szpitalu pracowała od 1978 roku, gdzie początkowo zatrudniona była na stanowisku technika elektroradiologii. Przez wszystkie lata swojej pracy wykazała się dużym zmysłem organizacyjnym i zaangażowaniem w rozwój

i modernizację zakładu. Niezwykle pomocna, życzliwa, zawsze uśmiechnięta. Taką będziemy Panią pamiętać. W imieniu wszystkich pracowników dziękujemy za długoletnią, sumienną i pełną zaangażowania pracę oraz życzliwą współpracę. Życzymy zdrowia i spełnienia emerytalnych marzeń, a nade wszystko pociechy z wnuka!



TABLICA ALTERNATYWNEJ KOMUNIKACJI T.A.K.



mgr **Marlena Puchowska** – neurologopeda – afazjolog, pasjonatka mózgu i procesów z nim związanych, autorka wielu publikacji i pomocy do terapii mowy pacjenta po udarze, w wyniku chorób neurodegeneracyjnych itp.

Z Kliniką Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 związana od ponad 25 lat. Certyfikowany Terapeuta Mowy (Polskie Stowarzyszenie Terapeutów Mowy) oraz Certyfikowany Logopeda (Polski

Związek Logopedów). Absolwentka Uniwersytetu Gdańskiego Wydziału Filologiczno-Humanistycznego, gdzie zdobyła tytuł mgr filologii polskiej, Podyplomowego Studium Logopedycznego w Gdańsku - tytuł logopedy, Podyplomowego Studium Afazjologii w Tarnowskich Górach - tytuł afazjologa, Specjalistycznego Studium Neurologopedii - Lublin - specjalizacja nr 2440602 - tytuł neurologopedy, Kopernikańska Akademia Menedżera Służby Zdrowia Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania UMK w Toruniu, tytuł menedżera służby zdrowia oraz wielu specjalistycznych kursów doszkaltających w zakresie neurologopedii.



Marlena Puchowska pracuje jako neurologopeda na Oddziale Udarowym i Oddziale Neurologii. Przez wiele lat prowadziła ze studentami wydziału lekarskiego Collegium Medicum zajęcia z zakresu diagnozowania zaburzeń mowy u pacjentów neurologicznych. Poza tym wykładowca na kilku Uczelniach np.: Wyższa Szkoła Bankowa w Toruniu, Wyższa Szkoła Pedagogiczna im Korczaka w Warszawie czy Wyższa Szkoła Bankowa w Bydgoszczy. Autorka wielu publikacji z zakresu afazjologii oraz wielu wystąpień na konferencjach ogólnopolskich i międzynarodowych. Opracowała autorski program diagnozy i terapii pacjenta po udarze, szkoląc logopedów na terenie Polski.

Od zawsze interesowało mnie to jak działa mózg, stąd wybór studiów podyplomowych pod okiem prof. W. Tłokińskiego i praca dyplomowa z zakresu afazjologii. Kolejnym krokiem po ukończonych studiach był wybór pracy – i tak się stało, że wymarzyłam sobie pracę z pacjentem afazycznym na oddziale neurologii. Swoje kroki skierowałam właśnie do Kliniki Neurologii, gdzie odbyła pierwszą rozmowę o pracę z prof. R. Mazurem. Rozmowa krótka z wynikiem zaskakującym – „jest pani przyjęta”.

Oczywiście nie wszystko było tak proste – jak się okazało czekała mnie roczna praca w ramach wolontariatu aż znalazło się miejsce. W tym czasie pracowałam w Szpitalu Dziecięcym z maluszkami z mózgowym porażeniem dziecięcym. Do dziś wspominam Łukasza, który po 7 latach przemówił – to była ogromna satysfakcja, że nam się udało.

Praca późniejsza z pacjentem dorosłym przyniosła jeszcze więcej satysfakcji, gdy osoba niemówiąca w wyniku udaru wracała do świata zdrowszych. Oczywiście taka praca wymaga cierpliwości i czasami lat wspólnie z pacjentem podjętego wysiłku. Na szczęście wiele osób wróciło do pracy lub może dzisiaj funkcjonować normalnie. Z potrzeby pacjenta zrodził się pomysł otwarcia AFALOG Centrum, w którym pacjent po odbyciu rehabilitacji może być prowadzony neurologopedycznie przez dłuższy czas. Obserwując potrzeby pacjenta rodziły się nowe pomysły:

- książka do terapii afazji „**Życie po udarze- afazja motoryczna**”, z tekstami i testami przeznaczonymi dla osoby dorosłej,
- **poduchy** stabilizujące głowę pacjenta z SLA, LIS itp.
- **Tablica Komunikacji Alternatywnej**, która wiąże się z pewną historią.

Pewnego dnia zadzwonił telefon z prośbą o kontakt. Prof. M. Łuczak zaprosił twórców T.A.K.'a na Ogólnopolską Konferencję HOSPICIUM 2019, na której wygłosiłam referat na temat komunikowania się osób w zaawansowanym stadium choroby SLA. Jak się okazało, nasza Tablica alternatywnej Komunikacji stosowana jest na oddziale w Hospicjum z dużym powodzeniem i u tych pacjentów, u których inne formy komunikacji zawodzą, pozwala na prowadzenie życia bez odcięcia się pacjenta od świata. Tablica wśród wielu fantastycznych pomocy zdobyła GRAND PRIX. To dla nas jako autorów ogromne wyróżnienie, tym bardziej, że wręczone z rąk samego prof. Łuczaka twórcy medycyny paliatywnej. Obecnie w Afalog Centrum dostępne są inne wersje tablicy – w tym monochromatycznej. To takie nasze dziecko, choć jest ich więcej ułatwiają pacjentowi funkcjonowanie i podnosząc jakość życia.”

Moje pasje to podróże i to te bliższe i dalsze. Zauroczona jestem Rumunią, Mołdawią, Bośnią i Hercegowiną oraz Gruzją. Teraz czas na Armenię i Podlasie – oj tak Podlasie kocham najbardziej. Pasją jest też fotografia, choć nieco zapomniana w natłoku innych zajęć.

tekst: Marlena Puchowska

Antoni Jaworski budowniczy naszego szpitala

Starania o budowę rozpoczęły się już w 1922 r. Trwały kilka lat. Ostateczna decyzja zapadła w 1928 r. Po zatwierdzeniu dokumentacji przez Wojewodę Poznańskiego, Zarząd Miejski podpisał umowę z Antonim Jaworskim, właścicielem Przedsiębiorstwa Robót Inżynieryjno-Budowlanych „na wykonanie prac ziemnych, murarskich i betoniarskich przy budowie głównego bloku szpitala na Skrzetusku”.

