

Październik
Nr 4 (48) 2024
ISSN 2545-0336

 SZPITAL UNIWERSYTECKI 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



www.jurasza.pl



Małoinwazyjna chirurgia robotyczna to:

większa precyzja operacji dzięki
zastosowaniu robotycznej technologii

krótszy pobyt w szpitalu, szybszy
powrót do zdrowia i aktywności

punktowe nacięcia skóry zmniejszają ból pooperacyjny



Więcej informacji:

Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej – tel. 52/ 585 4500

**Klinika Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej –
tel. 52/ 585 4730**

Letnie refleksje



Koniec wakacji, a wraz z nim nadchodząca jesień to zwykle czas, kiedy inicjujemy nowe pomysły i wraz z nimi snujemy plany przedsięwziąć na najbliższe miesiące, a czasami nawet lata. Są one niejednokrotnie wynikiem wakacyjnych przemyśleń i inspiracji. Ze wstydem przyznaję się, że nie potrafię na urlopie odciąć się mentalnie od problemów naszego szpitala. Specjaliści na pewno znaleźliby na to jakąś specjalną jednostkę chorobową... Tym razem było podobnie. Dziesiątki pomysłów mniej lub bardziej trafionych pojawiło się w mojej głowie, które z czasem być może ujrzą światło dzienne.

Początek września przyniósł już jednak realizację jednego z nich. Zarządzeniem z dnia 03. września powołany został nowy twór w naszym szpitalu czyli Rada Kliniczna. Decyzja ta jest odpowiedzią na fakt niedziałającej już od dawna Rady Ordynatorów, która na przestrzeni ostatnich lat uległa swoistej samodestrukcji. Po latach braku statutowej reprezentacji ordynatorów w bieżącym zarządzaniu szpitalem, w obliczu wyzwań przyszłości, a także w odpowiedzi na oczekiwania środowiska, podjąłem decyzję o przywróceniu ich udziału w pracach na rzecz rozwoju naszego szpitala, choć w nieco zmienionej formie. Znamcy klasyki kina polskiego zapewne pamiętają kultowe już słowa Kazimierza Pawlaka, wypowiedziane w filmie „Kochaj albo rzuć”, trzeciej części opowieści o rodzinach Pawlaków i Karguli „mądrego to i przyjemnie posłuchać”. Kierując się także tą ludową maksymą stworzyłem zespół, który będzie doradzał Dyrekcji w wytyczaniu kierunków rozwoju szpitala, oraz pomagał w rozwiązywaniu jego bieżących problemów. Mam nadzieję, że ta decyzja spotka się z aprobatą społeczności szpitala i bardzo szybko przekonamy się o jej trafności.

Inny pomysł, który już od dawna kiełkował w mojej głowie dotyczy rocznicy 90. lecia naszego szpitala, którą będziemy obchodzić już za 3 lata. Wyobrażam sobie zdziwienie i te uśmiechy na twarzach z komentarzem – ambitnie, na trzy lata przed... Moją intencją jest, aby zachęcić wszystkich bez wyjątku pracowników do aktywnego udziału w redakcji naszych biuletynów. Każdy z Państwa odgrywa ważną rolę w naszym szpitalu, i każdy ma możliwość zaprezentowania się w formie dowolnego materiału na jego łamach. Z okazji Jubileuszu 90. lecia chciałbym, abyśmy zebrali wszystkie dotychczas przygotowane wydania i stworzyli opracowanie w formie jubileuszowej książki o najnowszej historii szpitala. Przypomnę, że pierwszy numer „Naszego Szpitala” ukazał się w 2008 roku. Zaryzykuję teraz następujące stwierdzenie – kogo nie ma w biuletynie tego nie ma w historii szpitala. Dlatego jest jeszcze czas, aby wykazać się aktywnością oraz kreatywnością i w konkretny sposób zaprezentować swoją działalność zawodową w jednym z kolejnych wydań biuletynu. Czekamy także na ciekawe juraszowe anegdoty, które znane są tylko nielicznym, a w Państwa odczuciu warte rozpowszechnienia. Dzięki temu zapiszą się one już na zawsze w naszej historii.

Francuski filozof Monteskiusz żyjący w latach 1689–1755 powiedział – „Gdy zabraknie historii zastępują ją bajki”. Tak więc nie pozwólmy, aby przyszłe pokolenia opowiadały o nas bajki.

dr Jacek Kryś
Dyrektor Szpitala

Szpital Jurasza z nagrodą Super Lider Zmian w Ochronie Zdrowia 2024

26 września 2024 r. w Warszawie odbyła się uroczysta Gala wręczenia nagród w VI edycji konkursu Liderzy Zmian w Ochronie Zdrowia – Leaders of VBHC, wspólnego przedsięwzięcia Wolters Kluwer Polska i Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego. Konkurs ma na celu wyróżnienie podmiotów leczniczych, które wdrażają praktyki zgodne z koncepcją Value Based Health Care (VBHC), czyli dążą do osiągnięcia najlepszych efektów zdrowotnych przy optymalnych nakładach na opiekę. Celem konkursu jest promowanie najwyższych standardów zarządzania podmiotami leczniczymi, w tym upowszechnianie najlepszych praktyk i rozwiązań w zakresie monitorowania jakości opieki, optymalizacji procesów na rzecz bezpieczeństwa i skuteczności leczenia, wzmacniania pracy zespołowej oraz skutecznej profilaktyki i edukacji.

Miło nam poinformować, że nasz szpital otrzymał nagrodę specjalną Jury i Kapituły Konkursu składających się z ekspertów rynku medycznego, w tym przedstawicieli administracji państwowej, podmiotów gospodarczych i fundacji. Nagroda „Super Lider Zmian w Ochronie Zdrowia” przyznawana jest w uznaniu całokształtu działalności. To wyjątkowe wyróżnienie przyznawane jest placówkom, które nie tylko wyróżniają się na tle innych, ale także stanowią wzór do naśladowania. Statuetkę w imieniu szpitala odebrała p.o. Dyrektor ds. Lecznictwa dr hab. n. med. Beata Sulikowska, prof. UMK. W uzasadnieniu przyznania nagrody Kapituła i Jury Konkursu wskazała, że Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy został uhonorowany za kreowanie innowacyjnych rozwiązań w opiece zdrowotnej i edukacji medycznej, co czyni go liderem w wielu obszarach. Szpital łączy ratowanie życia, leczenie chorych i edukację przyszłych pokoleń, co czyni go wzorem do naśladowania. Dzięki kompleksowemu podejściu do pacjentów i pracowników oraz wysokiej efektywności procesów organizacyjnych szpital cieszy się ogromnym zaufaniem pacjentów i jest liderem w wielu obszarach badawczych.

Liderzy zmian w polskim systemie ochrony zdrowia to ci, którzy rozwijają praktyki nakierowane na zwiększenie wyników zdrowotnych w stosunku do nakładów przeznaczanych na opiekę. Inwestują w nowoczesne technolo-

gie, optymalizują procesy i ewaluują wyniki, a także wsłuchują się w potrzeby pacjentów. To placówki, które nie tylko świadczą usługi na wysokim poziomie, ale także dbają o swoich pracowników, przyczyniając się do rozwoju systemu opartego na wartości zdrowotnej. Przesłanką do uwzględnienia wątku Value Based Healthcare w naszym konkursie było dostrzeżenie tych, którzy

już teraz wprowadzają rozwiązania skoncentrowane na pacjencie i jego zdrowiu – skomentowała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Przewodnicząca Kapituły Konkursu.



Dr hab. Beata Sulikowska, prof. UMK



Od lewej: dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Przewodnicząca Kapituły Konkursu, dr hab. Beata Sulikowska, prof. UMK, Sylwia Gołaś-Olszak, Dyrektor Rynku Administracji Publicznej oraz Rynku Ochrony Zdrowia w Wolters Kluwer Polska.



Laureaci konkursu. Fot. A. Stawiński



Na bezludną wyspę na wszelki wypadek zabrałbym stetoskop

Decyzja o wyborze specjalizacji była łatwa?

Wybór specjalizacji nie był rzeczą prostą i oczywistą. Początkowo myślałem, o chirurgii ale po pierwszych doświadczeniach (w roli obserwatora) na sali operacyjnej uznałem, że to nie dla mnie. Postawiłem więc na internę i nigdy tej decyzji nie żałowałem.

Pamięta Pan swojego przysłowiowego pierwszego pacjenta?

Trudno mi dzisiaj przypomnieć sobie pierwszego pacjenta, ale w tamtym czasie często korzystałem z literatury medycznej, gdyż tak naprawdę to dopiero w praktyce okazuje się jaką wiedzę dysponujemy, a studia są zaledwie początkiem wiedzy medycznej. Pamiętam jednak pewne wydarzenie. Jako młody lekarz pracowałem również w Pogotowiu Ratunkowym. Któregoś dnia pojechaliśmy na wezwanie poza Bydgoszcz do kobiety z silnymi bólami brzucha. Na miejscu okazało się, że rozpoczęła się poród, a pacjentka twierdziła, że nie miała świadomości, że jest w ciąży. Tak więc odebrałem zupełnie niespodziewanie narodziny dziecka. Było to mocne przeżycie.

Wspomniał Pan o pracy w pogotowiu ratunkowym – nasz szpital nie był jedynym miejscem Pańskiej pracy

Tak. Przychodnia Rejonowa na ulicy Chrobrego była moim pierwszym miejscem zatrudnienia. Po zrobieniu specjalizacji u prof. E. Nartowicza zostałem zatrudniony w Szpitalu Jurasza. Opuściłem go na jakiś czas, aby pracować w Grudziądzu. Wróciłem w 2013 roku i zostałem do dzisiaj.

To pierwsze zatrudnienie w Juraszu miało miejsce w 1989 roku. Jak wspomina Pan swoje pierwsze wrażenia po tzw. „przekroczeniu progów szpitala”? Klinika Chorób Wewnętrznych, w której podjąłem pracę była wówczas po remoncie, wyposażona w potrzebny i nowoczesny sprzęt. Z przyjemnością przekraczało się jej progi. Ordynatorem był prof. Edmund Nartowicz. Z tego okresu bardzo miło wspominam dr Miroslawę Rozwodowską, która wielokrotnie służyła wiedzą, radą i życzliwością.

W kolejnych latach 2012–2013 pracował Pan w Grudziądzu.

W Grudziądzu pracowałem jako Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych z 52 łózkami. W mojej karierze

Z dniem 30 września 2024 r. zakończył pracę w naszym szpitalu i przeszedł na emeryturę dr n. med. Ahmad El-Essa, Dyrektor ds. Lecznictwa Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr A. Jurasza. Na tę okoliczność przeprowadziłem rozmowę z Panem Dyrektorem, podsumowującą wieloletnią pracę w naszym szpitalu.

Czy zawsze chciał Pan zostać lekarzem?

Nie zawsze, natomiast do wybrania zawodu lekarza zainspirował mnie starszy brat, który również ukończył studia medyczne. Już na pierwszym roku poczułem, że był to dobry wybór.

Kiedy po raz pierwszy poczuł Pan, że chce leczyć ludzi?