Wybór A. Jaworskiego nie był przypadkowy. Swój zakład prowadził od 1924 r. Szybko dał się poznać jako solidny przedsiębiorca znany nie tylko w Bydgoszczy ale również na terenie Polski. Jego firma pracowała przy budowie Dworca Morskiego i Szkoły Morskiej w Gdyni. Budowała szpital w Białymstoku budynki dworca „Łódź Fabryczna”, dworzec kolejowy w Karsznicach, obiekty wojskowe. Nasz szpital obchodził niedawno osiemdziesięciolecie swego istnienia. Remontowany, rozbudowywany trwa nadal w dobrej formie. A o solidności ówczesnego wykonawstwa niech świadczą chociażby kolorowe posadzki w holach i zachodnim skrzydle, położone w 1934 r. (skrzydło wschodnie wykończono w latach 1945-1947). Oczywiście w budowie uczestniczyło jeszcze wielu podwykonawców. Jednak sam budynek wznieśli murarze Antoniego Jaworskiego.



Na zdjęciu z 1932 r. Antoni Jaworski z żoną i synem na bydgoskim placu Teatralnym, po lewej fragment teatru spalonego w 1945 r., w tle obecna ul. Marszałka Focha. Uwagę zwraca moda tamtych lat.

tekst: Lek. med. Mieczysław Boguszyński

Ale słodki dzień – piernikowe warsztaty w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii

27 sierpnia małych pacjentów onkologicznych odwiedziła Toruńska Piernikarnia Mistrza Bogumiła. Warsztaty pieczenia pierników, poznawanie niezwykłych przypraw, smaków i zapachów, a przede wszystkim świetna zabawa. Gościem specjalnym warsztatów był sam Mikołaj Kopernik, który opowiedział – a jakże o obrotach sfer niebieskich!



Analizy akredytacyjne - dane statystyczne czy realne narzędzie do poprawy jakości

Zagadnienie jakości w systemie ochrony zdrowia nie podlega regulacji ustawowej. Wprawdzie w styczniu 2017 roku przedstawiono założenia ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjentów, jednakże do dnia dzisiejszego nie zostały opublikowane pod postacią aktu normatywnego. Obecnie jedynym drogowskazem wspierającym działania zmierzające do poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta są Standardy Akredytacyjne Ministerstwa Zdrowia, ale ich wdrożenie jest dobrowolne. Określają standardowe wymagania z zakresu funkcjonowania różnych obszarów działalności szpitala, stanowiąc tym samym przydatne narzędzie zarządcze.

Praca nad jakością wiąże się z koniecznością wykonywania systematycznych analiz, których wnioski stają się podstawą do doskonalenia procesów klinicznych. Wdrażanie projektów poprawy powinno być realizowane w oparciu o metodologię Williama Edwardsa Deminga, który twierdził, że efektywne zarządzanie jakością wymaga myślenia statystycznego opartego na cyklach testowych, wdrażaniu zmian i pomiaru ich rezultatów. Realizując wymagania Programu Akredytacji Szpitali w zakresie obszaru – Poprawa jakości i bezpieczeństwa pacjenta (PJ), należy przeprowadzać szereg analiz dotyczących istotnych zdarzeń związanych z pobytem chorego w szpitalu. Metodyka przeprowadzanych analiz budzi wśród specjalistów ds. jakości wiele kontrowersji. Jednym z tematów spornych pozostaje kwestia czy wykonywać analizy indywidualnych przypadków, czy analizy wskaźnikowe. W powyższej kwestii wydaje się zasadnym prowadzenie statystycznych analiz zbiorczych dla szpitala z jednoczesną indywidualną analizą konkretnych przypadków w ramach funkcjonowania klinik/oddziałów. Analizy wskaźnikowe ukazują problem narastania lub spadku odsetka występujących zdarzeń, ale ich szczegółowa interpretacja wymaga zagłębienia się

w każdy przypadek indywidualnie.

Wymogi akredytacyjne nie określają narzędzia za pomocą, którego przeprowadzane są analizy wskaźnikowe. Korzystając z osiągnięć informatyzacji, na terenie naszego szpitala wdrożono system OpenCare Gabinet, który nie tylko służy jako narzędzie do prowadzenia dokumentacji elektronicznej pacjenta, ale również stanowi bazę wiedzy dla przeprowadzanych analiz. Wspomniane narzędzie, dzięki Państwa uwagom, będzie sukcesywnie doskonalone tak, aby w jak największym stopniu spełnić rosnące wymagania użytkowników. Warunkiem rzetelności pozyskanych danych jest wprowadzenie zasady samokontroli w zakresie regularnego uzupełniania w systemie elektronicznym katalogów przyczyn, np. rehospitalizacji, przedłużonej hospitalizacji oraz rodzajów zdarzeń niepożądanych czy zabiegów operacyjnych. Brak danych do przeprowadzenia analizy lub ich niewłaściwa kwalifikacja może zamazać obraz realnych problemów i potrzeb.

Wśród specjalistów ds. jakości pojawiają się opinie, że analizy przeprowadzane w szpitalach w większym stopniu służą sprawozdawczości niż faktycznej poprawie jakości, z czym ośrobie się nie zgadzam. Uzyskane wskaźniki powinny być narzędziem dostarczającym niezbędnych informacji do podejmowania efektywnych działań zmierzających do poprawy jakości. Systematyczna identyfikacja i rzetelna analiza zdarzeń, bazująca na wiarygodnych danych, umożliwia określenie zagrożeń oraz redukcję ryzyka ich ponownego wystąpienia. W ten sposób pozyskuje się obraz koniecznych zmian, co powinno skutkować wdrożeniem istotnych rozwiązań, podlegających ocenie w zakresie osiągniętej skuteczności. Szanowni Państwo, zmieniająca się rzeczywistość niesie nowe wyzwania dla szpitalnictwa, co prawdopodobnie zaowocuje publikacją nowego zestawu standardów akredytacyjnych.

tekst: dr Teresa Branicka-Bielecka



Wzrok przede wszystkim!

10 października obchodzony jest **Światowy Dzień Wzroku**. Dla specjalistów ochrony widzenia na całym świecie, jest to data szczególna, ponieważ jej celem jest propagowanie zdrowego widzenia i regularnych badań wzroku oraz dostępu do specjalistów w najbardziej odległych zakątkach świata. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia 258 mln ludzi na całym świecie cierpi na choroby narządu wzroku - 14% z tej liczby stanowią osoby niewidome, a 86% ludzie cierpiący z powodu upośledzenia wzroku.



ZĄCMA

Zącma jest jedną z najczęściej występujących chorób oka. Częstość jej występowania wzrasta z wiekiem pacjenta. Nieleczona zącma stanowi obok jaskry i zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem główną przyczynę, odpowiadającą za 51% przypadków, ślepoty na świecie. Zącma jest przyczyną 50% przypadków pogorszenia widzenia w krajach rozwijających się oraz 5% w krajach rozwiniętych.