Kiedy byłem jeszcze chłopcem zdarzyło mi się udzielić skutecznie pomocy koledze, który uległ wypadkowi. Wówczas chyba uznałem, że będzie to dobry wybór - leczyć i pomagać ludziom.

Jak wspomina Pan studia medyczne w Poznaniu w latach 70-tych? Co z okresu studiowania zapamiętał Pan najbardziej?

Do Polski przyjechałem mając 19 lat. Zacząłem od nauki w Studium Języka Polskiego w Łodzi. Był to roczny pobyt, po którym rozpocząłem studia w Poznaniu. Oczywiście dla obcokrajowca, który słabo jeszcze wtedy mówił po polsku nie było to łatwe. Wszyscy moi koledzy borykali się z tym problemem. Poza tym, jako młody człowiek, który opuścił dom rodzinny musiałem nauczyć się gotować. Większość z nas tęskniła za smakami domowego jedzenia. Tak więc w akademiku często unosiły się różne aromaty.



Od lewej: Dyrektor Szpitala dr Jacek Kryś, Dyrektor ds. leczenia dr Ahmad El-Essa, p. o. Dyrektor ds. Lecznictwa dr hab. Beata Sulikowska, prof. UMK, Dyrektor ds. Pielęgniarstwa Mirosława Ziółkowska

zawodowej był to awans, z którego bardzo się cieszyłem. Zespół lekarski był młody, zdolny i ambitny więc czerpałem z tej pracy satysfakcję. Problemem za to były dosyć uciążliwe codzienne dojazdy.

Czy powrót do Jurasza w 2013 roku i objęcie Kliniki Medycyny Ratunkowej było dużym wyzwaniem?

Powrót do Jurasza w 2013 r. aby objąć Klinikę Medycyny Ratunkowej nie był dobrym posunięciem gdyż stało się to w czasie konfliktu personalnego ówczesnego Dyrektora z pracownikami SOR-u. Nie byłem w tym zorientowany - niestety. Konflikt zakończył się odwołaniem Dyrektora, a ja zostałem bezrobotny. Dzięki życzliwości prof. Jacka Kubicy, który wówczas kierował Kliniką Kardiologii mogłem wrócić do pracy na oddziale jako lekarz. Rok później Dyrektor Jacek Kryś ponowił propozycję objęcia SOR-u. Po wcześniejszych doświadczeniach miałem obawy i mieszane uczucia. Mówią, że nie wchodzi się dwa razy do tej samej rzeki, a jednak okazało się, że tym razem decyzja była słuszną. Chęć również powiedzieć, że osobą, która była dla mnie wielkim wsparciem i pomocą w sprawach organizacyjno-administracyjnych była Pani Angelika Jaworska, sekretarka w Klinice Medycyny Ratunkowej.

Co Pana zdaniem, jako wieloletniego praktyka jest najtrudniejszym elementem pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym?

Sądzę, że najtrudniejsza w pracy na SOR jest nieprzewidywalność tego, ilu będzie pacjentów i z jakimi problemami się pojawiają. Najczęściej jest ich wielu i dlatego dynamika pracy na SOR jest bardzo wyczerpująca. Myślę, że nieporównywalna z pracą na innych oddziałach.

Miał Pan możliwość współpracy z wieloma pracownikami SOR – lekarzami, pielęgniarkami, ratownikami

mi pracownikami administracji, nie tylko w naszym szpitalu – jakimi cechami Pana zdaniem się wyróżniają?

Praca lekarza, ratownika czy pielęgniarki na SOR to bardzo ciężka praca na pierwszym odcinku walki z chorobą w szpitalu. Walki o życie i zdrowie pacjenta. Jest przepiętna niewątpliwie stresem, sytuacjami bardzo nerwowymi, gdzie decyzje muszą zapadać szybko. Trafia tam często pacjent mocno okaleczony albo zagubiony. Zespół ludzi, który tam pracuje musi być

fachowy i zdecydowany. Musi to też być i jest to grupa ludzi empatycznych i wrażliwych, którzy chcą nieść pomoc każdemu, kto zjawi się na SOR. Oprócz całego medycznego personelu niezwykle ważna jest administracja. Sekretariat udziela wszelkich potrzebnych informacji pacjentom lub ich rodzinom. Niejednokrotnie można tam usłyszeć też słowa pocieszenia i zrozumienia.

Które z tych cech są Pana zdaniem najważniejsze?

U pracowników cenię fachowość, pracowitość, zaangażowanie, ale także życzliwość i kulturę bycia. W zespole, gdzie ludzie mają dobre relacje pracuje się skuteczniej i w dobrej atmosferze. Niezależnie od tego czy jest się lekarzem, ratownikiem czy pielęgniarką to każda z ról jaką się pełni jest ważna i potrzebna.

W 2018 r. Dyrektor Jacek Kryś powierzył panu obowiązki Dyrektora ds. Lecznictwa. Jak wspomina Pan ten moment?

Był to oczywiście dla mnie zaszczyt i wyróżnienie, ale też moment zastanowienia czy sobie poradzę, ponieważ jest to zupełnie inny charakter pracy od tej, którą dotychczas wykonywałem. Moim zadaniem do tej pory było diagnozowanie i leczenie. Zawsze chciałem być przede wszystkim przy łóżku pacjenta. Ta potrzeba aktywności typowo lekarskiej zaowocowała tym, że po objęciu stanowiska Dyrektora ds. Lecznictwa nadal pracowałem jako Kierownik SOR, a także dyżuruwałem. Decyzje na stanowisku Dyrektora ds. Lecznictwa dotyczą wielu zagadnień, które zgłaszać mogą pracownicy wszystkich klinik. Najtrudniejsze są zawsze te, gdzie trzeba wchodzić w konflikty personalne i szukać najlepszych rozwiązań. Naczelnym celem zawsze jest dobro pacjenta i szpitala.

Jak układała się więc współpraca z zarządem szpitala?

Zasiadanie w składzie Dyrekcji to niewątpliwie zaszczyt, ale też duża odpowiedzialność. Cały zespół stara się czynić wszystko, aby szpital funkcjonował jak najlepiej, a nie jest to, ani łatwe ani proste w tak dużej placówce leczniczej. Dyrektor Jacek Kryś to człowiek bardzo energiczny i ambitny. Bywa więc, że są gorące dyskusje, konflikty i spięcia. Takich sytuacji nie sposób uniknąć. Cel jest zawsze ten sam – znaleźć najlepsze rozwiązanie, które posłuży dobru pacjenta. Podziękowania należą się Paniom sekretarkom, bez których trudno byłoby nie zginać w stosach najróżniejszych dokumentów. Oczywiście są też zwykłe i przyjacielskie rozmowy przy kawie.

Jak ważna w pracy lekarza i w pracy dyrektora jest empatia i umiejętność słuchania?

Myszę, że empatia i umiejętność słuchania to cechy ważne u każdego człowieka, ale w przypadku lekarza lub dyrektora szczególnie ważne, gdyż są to osoby najogólniej mówiąc decyzyjne. Lekarz lub dyrektor, który uważnie słucha pacjenta lub petenta i jest do tego empatyczny jest w stanie w uczciwy i rzetelny sposób pochylać się nad tematem, którym jest zdrowie lub problem innej natury.

Będzie Pan miał czas na odpoczynek na emeryturze?

Zawsze bardzo lubiłem czytać i nadal nie wyobrażam sobie życia bez książki. Nie sposób wymienić wszystkich autorów ale tych na pewno poleciłbym – Ken Follett, Stieg Larsson, Paul Auster, Gabriel Garcia Marquez czy John Irving. Nie jestem wielkim fanem kina, ale film który mi się podobał to np. Zielona mila. Lubię posłuchać dobrej muzyki – Kitaro, Oldfielda czy Vangelisa.

Może jakiś pomysł na wymarzone wakacje?

Świat jest taki piękny, że wymarzone wakacje mogą być wszędzie. Mam nadzieję, że na emeryturze znajdę czas, aby któreś z tych miejsc odwiedzić.

Co zabrałby Pan na bezludną wyspę?

Trudno powiedzieć, co człowiek miałby zabrać na bezludną wyspę, bo to raczej niecodzienna sytuacja. Myszę jednak, że oprócz rzeczy niezbędnych do przetrwania to zabrałbym zdjęcia osób mi bliskich. Wyspa przestałaby być taka bezludna... i może tak na wszelki wypadek zabrałbym stetoskop.

Pięknie dziękuje za rozmowę. Życzymy wielu lat w zdrowiu i szczęściu. Rozmawiała Marta Laska.

Przejsie na emeryturę profesor Eugenii Gospodarek-Komkowskiej

30 września 2024 r. zakończyła swoją wieloletnią pracę w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy Pani prof. dr hab. n. med. Eugenia

Gospodarek-Komkowska, Kierownik Zakładu Mikrobiologii Klinicznej. W imieniu wszystkich pracowników naszego szpitala składamy najszczerze wyrazy uznania i podziękowanie za długoletnią i pełną poświęcenia pracę. Zaangażowanie, profesjonalizm oraz służba na rzecz drugiego człowieka zasługują na najwyższy szacunek. Na ręce Pani Profesor składamy serdeczne życzenia wszelkiej pomyślności w życiu osobistym, reali-

zacji dalszych planów i zamierzeń, wspieranych dobrym zdrowiem i zasłużoną satysfakcją z dotychczasowych wspianiałych zawodowych dokonań.



Od lewej: Dyrektor Szpitala dr Jacek Kryś, profesor Eugenia Gospodarek-Komkowska

p.o. Dyrektor ds. Lecznictwa

2 września 2024 r. Dyrektor Szpitala Jacek Kryś powierzył Pani dr hab. n. med. Beacie Sulikowskiej, prof. UMK pełnienie obowiązków Dyrektora ds. Lecznictwa.

Dr hab. n. med. Beata Sulikowska, prof. UMK jest absolwentką Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku, specjalistką chorób wewnętrznych, nefrologii i hipertensjologii. Pracę w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza rozpoczęła 1 lipca 2000 r. W latach 2004-2021 pełniła funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie hipertensjologii. Członek Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego i Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, w latach 2010-2013 sprawowała funkcję Sekretarza Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.



Powołanie Rady Klinicznej

3 września 2024 r. zarządzeniem nr 65/2024 Dyrektor Szpitala Jacek Kryś powołał Radę Kliniczną, jako organ doradczy Dyrektora Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza. W skład Rady Klinicznej wchodzi: dr hab. n. med. Beata Sulikowska prof. UMK – p.o. Dyrektora ds. Lecznictwa, prof. dr hab. n. med. Maciej Słupski – Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej, prof. dr hab. n. med. Jan Styczyński – Kierownik Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii, prof. dr hab. n. med. Jacek Kubica – Kierownik Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa – Kierownik Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej, prof. dr hab. n. med. Bartłomiej Kałużny – Kierownik Kliniki Chorób Oczu, dr n. med. Przemysław Jasiewicz – Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz I Oddziału Klinicznego Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Kardioanestezjologii. Rada Kliniczna stanowi organ opiniotwórczy – doradczy Dyrektora w zakresie kierunków rozwoju szpitala, bieżącego funkcjonowania jednostek prowadzących działalność diagno-

styczno-leczniczą, rozwoju świadczeń zdrowotnych w tym wdrażania nowatorskich metod leczenia, realizacji umów z NFZ, w szczególności dostosowania poziomu świadczeń do potencjału poszczególnych klinik, oddziałów i zakładów, bieżącej analizy zasobów kadry medycznej i jej rozwoju, aktywizacji i wsparcia rozwoju działalności naukowo-badawczej, planów inwestycyjnych szpitala oraz wspierania działań ukierunkowanych na zapewnienie właściwych warunków do prowadzenia działalności dydaktycznej w szpitalu.



Od lewej: prof. Maciej Słupski, prof. Jacek Kubica, prof. Jan Styczyński, prof. Tomasz Drewa, Dyrektor Szpitala Jacek Kryś, p. o. Dyrektor ds. Lecznictwa dr hab. Beata Sulikowska, prof. UMK, prof. Bartłomiej Kałużny, dr Przemysław Jasiewicz.

Nowa Kierownik Zakładu Mikrobiologii Klinicznej – dr hab. Joanna Kwiecińska-Piróg, prof. UMK

1 października 2024 r. Dyrektor Szpitala Jacek Kryś powierzył stanowisko Kierownika Zakładu Mikrobiologii Klinicznej Pani dr hab. Joannie Kwiecińskiej-Piróg, prof. UMK. Pani Profesor ukończyła studia na kierunku analityka medyczna w CM UMK w 2005 r., a dwa lata później uzyskała tytuł magistra biotechnologii medycznej. Jest diagnostą laboratoryjnym ze specjalizacją z mikrobiologii medycznej. Tytuł doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej uzyskała w 2011 r., a stopień doktora habilitowanego w dyscyplinie nauki farmaceutyczne uzyskała w 2023 roku. Jest zawodowo związana zarówno z Katedrą Mikrobiologii Wydziału Farmaceutycznego CM UMK (od 2008 roku), jak i ze Szpitalem Uniwersyteckim nr 1 im. dra A. Jurasza w Bydgoszczy, pracując od 2014 roku jako diagnosta laboratoryjny



w Zakładzie Mikrobiologii Klinicznej. W latach 2021-2024 sprawowała funkcję Pełnomocnika Rektora ds. Specjalizacji dla Diagnostów Laboratoryjnych, a przez ostatnie dwa lata była Prodziekanem ds. Kształcenia Wydziału Farmaceutycznego. Obecnie pełni obowiązki kierownika Studium Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego. Oprócz działalności dydaktycznej i organizacyjnej, prowadzi działalność naukową. Jej badania dotyczą głównie możliwości eradykacji biofilmów bakteryjnych za pomocą skojarzonego działania antybiotyków i związków pochodzenia naturalnego. Jest kierownikiem projektu naukowego finansowanego przez NCN. Jest autorką lub współautorką ponad 80 artykułów w recenzowanych czasopismach naukowych i kilku rozdziałów w podręcznikach.

Nowy Kierownik Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii – dr hab. n. med. Arkadiusz Migdalski, prof. UMK

Z dniem 28 września 2024 r. Dyrektor Jacek Kryś powierzył obowiązki Kierownika Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii profesorowi Arkadiuszowi Migdalskiemu. Dr hab. n. med. Arkadiusz Migdalski, prof. UMK w 1997 r. uzyskał dyplom lekarza z wyróżnieniem na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Dwa lata studiów medycznych spędził w Perugii we Włoszech w ramach programu Tempus. Staż podyplomowy odbył w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 1 Przemienienia Pańskiego w Poznaniu. W 1999 r. rozpoczął pracę w Klinice Chirurgii Ogólnej Szpitala im. dr. Jana Biziela, a od stycznia 2012 r. jest pracownikiem Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii naszego szpi-



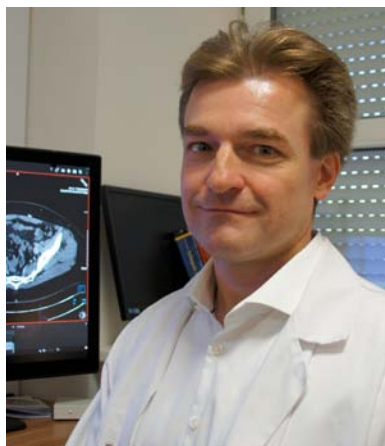
tala. W 2004 r. uzyskał stopień doktora nauk medycznych. W 2005 r. uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej, a w 2010 r. tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej. Kontynuując swoje zainteresowania chorobami naczyń, w roku 2017 uzyskał tytuł specjalisty w dziedzinie angiologii. W 2020 r. otrzymał dyplom doktora habilitowanego nauk medycznych i nauk o zdrowiu na Wydziale Lekarskim CM UMK. Od początku swojej pracy w Klinice Chirurgii Naczyniowej i Angiologii bierze udział w kształceniu studentów kierunku lekarskiego prowadząc wykłady, seminaria oraz ćwiczenia. W Klinice pełni funkcję koordynatora nauczania przedmiotu chirurgia naczyniowa (IV rok WL). Od ponad 20 lat

jest opiekunem Studenckiego Koła Naukowego. Jest kierownikiem administracyjnym i wykładowcą dwóch obowiązkowych kursów specjalizacyjnych z chirurgii naczyniowej i jednego z angiologii (CMKP). Był uczestnikiem wielu badań klinicznych II i III fazy (współbadacz, koordynator ośrodka, badania dotyczące zastosowania nowych leków w chorobach naczyń m. in. Euclid, Charisma, Caspar, MCI-9042, Einstein-DVT, Voyager). Poza wykonywaniem szerokiego zakresu zabiegów chirurgicznych wewnątrznaczyniowych i otwartych, interesuje się ultrasonografią dopplerowską tętnic i żył. Przygodę z ultrasonografią naczyń rozpoczął od trzymiesięcznego stażu w Oddziale Chirurgii Naczyniowej w Pe-

rugii, we Włoszech (styczeń-marzec 2002 r.), gdzie doskonalił technikę wykonywania badań duplex doppler. Jest członkiem wielu towarzystw naukowych (Polskie Towarzystwo Chirurgii Naczyniowej, Europejskie Towarzystwo Chirurgii Naczyniowej, Polskie Towarzystwo Angiologiczne, Polskie Towarzystwo Leczenia Ran). Jest konsultantem w Katedrze Medycyny Sądowej z zakresu chirurgii naczyniowej oraz konsultantem klinicznym implantacji stentów MicroMash Renzan. Jest członkiem komitetu organizacyjnego i naukowego cyklicznej konferencji "The International Congress on Sustainable Development in the Human Environment - Current and Future Challenges (ICSDEV)", Alanya, Turcja.

Nowy Kierownik Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej – dr n. med. Maciej Karolkiewicz

1 sierpnia 2024 r. Dyrektor Szpitala Jacek Kryś powołał dr. n. med. Macieja Karolkiewicza na stanowisko Kierownika Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej. Dr Maciej Karolkiewicz jest absolwentem Wydziału Lekarskiego, studia na Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy ukończył w 1999 roku. W latach 2000-2001 odbył staż podyplomowy w naszym szpitalu, oraz rozpoczął pracę w Zakładzie Radiologii i Diagnostyki Obrazowej. Po zakończeniu w 2007 r. szkoleniu specjalizacyjnym uzy-



skął tytuł specjalisty II stopnia w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej. W roku 2014 uzyskał stopień doktora nauk medycznych. Jednocześnie pracuje jako nauczyciel akademicki w Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Członek Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego. Od początku swojej pracy w szpitalu jest zaangażowany w rozwój i organizację Zakładu Radiologii i Diagnostyki Obrazowej.

„7 lat chudych, 7 grzechów głównych, zespół siódmego dnia”, czyli 7 lat Programu Transplantacji Wątroby w Bydgoszczy

Pod takim tajemniczym i zmuszającym do refleksji tytułem, który oddawał zarówno radość z dokonania Zespołu, jak też podkreślał trudną i wyboistą drogę do tego sukcesu, odbyły się 6 września 2024 r. w Pałacu w Myślicinku k/Bydgoszczy uroczyste obchody 7 lat Programu Transplantacji Wątroby w Bydgoszczy.

Na początek przypomnijmy czytelnikom: pierwsze przeszczepienie wątroby w ośrodku bydgoskim pod kierownictwem Pana Prof. Macieja Słupskiego odbyło się 17 stycznia 2017 roku. Od tego momentu

codzienny wysiłek i zmaganie się z przeciwnościami losu, niedostatki kadrowe młodego zespołu, skomplikowana logistyka akcji przeszczepowych – wszystko to pionierom programu „dawało w kość”. Każdy musiał na sobie odczuć trudność procedury, wymagającej ciągłej dyspozycyjności, przeszczepu bowiem nie da się przewidzieć i jak to podkreślał podczas uroczystości Pan Prof. Dariusz Grzanka: „Telefon od koordynatorki, Moniki Siekierki, rozlega się w najmniej oczekiwanym momencie, w środku nocy...”. Taka właśnie jest transplantologia.

Program Transplantacji Wątroby po tej wyboistej drodze do przodu pchał ze znanym sobie uporem i determinacją Pan Profesor Słupski, potrafił znaleźć wyjście z każdej opresji, co odreagowywał po pracy wielokilometrowymi trasami rowerowymi między dyżurami i przeszczepami.

Od pierwszego zabiegu transplantacji wątroby, jak również w okresie poprzedzającym, budowano i rozwijano standardy programu, poszukiwano skutecznych sposobów pozyskiwania biorców, rozbudowując tym samym Listę Oczekujących. Wiatrem wstecznym dla rozwoju programu okazała się pandemia – lata 2020–2022. W tym okresie wykonywaliśmy 8-10 przeszczepień wątroby rocznie, a marzyło nam się wówczas...20? 30 na rok? I to wtedy wydawał nam się bardzo ambitny plan.

I oto nastąpił dawno oczekiwany przełom! Z nową energią wkroczyliśmy w 2023 rok, zamykając go wynikiem 14 przeszczepień. W tym również roku prowadzenie Kliniki Intensywnej Terapii w Szpitalu objął



Prof. dr hab. Dariusz Grzanka, Prorektor ds. CM UMK

dr Przemysław Jasiewicz. Już z pierwszym dniem nowej funkcji podchwycił on wyzwanie zintensyfikowania liczby przeszczepień i udoskonalenia procedur anestetycznych podczas zabiegów transplantacji. Dalsze losy programu pokazują wagę, jaką ma współpraca interdyscyplinarna w transplantologii, a w transplantologii wątrobowej jest to dosłownie „być albo nie być”. Anestezjologia i intensywna opieka nad biorcą stanowi niezbędne ramię zwiększania ilości zabiegów i rozwoju ośrodka.

Program naukowy opisywanej konferencji jubileuszowej został pomyślany jako pokaz siły i zaangażowania rozwijającego się Zespołu Transplantacyjnego, który od dnia tej uroczystości, cytując Pana Profesora Macieja Słupskiego, zyskał miano „rodziny wątrobowej”.