Jedyną skuteczną metodą leczenia zącmy jest zabieg operacyjny. Jest to najczęściej wykonywany zabieg chirurgiczny na świecie. W Polsce wykonuje się ponad 300 tysięcy operacji zącmy rocznie. Obecnie standardem leczenia zącmy jest fakoemulsyfikacja z wszczepieniem sztucznej soczewki, która dzięki ograniczeniu ingerencji chirurgicznej do minimum charakteryzuje się niskim odsetkiem powikłań i pozwala na uzyskanie poprawy widzenia zaraz po zabiegu. W Klinice Chorób Oczu w 2018 roku przeprowadzono łącznie 1718 tego typu operacji. Pocięszającym jest fakt, iż znacznie skrócił się okres oczekiwania na operację zącmy, który w naszej Klinice aktualnie wynosi około 3 miesiące.

URAZY

Urazy gałki ocznej są ważnym światowym problemem zdrowotnym. W społeczeństwach krajów wysoko rozwiniętych urazy oczu są jedną z najczęstszych przy-



czyn utraty funkcji widzenia. Chociaż oczy stanowią tylko ok. 0,1% całkowitej powierzchni ciała i ok. 0,27% jej przedniej powierzchni, ich znaczenie dla jednostek i społeczeństwa jest nieproporcjonalnie wyższe. W USA średnio rocznie notuje się 2,4 mln urazów oczu, z czego 20-68 tys. ciężkich, zagrażających widzeniu. Pacjenci pourazowi stanowią według literatury 38-52% chorych zgłaszających się do okulisty. Średnio 10-15% wszystkich chorych leczonych w szpitalach w oddziałach

okulistycznych, to pacjenci po przebytych urazach. We wszystkich zdarzeniach po nieszczęśliwych wypadkach średnio w 15-20% przypadków współuczestniczy uraz narządu wzroku. W 1/5 przypadków po urazach przebijających gałki ocznej dochodzi do ślepoty jednego lub obu oczu. Według innych autorów, urazy przebijające gałki ocznej są powodem nieodwracalnej utraty użytecz-



nej ostrości wzroku u 36,1% - 40% leczonych chorych. Odmienne przedstawiają się dane epidemiologiczne urazów oczu u dzieci. Urazy przebijające gałki ocznej u dzieci stanowią 20-50% wszystkich urazów oczu. Leczenie ich u dzieci jest podobne, jak u dorosłych, ale może być bardziej skomplikowane ze względu na utrudnioną współpracę, a także możliwość wystąpienia niedowidzenia, co ma wpływ na końcowy efekt leczenia.

W ostatnich latach nastąpił duży postęp w leczeniu urazów gałki ocznej poprzez wprowadzenie nowoczesnych technik operacyjnych, którymi między innymi dysponuje Klinika Chorób Oczu SU nr1 w Bydgoszczy. Jesteśmy jedynym ośrodkiem w regionie, który przeprowadza tego typu operacje.

JASKRA

To grupa chorób charakteryzująca się postępującym, nieodwracalnym procesem utraty komórek zwojowych siatkówki i ich aksonów, co prowadzi do typowego obrazu neuropatii jaskrowej z zanikiem tarczy nerwu wzrokowego i ubytkami w polu widzenia.

Objawy subiektywne pojawiają się przy znacznym upośledzeniu widzenia, dlatego tak istotne jest wczesne rozpoznanie uszkodzeń jaskrowych.

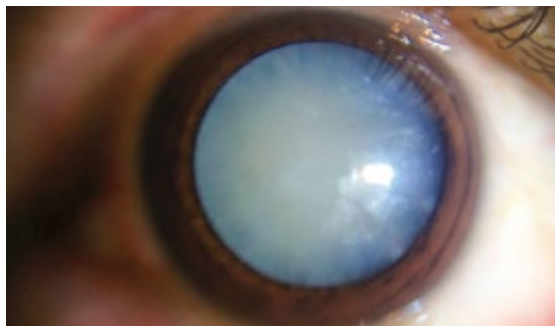
Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała jaskrę za chorobę społeczną. Na świecie cierpi na tę chorobę ok. 68 mln ludzi, a ok. 7 mln jest niewidomych z jej powodu. W samych Stanach Zjednoczonych, skąd pochodzą najdokładniejsze dane epidemiologiczne, 80 tys. ludzi jest całkowicie ślepych z powodu jaskry, 250 tys. oślepo na jedno oko, a ok. 1 mln 200 tys. ma ubytki w polu widzenia spowodowane tą chorobą. Częstość występowania jaskry w populacji wynosi około 3%.

Częstotliwość występowania jaskry jest różna w różnych regionach świata i różnych populacjach. Z szacunków epidemiologicznych wynika, że w Polsce jest najprawdopodobniej ok. 700 tys. chorych na jaskrę. Badania epidemiologiczne wskazują na wzrost częstości występowania od 0,5%-0,7% w piątej dekadzie do 4-10% w dziewiątej dekadzie życia. Spośród 70 milionów osób dotkniętych tą chorobą aż 10% jest niewidomych. Według ekspertów

z Polskiego Towarzystwa Okulistycznego przyczynę takiego stanu rzeczy należy upatrywać między innymi w niskiej świadomości społecznej na temat jaskry i zagrożeń związanych z utratą widzenia, jak również bezobjawowym przebiegiem choroby. Aż 70% przypadków jaskry wykrywane jest w Polsce zbyt późno.

Uważa się, że jaskra jest przede wszystkim chorobą osób starszych, chociaż jaskra z pierwotnym zamknięciem kąta przesączania występuje także u osób młodszych. Jej częstość wzrasta z wiekiem. W wieku 40 lat stwierdza się ją u około 0,5% osób. Częstość choroby w kolejnych latach dochodzi do 5% i szybko zwiększa się po 60. roku życia, obejmując 8-10% osób. Wszystkie statystyki świa-

towe wykazują, że ponad połowa chorych przez wiele lat nie zdaje sobie sprawy z istnienia jaskry z powodu jej podstępnej i subiektywnie niezauważalnego rozwoju. Najczęściej spotykaną formą jaskry, stanowiącą około 55% wszystkich przypadków, jest jaskra pierwotna otwartego kąta. Jaskra pierwotna otwartego kąta występuje w 1% całej populacji po 40 roku życia, równie często u kobiet, jak u mężczyzn, rozwija się przeważnie obustronnie. Według danych WHO JPOK jest trzecią co do częstości występowania przyczyną ślepoty na świecie, a drugą – w krajach wysoko cywilizowanych; obejmuje 15% wszystkich przypadków ślepoty. Najczęstszymi rodzajami jaskry są pierwotna jaskra z otwartym kątem przesączania (POAG) i jaskra z pierwotnym zamknięciem