Jak rodzina, to musi być i „ojciec chrzestny”! Jednogłośnie został nim okrzyknięty Pan Dyrektor Jacek Kryś, który od początku pomysłu wdrażał jako Naczelny Dyrektor Szpitala program transplantacji wątroby, wspierał go zawsze na każdym etapie jego rozwoju. Pan Dyrektor podczas swojego wystąpienia wspominał owe „kamienie milowe” projektu, podkreślił również zasługi Pana Prof. Jacka Manitusia, który w okresie pionierskim przedsięwzięcia pełnił funkcję Dyrektora ds. Lecznictwa i odpowiadał za stronę medyczną i formalną programu.

W rodzinie wątrobowej są skupieni reprezentanci wszystkich kluczowych specjalności medycznych, głównie chirurdzy, interniści (kardiolodzy, pulmonolodzy, nefrologi, gastroenterolodzy), zakaźnicy, hepatolodzy, radiolodzy, patomorfolog, anestezjolog, zespół bloku operacyjnego, laboratorium, punktu krwiodawstwa



i inni. Było to można docenić i oszacować wzrokiem, bowiem wielka rodzina wątrobowa wypełniła sporą część sali galowej Pałacu w Mysłęcinku.

Wystąpienia gości z różnych obszarów medycyny miały charakter zarówno naukowy, jak i rocznicowy, sentymalny. Pod względem merytorycznym reprezentowały najwyższy poziom naukowy, niewątpliwie rokując dalszy rozwój ośrodka. Paleta tematów wystąpień szeroko i przekrojowo obejmowała kluczowe ramiona problemów medycznych i organizacyjnych, dotyczących transplantacji wątroby – od pozyskiwania biorców, przez problematykę zabiegów transplantacji, z pokazaniem udziału wszystkich graczy różnych specjalności, wieńczących to dzieło tj. patomorfologów, radiologów, gastrologów. Nie sposób tu ich wszystkich wymienić...

Pan Prof. Maciej Słupski w swoich wystąpieniach pokazał zarówno wyniki ośrodka, jak też plany jego rozwoju. Po 7 latach wykonano w Bydgoszczy 80 przeszczepień wątroby, w tym 9 retransplantacji. Do momentu uroczystości od początku 2024 wykonano 24 przeszczepienia, dokładnie tyle, ile przez cały poprzedzający rok. Ziszcza się nasze marzenia, rosną nasze apetyty. Dziś planujemy już nie 30, a 50 przeszczepień rocznie! A siódemka to podobno liczba szczęśliwa...

Miejmy nadzieję, że po „7 latach chudych”, zgodnie z biblijną przepowiednią, nastąpi „7 tłustych lat”. Życzymy tego całemu Zespołowi Transplantacji Wątroby w Bydgoszczy i naszym Pacjentom.

W imieniu Rodziny Wątrobowej

Dr hab. n. med. Beata Januszko-Giergielewicz, prof. UMK



Dr Jacek Kryś, Dyrektor Szpitala



Prof. dr hab. Maciej Słupski, Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej

Szpital dobrej praktyki żywienia klinicznego

Od 29 marca 2007 r. w naszym szpitalu funkcjonuje Zespół Żywniowy. W jego skład obecnie wchodzi 2 lekarzy, 2 pielęgniarki, 8 farmaceutów i 11 dietetyków. Naszym głównym celem jest kompleksowa opieka żywieniowa nad hospitalizowanymi pacjentami. Do zadań dietetyków należy: realizacja leczenia żywieniowego w szpitalu, przesiewowa ocena stanu odżywienia pacjentów dorosłych przy przyjęciu (NRS 2002), ocena stanu odżywienia dzieci na podstawie siatek centylowych, identyfikacja pacjentów z zaburzeniami odżywienia i ryzykiem rozwoju niedożywienia, interwencja żywieniowa u pacjentów niedożywionych i z grupy ryzyka rozwoju niedożywienia (poradnictwo dietetyczne, interwencja żywieniowa), kwalifikacja do leczenia żywieniowego przy współpracy z lekarzem prowadzącym oraz z lekarzem zespołu żywieniowego, nadzór nad chorym żywionym pozajelitowo i dojelitowo, prowadzenie dokumentacji związanej z leczeniem żywieniowym: karty kwalifikacji oraz monitorowania żywieniowego (żywienie do i pozajelitowe) i włączenie jej do historii choroby, edukacja personelu medycznego prowadzącego leczenie żywieniowe, ustalanie i modyfikacja diet pacjentów w trakcie hospitalizacji, zalecenia dietetyczne przy wypisie ze szpitala lub/i kontynuacja prowadzenia leczenia żywieniowego przez Poradnię Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego. Potrzeba leczenia żywieniowego w naszym szpitalu jest ogromna. Od maja 2019 do sierpnia 2023 wykonano 69 963 mieszanin żywieniowych, co daje 40-60 mieszanin/ dzień. Pacjentów żywionych dojelitowo w czerwcu br. było około 100. Żywienie pozajelitowe może być z powodzeniem realizowane dzięki uruchomionej w lutym 2009 roku Pracowni Żywienia Pozajelitowego w Aptece Szpitalnej. Wielkim sukcesem jest otrzymanie przez nasz szpital w październiku 2020 r. certyfikatu „Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego – Leczenie Przez Żywienie” oraz jego podwójną recertyfikację (czerwiec 2022 r., czerwiec 2024 r.), co stanowi ogromne wyróżnienie. Celem na przyszłość jest stworzenie PORADNI PRE-HABILITACYJNEJ co zapewni kompleksową żywieniową opiekę okołoperacyjną, tj. edukacja pacjentów przed



planowanym zabiegiem operacyjnym, wsparcie żywieniowe od momentu kwalifikacji do zabiegu, co pozwoli ograniczyć powikłania, czas pobytu w szpitalu oraz koszty hospitalizacji.

W naszym szpitalu funkcjonuje także Poradnia Żywienia Dojelitowego i Pozajelitowego, która prowadzi domowe żywienie pozajelitowe dorosłych i dzieci. To również 1 z 4 Poradni w Polsce prowadzących żywienie pozajelitowe dzieci. Jest to największa poradnia prowadząca żywienie pozajelitowe w województwie kujawsko-pomorskim.

Angelika Lubińska, Karolina Tkaczyk



Od lewej: Roksana Hypszer, Renata Polińska, Izabela Adrych-Salamońska, Aleksandra Pankowska, Katarzyna Glazik, dr Marlena Jakubczyk, Katarzyna Samowicz, Agata Kowalska, Grażyna Goszka, Lucyna Jopek, Karolina Chomacka, Katarzyna Podgórska, Angelika Lubińska, Agata Hałas, Karolina Tkaczyk, Karolina Galikowska

Sztuczna Inteligencja w Patomorfologii

Wykład zaprezentowany podczas Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Strategia Szpitala na lata 2024-2029” w Polednie

Patomorfologia jako kluczowa dziedzina w diagnostyce chorób, zmagająca się z rosnącym obciążeniem specjalistów. Lawinowo zwiększająca się ilość materiału diagnostycznego oraz rosnące wymagania dotyczące precyzji i kompleksowości rozpoznań wymagają innowacyjnych rozwiązań. Sztuczna inteligencja (AI) oferuje narzędzia, które mogą w sposób istotny odmienić oblicze tej dziedziny medycyny.

Obraz mówi więcej niż tysiąc słów

Diagnostyka preparatów histopatologicznych jest czasochłonna i wymaga ogromnej dokładności i zaangażowania. AI, poprzez zaawansowane algorytmy uczenia maszynowego, potrafi przetwarzać obrazy mikroskopowe z niespotykaną dotąd szybkością i dokładnością. Dzięki temu możliwe staje się łatwiejsza i bardziej precyzyjna ocena takich parametrów, jak rozmiar czy procent powierzchni, a nawet ocena oznaczeń immunohistochemicznych. Już teraz bardziej złożona analiza morfologiczna może właściwie procentowo określać poszczególne wzory morfologiczne w skali Gleasona czy ilość figur podziału wspomagając patomorfologa w żmudnej pracy. Kolejnym zastosowaniem jest wskazywanie w obrazie potencjalnie podejrzanych obszarów lub komórek, co usprawnia proces i minimalizuje ryzyko przeoczenia istotnych zmian.

Wirtualne barwienia – nowa perspektywa

Barwienie preparatów jest niezbędnym elementem diagnostyki, ale także czasochłonnym i generującym koszty. Kolejną drogą rozwoju AI w patomorfologii jest zastosowanie wirtualnych barwień, które symulują metody tradycyjne bez konieczności klasycznej obróbki preparatów. Dzięki wirtualnemu barwieniu osoby przygotowujące preparaty do badań są mniej narażone na działanie chemikaliów, mają mniej fizycznej pracy do wykonania i szybciej mogą przejść do właściwej diagnostyki. Jednocześnie badaną tkankę można wykorzystywać do innych niż samo barwienie celów. Co ważne, proponowana metoda wirtualnego barwienia nie wymaga żadnego specjalnego sprzętu ani infrastruktury – poza zwykłym mikroskopem świetlnym i odpowiednim komputerem. To otwiera drzwi do analizy preparatów niebarwionych, skutkującej szybszą oceną materiału bez oczekiwania na proces barwienia oraz wykonywania wirtualnych oznaczeń histochemicznych.

Słowa mają moc – AI w przetwarzaniu tekstu

Nie tylko analiza obrazów, ale także przetwarzanie języka naturalnego (NLP) staje się nieocenionym narzędziem wykorzystywanym w rutynowej pra-

cy lekarza patomorfologa. Technologia AI Speech to Text pozwala na tworzenie ustrukturyzowanych raportów na podstawie naturalnej wypowiedzi przy mikroskopie, co oszczędza czas i redukuje ryzyko błędów. Natomiast kontekstowe wyszukiwanie w dokumentacji medycznej umożliwia szybki dostęp do potrzebnych informacji, wyników poprzednich badań i zastępuje żmudne przeszukiwanie historii choroby, usprawniając proces diagnostyczny i ułatwiając formułowanie wyniku.

Symbioza obrazu i tekstu

Połączenie możliwości analizy obrazu z przetwarzaniem tekstu pozwoli na automatyczne tworzenie rozpoznanych patomorfologicznych. Kompleksowe raporty mogą być generowane na podstawie analizy obrazu, co przyspiesza proces diagnostyczny. A algorytmy AI do oceny oznaczeń immunohistochemicznych pomagają w interpretacji i prezentacji wyników, zwiększając dokładność i spójność raportów.

Wyzwania na drodze do przyszłości

Mimo ogromnego potencjału, implementacja AI w patomorfologii napotyka na pewne przeszkody, takie jak jakość preparatów. Artefakty czy niska jakość mogą wpływać na dokładność analizy AI, dlatego też niezbędnym jest dostosowanie procesu laboratoryjnego, zakup odpowiedniego sprzętu barwienek czy skanerów, aby spełnić wymagania jakościowe dla sztucznej inteligencji. Kolejnym aspektem jest ogromna ilość danych. Przetwarzanie obrazów o wysokiej rozdzielczości wymaga zaawansowanej infrastruktury sieciowej i dużej mocy obliczeniowej. Powinniśmy zwrócić uwagę także na bezpieczeń-



Skaner preparatów DP600 Roche w Zakładzie Patomorfologii Klinicznej.

stwo danych. Ochrona wrażliwych informacji pacjentów jest priorytetem; konieczne jest zapewnienie najwyższych standardów bezpieczeństwa. Nowe technologie muszą być zgodne z obowiązującymi przepisami, co może opóźniać ich wdrożenie.