kąta (PACG). Szacuje się, że do 2020 roku będzie około 80 milionów osób z jaskrą, co stanowi wzrost o około 20 milionów od 2010 roku. Ponadto uważa się, że obecnie ponad 3 miliony osób jest niewidomych z powodu jaskry, co jest liczbą wzrosła do 3,2 miliona do 2020 r. wraz ze wzrostem rozpowszechnienia, chyba że udane zostaną udoskonalone badania przesiewowe i skuteczne strategie leczenia. Najbardziej rozpowszechniona w Europie odmiana choroby to jaskra otwartego kąta przesączania, charakteryzująca się powolnym przebiegiem bez wyraźnych objawów. W Polsce, zdaniem ekspertów, jaskrą dotkniętych jest, co najmniej 800 000 obywateli. Jedynie 420 000 Polaków zostało zdiagnozowanych. Według ekspertów z Polskiego Towarzystwa Okulistycznego przyczynę takiego stanu rzeczy należy upatrywać między innymi w niskiej świadomości społecznej na temat jaskry i zagrożeń związanych

z utratą widzenia, jak również bezobjawowym przebiegiem choroby. Aż 70% przypadków jaskry wykrywane jest w Polsce zbyt późno. Jaskra im wcześniej wykryta, tym jest łatwiejsza i skuteczniej się ją leczy. Dzięki temu widzenie zachowane jest na długo. Jaskra rozpoznana na etapie uszkodzenia nerwu wzrokowego, które jest nieodwracalne, wymaga bardziej agresywnego leczenia. Podstawowym celem leczenia jaskry jest zachowanie użytecznego widzenia do końca życia pacjenta uwzględniając jego indywidualne potrzeby przy zachowaniu odpowiedniej jakości życia. Jaskrę leczymy przede wszystkim u większości pacjentów metodą zachowawczą za pomocą kropli obniżających ciśnienie wewnątrzgałko-

*Na świecie cierpi
na jaskrę
ok. 68 mln ludzi,
a ok. 7 mln jest
niewidomych z jej
powodu*

we. W sytuacji, gdy pomimo leczenia zachowawczego, nie uzyskujemy efektu terapeutycznego i uszkodzenie nerwu wzrokowego nadal postępuje, wtedy konieczne jest wykonanie zabiegu operacyjnego lub laseroterapii. Zabiegi operacyjne w jaskrze są różnorodne, a modyfikacje znanych technik operacyjnych i opracowywanie nowych powoduje, że są one coraz bardziej efektywne i bezpieczne dla pacjenta. Zdarza się jednak, że zabieg jest nie w pełni skuteczny albo jego skuteczność maleje w czasie. Zabiegi w jaskrze nie są zabiegami trwałymi na wiele lat. W strukturach Kliniki Chorób Oczu SU nr 1 w Bydgoszczy od wielu lat istnieje Poradnia Jaskrowa zajmująca się kwalifikacjami pacjentów do zabiegów p/ jaskrowych oraz opieką pooperacyjną pacjentów operowanych w Klinice, a także stanowiącą punkt konsultacyjny w przypadkach jaskry trudnych diagnostycznie lub terapeutycznie z województwa kujawsko-pomorskiego.

ZWYRODNIENIE PLAMKI ZWIĄZANE Z WIEKIEM (AMD)

To przewlekłe schorzenie rozwijające się w plamce – miejscu siatkówki odpowiedzialnym za widzenie centralne. Choroba ta jest uznawana za jedną z głównych przyczyn ślepoty u osób powyżej 65 roku życia w krajach wysoko rozwiniętych. W związku z wydłużaniem się



średniej długości życia, a co za tym idzie – starzeniem się populacji, wzrasta liczba chorych na AMD. Według danych demograficznych ocenia się, że w Polsce AMD dotyczy około 1,9 milionów osób, w tym u ponad 30% choroba jest w stadium zaawansowanym. Przyjmuje się, że co roku u 200 tysięcy Polaków rozpoznawana jest postać sucha AMD, zaś u 20 tysięcy – postać wysiękowa. Według prognoz do 2060 roku liczba Polaków z AMD wzrośnie o około 30%. Przypuszcza się, że w 2020 roku liczba chorych na AMD na świecie wyniesie 190 milionów, w tym u 9 milionów wystąpi zaawansowana postać schorzenia. Według prognoz w 2040 roku liczba chorych zwiększy się do 290 milionów. Według powszechnie przyjętej klasyfikacji wyróżnia się dwie postaci AMD – suchą i wysiękową. Postać sucha (ang. dry AMD, dAMD) występuje u 90% chorych. Kluczową rolę w procesie angiogenezy (czyli tworzenia nowych naczyń), odpowiedzialnym za formowanie się patologicznych błon podsiatkówkowych w przebiegu AMD, odgrywa VEGF.

Ze względu na wieloczynnikową etiologię AMD do chwili obecnej nie udało się opracować skutecznych metod leczenia przyczynowego AMD. Złotym standardem jest leczenie objawowe z wykorzystaniem preparatów anty-VEGF podawanych w postaci iniekcji doszkliskowych. Leczenie jest długotrwałe, wymaga zaangażowania nie tylko ze strony personelu medycznego, ale także pacjenta i jego rodziny.

Od października 2015 roku pojawiła się możliwość podjęcia terapii tych pacjentów w programie lekowym (PL) Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem. Jest to świadczenie gwarantowane, realizowane przez wybrane ośrodki. Do leków anty-VEGF wykorzystywanych w terapii wAMD w ramach Programu Lekowego jest Aflibercept i Ranibizumab. Od chwili rejestracji w/w leków w Polsce, terapia anty-VEGF jest stosowana, zgodnie z procedurą, także w Klinice Chorób Oczu Szpitala Uniwersyteckiego nr 1.

Biorąc pod uwagę nieustannie wzrastającą liczbę chorych na AMD, nierzadko w wieku produkcyjnym, samo schorzenie stanowi poważny problem nie tylko medyczny, ale także społeczny i ekonomiczny.

OCZNE POWIKŁANIA CUKRZYCY

pozostają nadal jednymi z najważniejszych problemów w okulistyce. Choć mamy obecnie lepszy dostęp do nowoczesnych technik operacyjnych (w tym witrektomii), laserów i leków anty-VEGF, to wciąż wiele osób chorych na cukrzycę cierpi na poważne zaburzenia widzenia. Szacuje się, że u prawie 100% chorych z cukrzycą typu 1 i u 60% z typem 2 po 20 latach trwania choroby rozwinie się retinopatia cukrzycowa. U chorych z cukrzycą typu 2 retinopatia rozwija się wcześniej – w ciągu 3 lat od wykrycia choroby u 12% osób powstają zmiany na dnie oka. W zapobieganiu i spowolnieniu rozwoju retinopatii cukrzycowej mamy do wykorzystania szereg leków systemowych i miejscowych, fotokoagulację laserową, która wciąż pozostaje złotym standardem postępowania oraz zabiegi witreoretinalne utrzymujące użyteczną ostrość wzroku. Chirurgia witreoretinalna jest podstawą leczenia

ODWARSTWIENIA SIATKÓWKI,

jednej z najpoważniejszych chorób oczu, która dotyka jedną na 10 000 osób.

PRZESZCZEPIENIE ROGÓWKI

jest zabiegiem chirurgicznym, który polega na zastąpieniu patologicznie zmienionej tkanki rogówkowej chorego (biorcy) zdrową, odpowiednio konserwowaną tkanką, pobraną od dawcy. Zabieg wykonuje się w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym (zastrzyk w okolicę gałki ocznej). Można wymienić rogówkę na całej grubości (**przeszczepienie drążące**) lub tylko część grubości rogówki (**przeszczepienie warstwowe**), a jeśli

rogówka jest pęknięta, można założyć jedynie łatkę na otwór. Wskazaniem do przeszczepienia rogówki jest **utrata przezroczystości, zmiana kształtu, utrata ciągłości** tkanki (np. uraz), **ostry stan zapalny** powodujący **martwicę** (np. wrzód rogówki), wrodzone zmnienienie rogówki u dzieci (np. anomalia Petersa,). Rocznie wykonuje się w Polsce ok. 1,2 tys. przeszczepień rogówki, w Europie ok. 50 tys, a w USA 85 tys. W naszym kraju przczepy tkanek oka wykonuje się w 16 miastach, w tym Klinika Chorób Oczu w Bydgoszczy- jako jedyny ośrodek w województwie.

OKULISTYKA DZIECIĘCĄ

Możliwość dobrego widzenia ma wpływ na prawidłowy rozwój dziecka, naukę, stanowi o jakości życia. Wady i dysfunkcje cech narządu wzroku powodują opóźnienia w rozwoju psychoruchowym i utrudniają start szkolny, są również przyczyną problemów w opanowaniu nauki czytania i pisanie. Spośród zaburzeń widzenia wynikających z wad refrakcji, najczęstsza jest krótkowzroczność, która występuje w Europie u 25 do 40% populacji i jest proporcjonalna do ilości pracy w blizy wzrokowej. Prognozuje się, iż w 2050 roku połowa ludzkości będzie miała tę wadę wzroku. Częstość występowania krótkowzroczności wśród dzieci i młodzieży w populacji polskiej roztęga się od 13 do 15%. U dzieci częstotć występowania zez a niedowidzenia wynosi około 2-5%. Jego wczesne leczenie zwiększa szansę na obuoczne widzenie i minimalizację psychospołecznych skutków wady. Nieleczony zez u dziecka może być przyczyną poważnych zaburzeń widzenia w wieku dorosłym. W ramach leczenia

*Prognozuje się, iż
w 2050 roku połowa
ludzkości będzie
miała wadę
krótkowzroczności
wzroku.*



ambulatoryjnego usługi medyczne świadczy Poradnia Leczenia Zeza stanowiąca integralną część Kliniki. W Klinice Chorób Oczu SU Nr1, jako jedynej w regionie, wykonuje się operacje usunięcia zaćmy wrodzonej w pierwszych latach życia dziecka. Ponadto u dzieci prowadzone jest leczenie: zez a, niedowidzenia i oczopląsu, wad wzroku, schorzeń dróg łzowych, zmian powiekowych, spojówkowych i oczodołowych, stanów zapalnych oczu, urazów oczu. Rocznie z powodu różnego rodzaju zez a operowanych jest blisko 300 pacjentów. W około 80% przypadków utraty widzenia można uniknąć, gdyby odpo-

wiednio wcześniej postawić diagnozę i rozpocząć leczenie. Wystarczy regularnie (minimum raz na dwa lata) kontrolnie badać swój wzrok i namawiać do tego najbliższych. Na wiele rzeczy nie mamy wpływu, ale to od nas w głównej mierze zależy, jak długo będziemy cieszyć się dobrym wzrokiem. Nie odbierajmy sobie tej szansy. Skoro mamy dostęp do specjalistów i nie dzielą nas od nich setki kilometrów – skorzystajmy z ich pomocy, badajmy regularnie swój wzrok.



Klinika Chorób Oczu

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9

tel./fax 52/ 585 40 33

e-mail: kikchoczu@cm.umk.pl

AED – takie małe a może uratować życie

Chcemy przybliżyć Wam historię i zastosowanie urządzenia nazywanego przez ratowników AED. Tajemnicza nazwa kryje pod sobą obraz małego pudełka, zawieszanego często na ścianach w budynkach użyteczności publicznej.



Oznaczenie AED w Polsce. Archiwum własne.

Na przestrzeni wielu wieków medycy zastanawiali się jak skutecznie pomagać chorym. Zastanawiali się również czy istnieje sposób na uniknięcie śmierci. Rozwój medycyny na przestrzeni ostatnich dwustu lat pozwolił nam odpowiedzieć na wiele pytań - między innymi na to czy możemy pomóc osobie u której doszło do nagłego zatrzymania krążenia (NZK). Poza szukaniem odpowiedniego schematu niesienia pomocy, szukano również urządzeń, które mogłyby pomóc. Efektem tych poszukiwań jest urządzenie nazywane AED (Automated External Defibrillator) – automatycznym defibrylatorem zewnętrznym.

Zanim AED przybrało obecnie nam znaną formę i funkcję minęło wiele lat prób i doświadczeń, które doprowadziły uczonych do obecnie znanej nam formy. Należy pamiętać o pierwszym kroku do celu, którym były doświadczenia włoskiego fizyka i lekarza Luigiego Galvaniego, który w 1771r. zaobserwował i opisał oddziaływanie prądu elektrycznego na tkanki. Kolejną osobą która przyczyniła się do powstania naszego urządzenia był kardiolog Albert Hyman z Nowego Yorku, który w 1932 r. wraz

z inżynierem elektrykiem Henrym Hymanem skonstruowali urządzenie „Hyman Otor” - transformator prądu zakończony stalową igłą – wprowadzaną przez przestrzeń międzyżebrową do prawego przedsionka. Niestety mimo klinicznego potwierdzenia skuteczności działania na modelach zwierzęcych i jednym modelu ludzkim – nie uzyskało ono poparcia oraz pozytywnych opinii środowisk lekarskich.