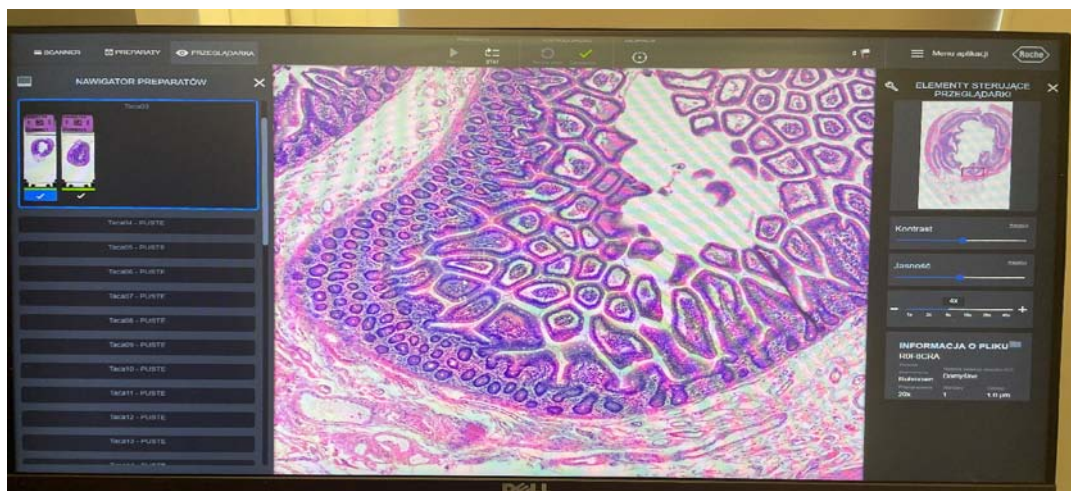
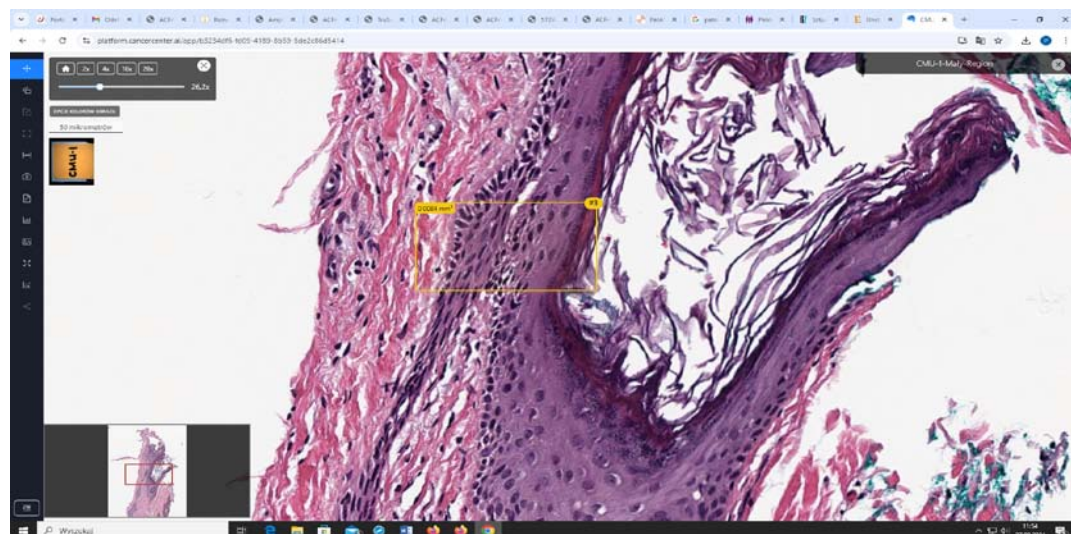
Perspektywy i nadzieje

Zastosowanie sztucznej inteligencji w patomorfologii to nie tylko moda, ale realna szansa na poprawę jakości opieki zdrowotnej. AI może odciążyć wąskie grono patomorfologów od rutynowych zadań, pozwalając im skupić się na bardziej złożonych przypadkach i interpretacjach. Ponadto, poprzez standaryzację procesów, możliwe jest zmniejszenie różnic w diagnozach między różnymi specjalistami. Warto również zauważyć, że rozwój AI w patomorfologii to nie tylko korzyści dla diagnostyki, ale także ogromny

potencjał naukowy. Dostęp do dużych zbiorów danych i możliwość ich analizy na niespotykaną dotąd skalę może prowadzić do odkryć nowych markerów chorób czy lepszego zrozumienia mechanizmów patologicznych.

Patomorfologia stoi u progu rewolucji technologicznej. Sztuczna inteligencja, mimo wyzwań, jakie niesie jej implementacja, oferuje narzędzia, które mogą znacząco poprawić efektywność i precyzję diagnostyki. Kluczem do sukcesu będzie harmonijne połączenie wiedzy specjalistów z możliwościami nowoczesnych technologii, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższych standardów etycznych i prawnych. Przyszłość patomorfologii z AI wygląda obiecująco, a korzyści z tego płynące mogą odmienić oblicze medycyny na lata.

prof. dr hab. n. med. Dariusz Grzanka



Praca na preparatach wirtualnych w Zakładzie Patomorfologii Klinicznej.

Laryngologia może być jeszcze lepsza

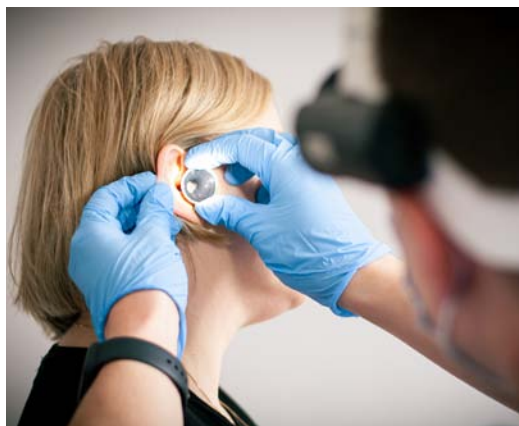
Wykład zaprezentowany podczas Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Strategia Szpitala na lata 2024-2029” w Polednie

Utrzymanie najwyższych standardów leczenia wymaga ciężkiej pracy całego zespołu oraz inwestycji. Działania w tym zakresie powinny prowadzić do wzrostu jakości udzielanych świadczeń (tj. docelowo pomagać pacjentom w szybkim powrocie do zdrowia) oraz umożliwiać efektywną i satysfakcjonującą pracę całego personelu. Nowe otwarcie Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej nastąpiło przed 2 laty. Po remoncie Klinika zyskała odświeżone oblicze, przeprowadzono reorganizację pomieszczeń i gabinetów. Stopniowo poszerzono profil zabiegów, doposażono w nowy sprzęt (m.in. z fundacji WOŚP), zoptymalizowano przyjęcia i pobyty na oddziale, podjęto działania PR-owe, zaznaczając obecność Kliniki i Szpitala w przestrzeni medialnej. Zadowolenie pacjentów zarówno z opieki medycznej, jak i warunków pobytu w oddziale widoczne jest w kwestionariuszach i analizach prowadzonych przez szpital, co stanowi potwierdzenie, że wybrana droga działania jest słuszna. Kierując się z zasadą „wszystko jest ważne”, prowadzimy (jako zespół) poszukiwania nowych rozwiązań, by być jeszcze lepszym.

W tej przestrzeni, jeżeli zadamy pytanie sztucznej inteligencji (np. ChatGPT, Open AI) na temat tego jakie są cechy nowoczesnej otorynolaryngologii, to wśród wygenerowanych odpowiedzi znajdują się takie pojęcia jak: zaawansowane technologie diagnostyczne, nowoczesne metody leczenia, w tym minimalne techniki chirurgiczne, telemedycyna, współpraca interdyscyplinarna, badania i innowacje, personalizacja leczenia oraz ochrona i promocja zdrowia. Z tej perspektywy, ostatnie dwa lata, w Klinice Otolaryngologii to realizacja projektów wypełniających właśnie „te” kryteria i założenia „nowoczesności”. Od dwóch lat Klinika sukcesywnie implementuje

nowe formy leczenia – wprowadzono implanty słuchowe, jako standard leczenia pacjentów z niedosłuchami (mam grupę ponad 30 pacjentów z różnymi systemami poprawiającymi słuch); poszerzono profil wykorzystywanych zabiegów chirurgicznych (rozpoczęto program leczenia z wykorzystaniem zespołów mikrochirurgicznych), ukończono projektowanie systemu klinicznego wspomagania decyzji w oparciu o algorytmy sztucznej inteligencji (CDSS – ang. *clinical decision support systems*). Poza aspektem czysto klinicznym, pojęto m.in. działania edukacyjne oraz badawcze np. koncentrując się na dostępie do informacji. W tym zakresie przeprowadzono analizę wiarygodności dostępnych narzędzi AI (sztucznej inteligencji) i ich zastosowania (wiarygodności) w pozyskiwaniu informacji klinicznych przez pacjentów i lekarzy; rozpoczęto również badania w zakresie nowych narzędzi diagnostycznych w zakresie percepcji słuchowej.

Poza wymienionymi działaniami, po analizie potrzeb klinicznych naszych pacjentów i ocenie dostępnego zaplecza, podjęto kolejne wyzwania, w tym opracowania projektów długoterminowych, stanowiących podstawę dalszego rozwoju Kliniki Otolaryngologii w najbliższych latach. Jednym z elementów dalszego rozwoju jest wprowadzenie koncepcji ONKO-1, czyli projektu, którego celem jest zmaksymalizowanie działań medycznych mających na celu możliwie najszybsze postawienie ostatecznego rozpoznania i zaplanowanie leczenia u pacjentów z chorobą nowotworową w zakresie głowy i szyi. W ramach tego projektu podjęta będzie próba optymalizacji pobytów jednodniowych z uproszczoną dokumentacją, ograniczającą potrzebę „krążenia” pacjenta po szpitalu i minimalizującą czas od wejścia do podjęcia



działań medycznych. W ramach ONKO-1, planowane jest wprowadzenie protokołów przyspieszonej opieki ERAS, (ang. Enhanced Recovery After Surgery) dostosowanych do laryngologii, optymalizacja harmonogramów zabiegów, głównie przez minimalizację czasu oczekiwania na zabieg oraz zwiększenie efektywności zabiegowej, czyli znieczulenie miejscowe. Tego typu działania są możliwe dzięki wykorzystaniu istniejącej infrastruktury. Ważną częścią realizowanego projektu będzie uruchomienie centrum organizacyjnego wspierającego łączność na linii pacjent – szpital – opieka długoterminowa.