Przełomowy okazał się rok 1947, kiedy defibrylator z metalowymi elektrodami wielkości tyłek stołowych, został użyty w sytuacji klinicznej przez amerykańskiego kardiochirurga i neurochirurga – profesora Claudea Schaeffera Becka. W trakcie zabiegu korekcji chirurgicznej kośćca klatki piersiowej 14-letniego chłopca dochodzi do zatrzymania krążenia. Wtedy profesor wypowiadając słynne słowa:

jest zbyt zdrowe na to, żeby umrzeć

– po masażu serca, używa na otwartym sercu, defibrylatora, który przywraca chłopcu rytm zatokowy. W kolejnych latach trwały prace nad modyfikacją urządzenia i tak w 1965 roku zostają one wprowadzone jako podstawowe wyposażenie amerykańskich ambulansów. Defibrylatory stosowane przez personel medyczny w ramach zespołów ratownictwa medycznego oraz oddziałów szpitalnych są bardzo skomplikowane , dlatego nie można upowszechniać ich użycia. Z tej przyczyny uproszczono i przekształcono skomplikowany defibrylator w małe AED, a upowszechnieniem jego użycia przez laików zajęła się Europejska Rada Resuscytacji (ERC). Organizacja ta od 1988 roku analizuje historie pacjentów i sposób udzielanej im pomocy. Na podstawie zebranych wyników i danych statystycznych formułuje schematy postępowania najbardziej właściwe dla stanu pacjenta. Obecnie przyjęty schemat pomocy



Wytyczne ERC 2015

osobie u której doszło do NZK nazywamy "łańcuchem przeżycia" prezentuje się następująco:

- **Wczesne rozpoznanie i wezwanie pomocy**
- **Wczesne podjęcie RKO przez świadków zdarzenia**
- **Wczesna defibrylacja**
- **Wczesne podjęcie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych oparte o standardowy protokół opieki poresuscytacyjnej.**

Pierwsze trzy ogniwa „łańcucha przeżycia” zależne są od świadków zdarzenia, dlatego tak ważna jest ciągła edukacja społeczeństwa w aspekcie udzielania podstawowej pierwszej pomocy. Dostępność AED na miejscu zdarzenia znacznie zwiększa szanse poszkodowanego na przeżycie, ponieważ defibrylacja wykonana w ciągu 3-5 minut od utraty przytomności, statystycznie zwiększa przeżywalność nawet do poziomu 50-70%. Należy pamiętać, że laik nie musi posiadać chociażby fundamentalnej wiedzy dotyczącej rytmów serca, ponieważ całą analizę przeprowadza urządzenie. Jednocześnie trzeba pamiętać, że nie zawsze konieczne jest wykonanie defibrylacji przez urządzenie AED, o czym poinformowani zostaniemy komunikatem „defibrylacja niezalecana”. A czym w ogóle jest defibrylacja? Jest to zabieg polegający na dostarczeniu krótkiego impulsu prądu przez ścianę klatki piersiowej do mięśnia sercowego w celu przerwania migotania komór lub częstoskurczu komorowego bez tętna. Defibrylacja paraliżuje na chwilę komórki serca, w wyniku czego nie reagują one na żadne bodźce, cała



Ryc.3. OZNACZENIE ELEKTROD W AED. Źródło: archiwum własne.

aktywność elektryczna i mechaniczna serca zostaje wyzerowana, jest to powszechnie określany RESET dla serca. Urządzenie to jest bezpieczne i proste w użyciu - wystarczy, że włączymy je i zastosujemy się do jego komunikatów. Warto również pamiętać o zastosowaniu wszystkich zasad bezpieczeństwa przy użyciu Automatycznego Defibrylatora Zewnętrzny. Pierwszą z nich jest stosowanie się do instrukcji wydawanych przez urządzenie i nie pomijanie zalecanych czynności, aby cała procedura została wdrożona poprawnie. Należy pamiętać, żeby pilnować dokładnego przylegania elektrod do klatki piersiowej - usuwamy nadmierne owłosienie, osuszamy klatkę piersiową, usuwamy biżuterię z miejsc,

gdzie będziemy umieszczać elektrody. Jeśli poszkodowany posiada wszczepiony kardiowerter, możemy bezpiecznie używać AED, należy jednak pamiętać, aby umieścić elektrody minimum 8 cm od urządzenia (najczęściej okolica lewego obojczyka, wyczuwalne pod skórą). Zalecane jest, aby poszkodowany leżał na suchej, prostej, niemetalowej powierzchni. Można używać elektrody dla dorosłych u dzieci powyżej 8 roku życia, poniżej tego wieku zaleca się stosowanie elektrod pediatrycznych. Nie zalecane jest stosowanie AED u dzieci w wieku poniżej 1 roku życia.

Dzięki uprzejmości Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego z Bydgoszczy możemy przytoczyć dane z użycia AED z ostatnich 2 lat na terenie naszego miasta. Zastosowane było 5 razy, z czego 3 razy skutecznie, na 2 niepowodzenia wpływ miało wiele czynników w tym czas użycia.

Jak wygląda rozmieszczenie AED na terenie miasta Bydgoszczy, możemy się dowiedzieć z mapy AED umieszczonej na stronie Urzędu Miasta.

www.bip.um.bydgoszcz.pl

Niestety mapa pokazuje dane z 2016 roku, a aktualnie na terenie miasta jest już 86 zarejestrowanych urządzeń. Rzeczywistej liczby urządzeń możemy nie poznać w najbliższym czasie, ponieważ żadna ustawa nie reguluje obowiązkowo rejestrowania AED. Jeśli ktoś kiedyś



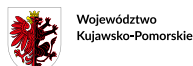
myślał, że dzwoniąc na dyspozytornię pogotowia lub do Centrum Powiadomiania Ratunkowego (CPR) dowie się, gdzie najbliższe znajduje się AED, aby móc je użyć w czasie oczekiwania na ZRM to był w błędzie. Pragniemy jeszcze raz podkreślić, że najważniejsza jest sama chęć niesienia pomocy innym ponieważ świadkowie zdarzenia dzięki AED wykonują aż 3 z 4 elementów "łańcucha przeżycia". Nie możemy być obojętni i niechętnie nastawieni do współpracy podczas niesienia pomocy, bo tylko ona może przynieść oczekiwany efekt i przywrócić poszkodowanego do zdrowia.

tekst: Magdalena Michłka-Kuraś

Unijne środki na poprawę jakości i infrastruktury szpitala

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy realizuje kolejne projekty finansowane ze środków Unii Europejskiej. Dzięki pozyskanym środkom mamy możliwość uczestniczenia w budowie kujawsko-pomorskiego systemu udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej – I etap. Projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020, Działanie 2.1 Wysoka dostępność i jakość e-usług publicznych Schemat: rozwój e-usług publicznych w zakresie zdrowia. Szpital występuje w projekcie jako Partner Województwa Kujawsko-Pomorskiego, które

jest Beneficjentem Projektu. W ramach projektu nastąpi zwiększenie pojemności macierzy o min. 82 TB, wymiana systemu radiologicznego na umożliwiający eksport zdjęć do platformy regionalnej, rozbudowa systemu Apteka o obsługę wydań i dostaw w oparciu o kody kreskowe, zakupione zostaną moduły do systemu Alteris oraz nastąpi doposażenie w niezbędną infrastrukturę sprzętową i programową dla systemu opartego na kartach elektronicznych. Wartość projektu **1 405 000 PLN**, w tym: wartość dofinansowania **1 194 250 PLN** z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego oraz wartość wkładu własnego **210 750 PLN**.



Kolejne dwa projekty dotyczą obszarów związanych bezpośrednio z poprawą jakości udzielanych świadczeń medycznych.

Pierwszy z nich to projekt dotyczący poprawy dostępności i jakości usług w zakresie leczenia i diagnostyki chorób nowotworowych poprzez remont i doposażenie Klinik i Zakładów Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy. Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020, Działanie 9.2 Infrastruktura ponadregionalnych podmiotów leczniczych. Wartość projektu 20 000 000 PLN, wartość dofinansowania **20 000 000 PLN**, w tym **16 000 000 PLN** z Budżetu Państwa oraz **4 000 000 PLN** z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. W ramach projektu wykonane zostaną remonty w Klinice Chirurgii Wątroby i Chirurgii Ogólnej, Klinice Urologii Ogólnej i Onkologicznej oraz Klinice Otolaryngologii i Laryngologii Onkologicznej z Pododdziałem Audiologii i Foniatrii a także współpracującym Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej, funkcjonujących w ramach struktur Szpitala wykonujących usługi medyczne w zakresie chorób onkologicznych. Wartość robót wraz z przygotowaniem dokumentacji projektowej oraz nadzorem inwestorskim oszacowano na ponad **7 000 000 PLN**. Ponadto realizacja projektu przewiduje doposażenie wymienio-

nych powyżej jednostek, a także Zakładów: Endoskopii Gastroenterologicznej, Patomorfologii Klinicznej oraz Zespołu Sal Operacyjnych w postaci zakupu i wymiany sprzętu i aparatury medycznej oraz wyposażenia biurowo-administracyjnego oraz socjalno-bytowego. Wartość doposażenia oszacowano na blisko **13 000 000 PLN**.

Drugi projekt dotyczy Trybu Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR). Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2014-2020, Działanie 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego. Szpital występuje w projekcie jako Partner Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, który jest Beneficjentem Projektu. W ramach projektu Szpital otrzyma urządzenia systemów kolejkowych z oprogramowaniem prowadzącym segregację medyczną i sterującym pracą systemów wraz z modułami generującymi raporty i analizy, licencje na wykorzystanie systemu segregacji medycznej wraz ze szkoleniami dla personelu, kardiomonitoring wraz z oprogramowaniem pozwalającym na eksport danych do karty segregacji medycznej.

Oba projekty są współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020.



Opieka paliatywna w Juraszu jako wzór dobrych praktyk

W Polsce wskaźniki demograficzne są alarmujące. Szybko postępujące starzenie się społeczeństwa wymaga podjęcia intensywnych działań na rzecz zwiększenia dostępności do świadczeń opieki paliatywnej oraz usprawnienia jej funkcjonowania.

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Jurasza jest jednym z nielicznych w Polsce, w którym istnieje możliwość konsultacji lekarskiej specjalisty medycyny paliatywnej na rzecz pacjentów przebywających w szpitalu” - czytamy w najnowszym raporcie NIK o zapewnieniu opieki paliatywnej i hospicyjnej, opublikowanym we wrześniu 2019 r.



Konsultacje specjalistów medycyny paliatywnej w szpitalach

W ostatnich latach coraz większą uwagę w systemach opieki zdrowotnej przykładano do zadbania o dostępność specjalistycznej opieki paliatywnej dla chorych na choroby postępujące z powodu których umrą oni szybciej (w tym choroby nowotworowe, niewydolność serca, inne niewydolności narządowe, przewlekłe choroby płuc, choroby neurodegeneracyjne, AIDS). Korzyści płynące z rozwoju opieki paliatywnej nie są ograniczo-

widywaną prognozą przeżycia). Światowa Organizacja Zdrowia jako cel działań opieki paliatywnej wskazuje na prewencję cierpienia i jego łagodzenie, a zapobieganie cierpieniu wymaga objęcia chorego opieką paliatywną jak najwcześniej.

Dostępność do specjalistycznej opieki paliatywnej w szpitalach

W ostatnich latach w krajach rozwiniętych, prowadzi się działania zmierzające do poprawy dostępności do opieki paliatywnej zwłaszcza w szpitalach. Dla przykładu, w Stanach Zjednoczonych programy szpitalne obejmują różne rozwiązania, jak rutynowa diagnostyka skriningowa potrzeb w zakresie opieki paliatywnej już na poziomie Kliniki/Oddziału Medycyny Ratunkowej (pozwalająca na jak najszybsze wdrożenie np. leczenia bólu, ale i na wychwycenie tych chorych, dla których szpital nie jest optymalnym miejscem pobytu); regularny skrining potrzeb w zakresie opieki paliatywnej w oddziałach szpitalnych, który pomoże wskazać, kiedy niezbędna jest konsultacja specjalisty medycyny paliatywnej (co wpłynie na poprawę złagodzenia objawów i spełnienia potrzeb społecznych, psychicznych i duchowych chorego i bliskich, ale też pozwoli w sposób bardziej adekwatny dokonywać wyborów co do dalszego postępowania wobec chorego). Uzasadnieniem tego kierunku wprowadzanych zmian do systemu opieki zdrowotnej jest ich udowodniony pozytywny wpływ nie tylko na jakość życia chorych przebywających w szpitalach, ale również na finansowanie samych szpitali. Pokazano bowiem, że konsultacje specjalistów medycyny paliatywnej w szpi-



ne do opieki w ostatnich okresie życia, przeciwnie - udowodniono, że wczesne wdrożenie opieki paliatywnej poprawia jakość życia (nawet go przedłuża) i zmniejsza konieczność wdrażania agresywnego i nadmiernie obciążającego chorych leczenia.

Skierowanie do specjalistycznej opieki paliatywnej uwarunkowane jest więc istnieniem niespełnionych potrzeb chorego (a nie - tak jak kiedyś uważano - prze-

lach zmniejszając dzienne koszty leczenia, liczbę zgonów w szpitalu i na oddziałach intensywnej terapii, zwiększając liczbę skierowań do hospicjów, zmniejszając liczbę skierowań chorych w ostatnich 2 tygodniach ich życia do szpitali i wpływają pozytywnie na wybory optymalnych interwencji terapeutycznych.

Niestety w Polsce ze środków publicznych dofinansowane są jedynie oddziały medycyny paliatywnej, zespoły opieki domowej i poradnie medycyny paliatywnej. Od wielu lat środowiska związane z medycyną paliatywną wskazują bezskutecznie na konieczność dofinansowania tzw. szpitalnych zespołów wspierających opieki paliatywnej, a przynajmniej na konieczność zatrudnienia przez szpitale konsultanta medycyny paliatywnej.

Dlaczego jest to ważne

mniej na konieczność zatrudnienia przez szpitale konsultanta medycyny paliatywnej.