Koncepcja druga, to projekt, którego celem jest stworzenie strefy ciszy dla pacjentów słyszących i niesłyszących, nie tylko laryngologicznych. Według dostępnych danych, w Unii Europejskiej ok. 18 mln ludzi cierpi z powodu uciążliwego hałasu. Dotyczy to również pacjentów przebywających w szpitalach oraz personelu medycznego pracującego w szpitalu. Dla obu tych grup, najczęstszym źródłem hałasu jest sam sprzęt medyczny: monitory,

respiratory, pompy infuzyjne i inne urządzenia generują stały hałas; to także alarmy sprzętów medycznych, telefony. Istotnym źródłem hałasu mogą być – szczególnie w godzinach nocnych - rozmowy personelu, kroki, przesuwanie sprzętu, czy inne źródła jak hałas z zewnątrz oddziału generowanych przez wózki transportowe, odgłosy budynku. Negatywne skutki hałasu odczuwane są zarówno przez pacjentów, jak i personel. Obejmują one zaburzenia snu, opóźnioną rekonwalescencję, generują stres i lęk. Narażenie na hałas może odpowiadać za zwiększone ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych w trakcie pobytów szpitalnych, prowadzić do problemów z gojeniem się ran, a w konsekwencji obniżać efektywność leczenia. Z kolei, negatywne skutki hałasu oddziałującego na personel mogą prowadzić do zmęczenia i wypalenia zawodowego, zmniejszenia produktywności związanego ze zmniejszoną koncentracją i skupieniem, wolniejszą analizą i wykonywaniem zadań, niekiedy irytacją, w konsekwencji prowadząc do wzrostu wystąpienia ryzyka błędów medycznych. Stąd, ramach opracowywanego projektu, prowadzone jest przygotowanie strefy ograniczonego hałasu, tzw.

przestrzeni ciszy. Wykorzystana będzie dostępna przestrzeń oraz kompetencje personelu, w tym możliwość specjalistycznej diagnostyki audiologicznej czy współprowadzenie monitoringu zagrożeń słuchu i koordynacja działań przeciwdziałającym hałasowi. Dodatkowymi elementami projektu, wykorzystującymi kanał słuchowy będzie włączenie terapii (wspomagania rehabilitacji) pacjentów szpitala, opartych o trening uważności oraz akustyczną stymulację dróg czuciowych, wpływających na aktywację lub dezaktywację układów współczulnych ośrodkowego układu nerwowego, odpowiedzialnych m. in. za reakcje obronne organizmu (stres i dobrostan).

Na koniec wracając do przewrotnego tytułu – niezależnie od planowanych działań, należy zaznaczyć, że laryngologia – a właściwie otorynolaryngologia, bo tak brzmi pełna nazwa tej specjalizacji – w Juraszu już jest bardzo dobra!

dr hab. n. med. Maciej Wróbel, prof. UMK



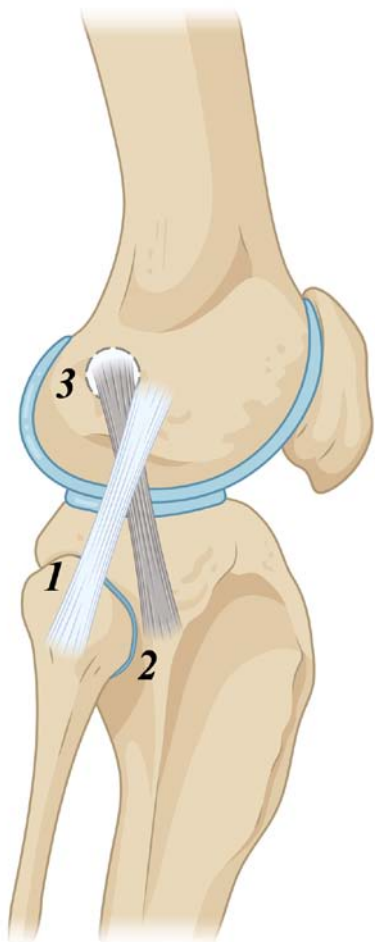
Małoinwazyjne rekonstrukcje stawu kolanowego u dzieci – nowe horyzonty

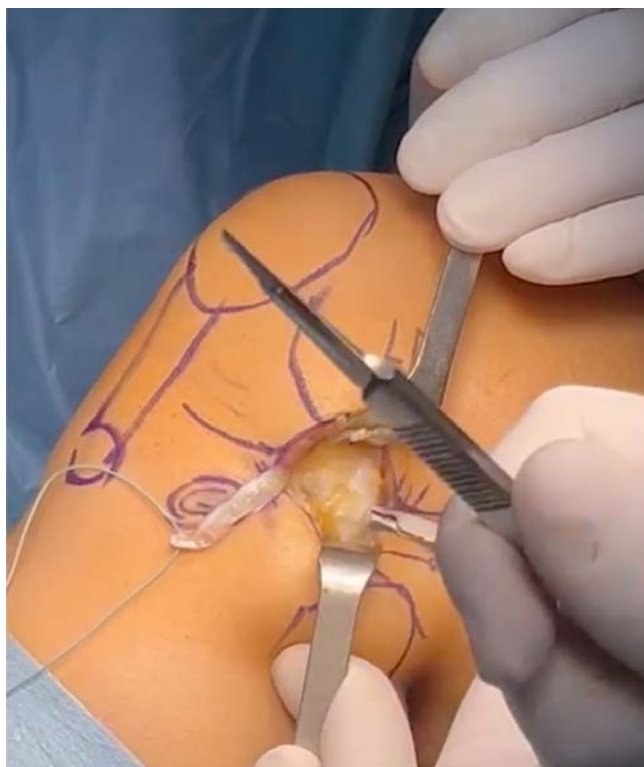
Wykład zaprezentowany podczas Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Strategia Szpitala na lata 2024-2029” w Południe

Nasz zespół lekarzy ortopedów od początku istnienia Kliniki doskonalił swoje umiejętności w zakresie chirurgii stawu kolanowego. Idąc z duchem czasu i korzystając z najnowszych implantów do małoinwazyjnej chirurgii, sukcesywnie rozwijamy nowe metody rekonstrukcyjne. Wykonujemy już nie tylko rekonstrukcje więzadła krzyżowego przedniego, będącą standardem w ortopedii, ale także rekonstrukcje wielotkankowe/wielowięzadłowe. Pod naszą opieką są również mali pacjenci, którzy doznali urazu stawu kolanowego. Często są to urazy doznane w wyniku uprawiania sportów kontaktowych. Duża siła urazu, skomplikowany mechanizm oraz wielowektorowość sił, powoduje, że urazu te z pozoru błahe, stanowią duże wyzwanie dla ortopedy i fizjoterapeuty. Niestabilność przednio-boczna rotacyjna jest coraz częstszą formą niestabilności stawu kolanowego u dzieci. Aby kolano z powrotem było stabilne i możliwy był powrót do aktywności fizycznej, zwykła, izolowana rekonstrukcja więzadła nie jest wystarczająca.

Specjalizujemy się jako zespół w zabiegu tenodezy bocznej zewnątrzstawowej podczas rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego. Jest to dodatkowa metoda rekonstrukcyjna używana dla uzyskania jak najlepszej stabilności pierwotnej stawu kolanowego po operacji.

Co ciekawe, zabieg tenodezy bocznej został po raz pierwszy opisany przez Lemaire'a w połowie lat 60. XX wieku jako chirurgiczna metoda leczenia przednio-bocznej niestabilności stawu kolanowego. Ze względu na postęp technik artroskopowych metoda ta na wiele lat przestała być stosowana. Niedawno powrócono do niego w związku z publikacjami anatomicznymi, w których szczegółowo opisano anatomię więzadła przednio-bocznego (ALL) stawu kolanowego i struktur z zakresu torby przednio-bocznej. Autorzy zauważyli, że maksymalne napięcie ALL występuje podczas jednoczesnego zgięcia kolana





i wewnętrznej rotacji piszczelowej. ALL przyczepia się do nadkłykcia bocznego kości udowej oraz do kości piszczelowej bocznie i do tyłu do guzka Gerdy. Badacze stwierdzili, że obciążenie przenieszone przez ALL podczas przesunięcia obrotu z nienaruszonym ACL i zgięciem kolana o 30 stopni wynosiło tylko 16,6% siły działającej na ACL. Po przecięciu ACL wartość ta wzrosła ponad trzykrotnie. Badania te pokazują znaczącą rolę, jaką ALL odgrywa w biomechanice stawu kolanowego, zwłaszcza w ograniczaniu rotacji wewnętrznej, szczególnie u pacjentów z zerwanym ACL. Procedura tenodezy bocznej zewnątrzstawowej jest wykonywana jako augmentacja rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego i pomaga zmniejszyć przednio-boczną wiotkość rotacyjną, co w konsekwencji zmniejsza ryzyko pooperacyjnej niestabilności.

Wskazania do tenodezy bocznej zewnątrzstawowej są dość enigmatyczne, dlatego nasz zespół przeprowadził badanie – systematyczny przegląd literatury w zakresie wskazań do tej procedury. Praca została przyjęta do druku w prestiżowym czasopiśmie naukowym z zakresu medycyny sportowej – *The American Journal of Sports Medicine*. To właśnie pacjenci z zakresu ortopedii dziecięcej są idealnymi kandydatami do tej procedury operacyjnej, co pokazują dane światowe.

Dodatkowo, udało nam się tak zmodyfikować technikę, że z cięcia skórniego które wg techniki rutynowo wynosi około 6cm, wykonujemy dostęp długości 3 cm. Wprowadzamy kotwicę zbudowaną wyłącznie z nitki, bez metalu, i przyszywamy fragment pobranego pasma biodrowo-piszczelowego do kości udowej. Zalecenia odnośnie rehabilitacji pooperacyjnej nie różnią się od tych w zwykłej rekonstrukcji więzadła krzyżowego przedniego.

Cały czas szkolimy się i udoskonalamy naszą technikę, aby zmaksymalizować wyniki pooperacyjne.

dr hab. n. med. i n. o zdr. Jan Zabrzyński,
prof. UMK

Pracownia biologii molekularnej w Zakładzie Patomorfologii Klinicznej

Badania metodami biologii molekularnej są wykorzystywane w trakcie diagnostyki patomorfologicznej w celu ustalenia właściwego rozpoznania patomorfologicznego nowotworu – zgodnie z aktualnie obowiązującymi klasyfikacjami Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) oraz do identyfikacji chorych, którzy mogą odnieść największe korzyści z terapii celowanych. Według obowiązujących standardów, jednostki diagnostyki patomorfologicznej działające w strukturze wysokospecjalistycznych podmiotów leczniczych powinny zapewniać dostęp do badań molekularnych, wykonywanych na bazie własnych pracowni lub umów z zewnętrznymi podmiotami.