- Powyżej 50% Polaków umiera w szpitalach (trend wzrastający)
- W szpitalu jest większe ryzyko stosowania uporczywej terapii/terapii daremnej;
- Brak dostępu do konsultanta medycyny paliatywnej w szpitalu (praktycznie w Polsce potencjalna możliwość konsultacji dotyczy tych nielicznych szpitali, w których istnieją oddziały medycyny paliatywnej)
- Szczególna rola konsultacji medycyny paliatywnej – nie tylko w zakresie leczenia objawowego, ale problemów etycznych końca życia i komunikacji z chorym
- Szczególne znaczenie dla oddziałów intensywnej terapii (pomoc w decyzjach o zaprzestaniu terapii uporczywej/daremnej; możliwość wdrożenia innej adekwatnej dla

chorego opcji postępowania)

- Obecność specjalistycznej opieki paliatywnej wprowadza otwarcie w szpitalu na widzenie człowieka w pacjencie, jego wartości, jego potrzeby nie tylko fizyczne, ale i psychiczne, społeczne oraz duchowe; daje szansę na akceptację umierania i śmierci (i niewidzenia ich jako klęski)

Doświadczenie związane z wieloletnim funkcjonowaniem konsultacji specjalistów medycyny paliatywnej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 w Bydgoszczy dostarcza konkretnych argumentów przemawiających za potrzebą wprowadzenia rozwiązań umożliwiających tego typu rozwiązania, zwłaszcza w dużych szpitalach.

prof. dr hab. med. Małgorzata Krajnik

kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Paliatywnej

Collegium Medicum UMK

Zakład Opieki Paliatywnej w Szpitalu Jurasza

W roku 2018 zapewniłmy opiekę blisko 140 pacjentom. Średni czas przebywania w oddziale to 31 dni. Zakład Medycyny Paliatywnej funkcjonuje od 2005 r. W jego ramach prowadzimy oddział i poradnię. Stawimy także bazę dydaktyczną dla zajęć praktycznych studentów medycyny, pielęgniarstwa i fizjoterapii. Dysponujemy 15 łózkami, które służą chorym kierowanym z klinik i oddziałów naszego szpitala oraz z paliatywnej opieki domowej i pozostałych szpitali miasta oraz regionu. Zatrudniamy wysoko wykwalifikowany zespół składający się z lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej, neurologii, chorób wewnętrznych, a także doświadczony i profesjonalny zespół pielęgniarstwa.



PODZIĘKOWANIA PACJENTÓW

Szanowny Panie Dyrektorze,

Chciałbym złożyć wyrazy wdzięczności całemu zespołowi lekarskiemu i pielęgniarskiemu Kliniki Chorób Oczu oraz Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy za uratowanie mi życia oraz troskliwą, doskonałą i bardzo profesjonalną opiekę. W Polsce nie było wielu poszkodowanych w wypadku jaki przydarzył się mi. A jednak Państwa ogromna wiedza, trud poszukiwań, profesjonalizm, zaangażowanie sprawiły, że dostałem „nowe życie”. Dziękuję za wyrozumiałość, cierpliwość, takt, empatię. Wszystko to umożliwiło mi szybkie dochodzenie do zdrowia. Dziękuję również za umożliwienie moim najbliższym bycia przy mnie przez cały okres hospitalizacji za wspieranie ich, aby i im było łatwiej w tych trudnych chwilach. Jesteście najlepsi na świecie. Miałem szczęście, że trafiłem pod Państwa opiekę.

*Z poważaniem
Bartłomiej Grabiński
wraz z żoną, mamą i siostrami*



Biuletyn Nasz Szpital

Kwartalnik Szpitala Uniwersyteckiego
nr 1 im. dr. A. Jurasza

WYDAWCA

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza,
85-094 Bydgoszcz,
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
Nr ISSN 2545-0336

REDAKCJA

Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza
Dział Organizacji i Nadzoru
tel. 52/ 585-43-53
Czekamy na Państwa opinie, uwagi i propozycje
pod adresem: rzecznik@jurasza.pl

FOTOGRAFIA NA OKŁADCE

Adrianna Czajkowska

PROJEKT, SKŁAD I DRUK

AGENCJA REKLAMOWA REMEDIA

ul. Dolina 35, 85-212 Bydgoszcz

www.remedia.pl

biuro@remedia.pl



WE
CREATE
IDEAS

NAKŁAD

1200 bezpłatnych egzemplarzy
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania
i poprawiania materiałów oraz zmian w tytułach.
Za treść reklam nie odpowiadamy.
e-mail: sekretariat@jurasza.pl
www.jurasza.pl

OGÓLNOPOLSKI PROGRAM BEZPŁATNYCH BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH - DIAGNOSTYKA TĘTNIAKÓW AORTY BRZUSZNEJ -



- dla pacjentów 65+
- realizowany ze środków Ministerstwa Zdrowia we wszystkich województwach
- czas trwania: 2018 2020 r

CZYNNIKI RYZYKA,
które zwiększają
prawdopodobieństwo
występowania tętniaków:

- palenie papierosów
- nadciśnienie tętnicze
- otyłość

WYKRYWALNOŚĆ
Wykrywane są 5 razy częściej
u mężczyzn niż u kobiet.

INFORMACJE-ZAPISY-MIEJSCE WYKONYWANIA BADAŃ
Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 84-094 Bydgoszcz
Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii

INFOLINIA: 885-999-003





NOWY SUV MAZDA CX-30

Najnowsze dzieło Mazdy – kompaktowy SUV Mazda CX-30 – zachwyca wysmakowaną linią coupé, a jednocześnie imponuje solidnością i wytrzymałością. Silniki SKYACTIV z technologią Mazda M Hybrid gwarantują jej znakomite osiągi i wydajność. A skoro o tym mowa – nowy, rewolucyjny silnik Skyactiv-X, łącząc najlepsze cechy silnika benzynowego i diesla, zapewnia nie tylko doskonałe parametry, ale jeszcze większą przyjemność prowadzenia.

Łączymy przyjemność prowadzenia i łatwość finansowania. Sprawdź w salonie Mazdy ofertę Mazda Finance i dopasuj ją do swoich potrzeb.

NORDIC MOTOR BYDGOSZCZ

ul. Fordońska 307 | tel. 52 339 07 33 | www.mazda-bydgoszcz-nordicmotor.pl

W zależności od wersji samochodu średnie zużycie paliwa oraz emisja CO₂ (na podstawie WLTP) wynoszą odpowiednio: 5,9–7,3 l/100 km i 133–165 g/km. Samochody Mazda są wyposażone w układ klimatyzacji zawierający fluorowany gaz cieplarniany o współczynniku ocieplenia globalnego powyżej 150. Informacje dotyczące odzysku i recyklingu samochodów wycofanych z eksploatacji znajdują się na mazda.pl

DRIVE TOGETHER