Proces zabezpieczenia oraz opracowania materiału tkankowego musi podlegać standaryzacji m.in. ze względu na zachowanie jakości materiału genetycznego (uzyskanie możliwie najmniejszego stopienia degradacji DNA/RNA). Najważniejsze czynniki pozwalające zachować wysoką jakość materiału tkankowego to:

- możliwie najszybsze dostarczenie pobranego materiału do Zakładu Patomorfologii Klinicznej (pon–pt 7:00–16:00; sb 8:00–11:00)
- utrwalenie w 10% buforowanej formalinie, pH 7,2–7,4, w temperaturze pokojowej (pojemniki z utrwalczem do pobrania w Zakładzie Patomorfologii Klinicznej)
- monitorowanie czasu utrwalania do wielkości materiału (materiał tkankowy mały, tzn. poniżej 5 cm od 6 h do 48 h, materiał histologicznych duży, tzn. powyżej 5 cm od 24 do 72 h).

Dalsze etapy opracowania materiału tkankowego wykonywane są zgodnie ze standardami zaakceptowanymi przez Ministerstwo Zdrowia oraz podlegają kontroli podczas akredytacji jednostek diagnostyki patomorfologicznej (termin ponownej kontroli w grudniu 2025 r). W przypadku zlecenia badania molekularnego, każda próbka (błoczek parafinowy i odpowiadający mu preparat mikroskopowy barwiony hematoksyliną i eozyną) pochodząca z wyselekcjonowanego materiału z badania patomorfologicznego musi być oceniona przez lekarza patomorfologa w celu potwierdzenia rozpoznania i określenia obecności utkania nowotworowego (wraz z podaniem odsetka komórek nowotworowych w preparacie). Lekarz patomorfolog wybiera najlepszą możliwą próbkę (procedura kwalifikacji materiału do badania molekularnego) w kontekście rodzaju badania, uwzględniając także kolejność planowanych etapów diagnostyki. W przypadku braku odpowiedniego materiału do badania molekularnego (m.in. materiał zbyt skąpy, zbyt mały odsetek komórek nowotworowych,

uszkodzenie techniczne materiału) lekarz patomorfolog może zlecić ponowne pobranie materiału od pacjenta. Kolejne etapy izolacji kwasów nukleinowych oraz wykonywania badań z zakresu biologii molekularnej wykonywane są zgodnie z obowiązującymi wytycznymi. Wynik oceny molekularnej, niezbędny zarówno do ustalenia rozpoznania patomorfologicznego, jak i na potrzeby leczenia spersonalizowanego jest dołączony do ostatecznego raportu patomorfologicznego. Pozytywnym aspektem jest możliwość rozliczenia badań genetycznych w chorobach nowotworowych w ramach umowy na leczenie szpitalne, które pozwalają sfinansować wykonane diagnostyczne badania genetyczne z materiału pobranego w trakcie hospitalizacji lub z materiału archiwalnego.

Nowo powstała pracownia biologii molekularnej wykorzystuje takie metody jak PCR w czasie rzeczywistym oraz fluorescencyjną hybrydyzację *in situ*. Badania wykonywane w pracowni są ukierunkowane na analizę zmian genetycznych w tkance nowotworowej (zmiany somatyczne). Obecnie wykonujemy badania takich nowotworów złośliwych, jak: glejaki, chłoniaki, czerniak złośliwy, nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST), tłuszczakomięsaki, raki jelita grubego, raki piersi, raki nerki. Następnym planowanym działaniem ze względu na ogromny rozkwit onkogenetyki i potrzeby jednostek szpitala staramy się o rozszerzenie procedur diagnostycznych o sekwencjonowanie nowej generacji (NGS), gdzie zaplecze sprzętowe jest już dostępne. Możliwość analizy patogennych wariantów genetycznych metodą sekwencjonowania nowej generacji umożliwi kwalifikację pacjentów z różnymi nowotworami złośliwymi do programów lekowych zgodnie z aktualnymi algorytmami postępowania.

dr Paulina Antosik



Pobranie nerki przy pomocy robota da Vinci

19 lipca 2024 r. w naszym szpitalu nastąpiło pobranie nerki od dawcy żywego przy pomocy robota chirurgicznego da Vinci. Był to pierwszy tego rodzaju zabieg w województwie kujawsko-pomorskim i drugi w Polsce. Zabieg pobrania nerki jest operacją, która niesie ze sobą bardzo duży bagaż emocjonalny. Po pierwsze jest to operacja łącząca ze sobą życie dwóch, często bliskich (spokrewnionych) osób, a nie jednej, jak to ma zwykle miejsce w chirurgii. Presja emocjonalna spoczywająca na chirurgu, który wykonuje taką operację jest co najmniej podwójna – jeden z operowanych jest dawcą (ofiarodawcą), drugi oczekuje na narząd. Po drugie, resekcje narządów muszą być zawsze wykonane z należytą starannością, a w tym przypadku szczególną, bo również podwójną. Po pierwsze konieczna jest zwykła staranność chirurgiczna, jak podczas wszystkich operacji, wymagająca od operatora delikatności, tak aby uszkodzenia ciała osoby operowanej były minimalne i przekładały się na krótki okres powrotu do zdrowia i aktywności. Drugim zagadnieniem jest dbałość o elementy anatomiczne pobrałego narządu pod kątem jego przeszczepienia i wymagań chirurga transplantologa, który będzie ten narząd przeszczepiał. Potrzebne jest tutaj zadbanie o odpowiedniej długości naczynia krwionośne, długi i dobrze ukrwiony moczowód i nieuszkodzoną nerkę. To kolejne trudne szczeble w tej naprawie wymagającej operacji. Po trzecie „czas ciepłego niedokrwienia nerki”, czyli czas kiedy jest ona odcięta od krwioobiegu dawcy do momentu rozpoczęcia przepłukiwania jej przez płyny utrzymujące jej żywotność jest kluczowy dla późniejszego funkcjonowania w organizmie biorcy. Jest to chyba najważniejszy element całej operacji. Tutaj też na chirurga – urologu pobierającym narząd spoczywa odpowiedzialność za jego przyszłą funkcję. Pobierający urolog ma dwa sposoby wyjęcia nerki z organizmu dawcy, pierwszy polegający na włożeniu nerki w specjalny plastikowy worek i wówczas wykonaniu nacięcia powłok brzusznych celem usunięcia nerki lub wprowadzenia ręki chirurga – urologa pobierającego nerkę przez cięcie tej samej wielkości i natychmiastowe wyciągnięcie nerki po przecięciu naczyń tętnic i żył nerkowych. Ten drugi sposób, chociaż nie wiadomo dlaczego nazywany zresztą nieśluszenie i nieuzasadnienie „hand assisted surgery” powoduje, że czas szkodliwego ciepłego niedokrwienia nerki jest bardzo krótki i gwarantuje o wiele lepsze funkcjonowanie nerki u biorcy, co jest przecież celem tej operacji. W przypadku „laparoscopic hand assisted surgery” mamy do czynienia wówczas, gdy ręka operatora tkwi w endoskopowym polu operacyjnym przez cały czas, a nie wtedy, gdy służy do usunięcia narządu. Takie usunięcie narządu preferuje ośrodek w Barcelonie, gdzie pobierają i przeszczepiają laparoskopowo i robotycznie



nerki tylko urolodzy. W krajach Europy zachodniej pobieraniem i przeszczepianiem nerek zajmują się urolodzy, jako chirurdzy operujący „na co dzień” ten narząd oraz inne elementy układu moczowego. Ośrodek w Barcelonie jest rekomendowany w Europie, jako ośrodek endoskopowego (laparoskopowego i robotycznego) pobierania i przeszczepiania nerek. Podobny sposób pobrania nerki stosuje również ośrodek transplantacyjny w Szczecinie, z tym wyjątkiem, że tam transplantolog zawsze przychodzi pomóc urologowi w pobraniu nerki po odcięciu, tak, żeby zminimalizować czas niedokrwienia ciepłego nerki, które ma wpływ na późniejszą funkcję narządu u biorcy.

Małoinwazyjne (laparoskopowe i robotyczne) pobranie narządów od żywych dawców to przyszłość transplantologii. Gwarantują one nie tylko krótszą rekonwalescencję, ale dobrze wykonane minimalizują wczesne i późne powikłania zarówno u dawcy jak i u biorcy. W Polsce jest kilka ośrodków profesjonalnie wykonujących te jedne z trudniejszych operacji urologiczno-transplantologicznych, należą do nich poza Bydgoszczą, Szczecin, Wrocław, Warszawa i Kraków.

Kolejnym etapem powinno być robotyczne przeszczepianie nerek. To jest zadanie dla urologów, którzy chcieliby uzyskać specjalizację z transplantologii, bo niestety w Polsce prawo nie pozwala urologom przeszczepiać nerek a szkoda, bo cała Europa czerpie z doświadczeń urologów w małoinwazyjnych zabiegach z korzyścią dla pacjentów.

prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa

Robotyka w ortopedii rekonstrukcyjnej stawów

Definitywną metodą leczenia zaawansowanej choroby zwyrodnieniowej stawów jest endoprotezoplastyka. Jest to operacja trudna technicznie, skomplikowana, a krzywa uczenia tej procedury jest stroma. Wymaga również wyszkolonego personelu pomocniczego oraz najlepszego sprzętu – implantów. W ostatniej dekadzie zauważalny jest w Polsce wzrost w zakresie liczby wykonywania endoprotezoplastyk stawów, głównie stawu biodrowego oraz kolanowego.

Pomimo dużego wolumenu wykonywanych operacji pierwotnej endoprotezoplastyki, częstość powikłań wynosi 2–4 % w zależności od leczonego stawu, natomiast stopień niezadowolenia pacjentów po alopastyce stawu kolanowego wynosi aż 20%, wg danych światowych. Szczególnie endoprotezoplastyka stawu kolanowego wymaga perfekcyjnego przygotowania oraz osadzenia implantu w stawie, aby kinematyka sztucznego stawu była zbliżona do tej w zdrowym stawie.

Wsparcie robota, czy bardziej fachowo określanego – ramienia robotycznego, poprawia przygotowanie i osadzenie implantu w miejscu zniszczonego stawu, co prowadzi do osiągnięcia idealnego ustawienia i kinematyki endoprotezy, gwarantującego najlepsze wyniki kliniczne. Nawigacja śródoperacyjna z użyciem ramienia robotycznego pozwala chirurgowi na wykonanie cięć kostnych z dokładnością rzędu dziesiątej części milimetra oraz na pozycjonowanie elementów endoprotezy z dokładnością co do 1 stopnia.

Zespół Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu od wielu lat wykonuje operacje z zakresu endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego. Lekarze specjalizuje się również w małoinwazyjnych dostęпах do alopastyki stawu biodrowego. Zespół nadal się rozwija w zakresie endoprotezoplastyki stawów, bierze udział w szkoleniach i konferencjach o tej tematyce, ale także wykonuje szkolenia dla innych lekarzy. Dodatkowo, prowadzone są badania naukowe w zakresie wyników leczenia endoprotezoplastyk

stawów. Zespół Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu: Dr Łukasz Jaworski, Dr Wojciech Banach, Dr hab. n. med. Jan Zabrzyński, prof. UMK, brali udział w szkoleniach z zakresu operacji robotycznych we Florencji (luty 2024 r.) oraz w Atenach (maj 2024 r.). Również w Klinice odbyło się szkolenie na tzw. sztucznych kościach z wykorzystaniem ramienia robotycznego dla wszystkich zainteresowanych lekarzy z Kliniki. Wykonywane były symulacje operacji endoprotezoplastyki stawu kolanowego. Dr Banach i prof. Zabrzyński podczas pobytu w Atenach uczestniczyli w operacji robotycznej stawu biodrowego i kolanowego. Kolejnym krokiem naszych lekarzy będzie certyfikacja w zakresie operacji robotycznych.

dr hab. n. med. i n. o zdr. Jan Zabrzyński, prof. UMK



Wspomnienie – dr Jarosław Budzbon (1936–2024)

Dr med. Jarosław Budzbon urodził się 25 lipca 1936 r. w Bydgoszczy. W latach 1950–1954 r. uczęszczał do Liceum Ogólnokształcącego, gdzie w czerwcu 1954 r. zdał maturę z pierwszą lokatą. Wynik ten upoważniał do rozpoczęcia studiów bez egzaminu wstępnego. Dyplom lekarza medycyny uzyskał w 1961 r. Po odbyciu obowiązkowego stażu podyplomowego w bydgoskim Szpitalu im. dr. A. Jurasza, od 1 lipca 1961 r. rozpoczął pracę w Szpitalu, początkowo jako stażysta, a 1962 r., jako asystent w oddziale neurochirurgii. Był w tym czasie pierwszym i jedynym asystentem tej jednostki, którą kierował doc. Władysław Malukiewicz. W latach 1962 do 1964 r. odbył okresową służbę wojskową w korpusie Wojsk Obrony Powietrznej Kraju z siedzibą w Bydgoszczy, którą zakończył w stopniu majora.

Od 1961 r. (poza okresem służby wojskowej) pracował w tej samej jednostce organizacyjnej (o zmiennej czasowo nazwie), pełniąc obowiązki od młodszego asystenta do pełniącego obowiązki ordynatora oddziału neurochirurgii oraz Kierownika Kliniki Neurochirurgii Akademii Medycznej w Bydgoszczy. W 1971 r. uzyskał II st. specjalizacji z neurochirurgii. W 1972 r. obronił pracę doktorską na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Bydgoszczy związaną z dyskopatią lędźwiową. Od 1982 r. był konsultantem wojewódzkim z zakresu neurochirurgii. Przez dwie kadencje pełnił również funkcję Zastępcy Okręgowego Rzecznika Dobra Służby Zdrowia. Nauczyciel akademicki od chwili powstania Akademii Medycznej w Bydgoszczy. Autor i współautor wielu prac nauko-



wych i wystąpień jazdowych. Laureat nagrody rektorskiej II i III st. Kawaler srebrnego i złotego Krzyża Zasługi, odznaczeń PTL i BTL.

Doktor Jarosław Budzbon jest współtwórcą bydgoskiej neurochirurgii. Przez 50 lat pracy w tej samej Klinice wychował nie tylko kolejne pokolenia specjalistów, ale również wychował pokolenia lekarzy, którzy podpatrywali, a potem stosowali swoistą filozofię pracy swojego Mistrza. Spokój, merytoryczność, życzliwość, chęć pomocy wszystkim i zawsze to tylko niektóre cechy, które próbowaliśmy zinternalizować. Już dziś brakuje nam takiego AUTORYTETU.

prof. dr hab. n. med. Maciej Śniegocki

Zapytaj pomogę!

Od lipca 2024 r. w holu głównym naszego szpitala działa Punkt Informacyjny dla pacjentów i osób odwiedzających. Pracownicy Punktu - studenci Collegium Medicum UMK udzielają niezbędnych informacji o zakresie realizowanych w naszym szpitalu świadczeń medycznych oraz informacji dotyczących topografii szpitala w szczególności rozmieszczenia poszczególnych klinik i poradni.



Od lewej: Natalia Olszewska, Julia Domeracka, Kamil Glazik, Martyna Chojnacka



Bezpieczeństwo informacji, cyberbezpieczeństwo i ochrona prywatności – „nowa” norma PN-EN ISO/IEC 27001

Norma ISO/IEC 27001 to jeden z najważniejszych standardów z obszaru bezpieczeństwa in-

formacji, stosowany na całym świecie. Promuje holistyczne podejście, poprzez uwzględnienie ludzi, technologii i procesów. Dzięki temu umożliwia zabezpieczenie trzech najważniejszych atrybutów informacji - poufności, integralności i dostępności oraz związanych z nimi systemów i urządzeń przetwarzających, których ochrona jest naturalnym wymogiem obecnych czasów.

Zgodnie z praktyką Międzynarodowej Organizacji Normalizacyjnej każda norma ISO poddawana jest regularnym przeglądom i aktualizacji. Z uwagi na zmieniające się wyzwania w zakresie bezpieczeństwa informacji oraz w odpowiedzi na znowelizowaną z początku 2022 roku normę ISO 27002, w październiku tego samego roku, opublikowano zaktualizowane wydanie normy ISO 27001.

Nowe wydanie nie różni się diametralnie od poprzedniej wersji, jednak wprowadza kilka zmian, na które warto zwrócić uwagę. Najważniejszą modyfikacją jest wykaz zabezpieczeń przedstawionych w „załączniku A”. Co prawda ilość zabezpieczeń została zredukowana ze 114 do 93, nie oznacza to jednak, że część z nich została usunięta. Przeciwnie – większość mechanizmów obronnych istniejących do tej pory, pozostała aktualna. Niektóre wymagały dostosowania do używanych współcześnie technologii, aby odzwierciedlić najnowsze – i tym samym – najlepsze praktyki. Pozostałe zabezpieczenia (nierozłączne lub ściśle ze sobą powiązane) połączono i wprowadzono 11 nowych:

- analiza zagrożeń
- bezpieczeństwo informacji przy korzystaniu z usług w chmurze
- gotowość teleinformatyczna do zapewnienia ciągłości działania
- monitorowanie bezpieczeństwa fizycznego
- działania monitorujące
- filtrowanie sieci
- bezpieczne kodowanie
- zarządzanie konfiguracją
- usuwanie informacji

- maskowanie danych
- zapobieganie wyciekom danych.

Dodatkowo wszystkie zabezpieczenia podzielone zostały na cztery obszary:

- organizacyjne (37 elementów - związane m.in. z polityką informacyjną, korzystaniem z usług w chmurze),
- osobowe (8 elementów - dotyczące np. pracy zdalnej, zasad zachowania poufności),
- fizyczne (14 elementów - odnoszących się m.in. do nośników pamięci, zabezpieczania pomieszczeń),
- technologiczne (34 elementy - nawiązujące np. do takich kwestii, jak bezpiecznie uwierzyteliwanie, usuwanie informacji).

Każda organizacja zobowiązana jest do przejścia na nowe wydanie normy w ciągu 3 lat od jej opublikowania, a więc do 25.10.2025 r. Audyt w szpitalu odbędzie się w listopadzie bieżącego roku, w związku z tym od kilku miesięcy trwają prace, mające na celu przygotowanie naszej jednostki do wdrożenia zmian. Pod koniec lutego odbyło się szkolenie dla audytorów wewnętrznych. Jego celem było powtórzenie zagadnień związanych z prawidłowym audytowaniem obszarów, jak i zwrócenie uwagi na zaktualizowane wymagania. Dodatkowo przeprowadzono przetarg na kompleksowe wdrożenie systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, zgodnego z wymaganiami znowelizowanej normy. Współpraca z zewnętrznym podmiotem ułatwiła zaplanowanie działań, a obecnie zapewnia wsparcie procesu opracowania i wdrożenia odpowiedniej dokumentacji. Dzięki tej kooperacji szpital może również liczyć na asystę doświadczonych audytorów, podczas audytu certyfikacyjnego.

Spełnienie wymagań normy ISO 27001 nie jest zadaniem prostym, jednakże ciągłe doskonalenie SZBI, pozwala podnosić i utrzymywać odpowiedni poziom ochrony informacji. Jest to niezwykle istotne zwłaszcza w podmiotach zajmujących się ochroną zdrowia - branża medyczna to obecnie najczęściej atakowany sektor na świecie (ok. 1.800 cyberataków tygodniowo). Dlatego też proszę wszystkich Państwa o przychylne nastawienie i zaangażowanie się w ten niełatwy, ale niezbędny proces.

Joanna Jasińska
Inspektor Ochrony Danych

Raport z inwestycji – Centrum Leczenia Dzieci

26 sierpnia 2024 r. Proj-Przem-Projekt Sp. z o.o. przekazał szpitalowi dokumentację pn. „Opracowanie programu funkcjonalno-użytkowego wraz z szacunkiem kosztów inwestycji”, która stanowiła podstawę do wszczęcia kolejnego postępowania przetargowego pn. „Budowa obiektu Centrum Leczenia Dzieci Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy w formule „zaprojektuj-wybuduj-wyposaż” w zakresie zadania inwestycyjnego pn.: „Poprawa jakości i dostępności usług pediatrycznych w ramach tworzonego Centrum Leczenia Dzieci Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy”. Postępowanie to stanowi kluczowy etap inwestycji. Wybór odpowiedniego wykonawcy ma ogromne znaczenie dla sukcesu tego najważniejszego w województwie zadania. Zamówienie przetargowe jest prowadzone w trybie nieograniczonym, co oznacza że zainteresowane firmy mogą składać oferty spełniające wymogi formalne i techniczne. Proces wyboru wykonawcy zostanie przeprowadzony w sposób transparentny, z uwzględnieniem najwyższych standardów jakości oraz zgodności z obowiązującymi przepisami prawa o zamówieniach publicznych. Niebagatelną ilość zadawanych pytań do przetargu przez potencjalnych oferentów potwierdza duże zainteresowanie naszą inwestycją. Kto złoży najkorzystniejszą ofertę i wygra ten wyścig okaże się jeszcze w tym roku.

28 czerwca 2024 r., wszczęto również postępowanie przetargowe pn. „Pełnienie funkcji Inwestora Zastępczego podczas realizacji zadania inwestycyjnego”, którego celem będzie wyłonienie grupy specjalistów z branży budowlanej. Decyzją szpitala jest powierzenie odpowiedzialności za pełen nadzór nad realizacją inwestycji profesjonalnej firmie, która

obejmie zarządzanie całym procesem budowlanym. Wybór Inwestora Zastępczego jest ważnym elementem sprawnej realizacji budowy Centrum Leczenia Dzieci, szczególnie że do zadań należeć będzie:

- pełen nadzór nad wykonawcą robót projektowo-budowlanych, czyli monitorowanie postępu prac, zgodności z projektem i przepisami,
- koordynacja działań i zarządzanie poszczególnymi etapami inwestycji, w tym współpraca z dostawcami i podwykonawcami,
- zapewnienie jakości, czyli sprawdzanie zgodności wykonania z projektem, normami i wymaganiami technicznymi,
- zarządzanie ryzykiem, czyli identyfikacja i łagodzenie potencjalnych ryzyk związanych z inwestycją.

Postępowanie przetargowe cieszy się ogromnym zainteresowaniem firm nie tylko z Bydgoszczy i okolic, o czym świadczy dwanaście złożonych ofert. Jaka zapadnie decyzja, kto uzyska największą ilość punktów dowiemy się jeszcze w IV kwartale 2024 roku. Obecnie oferty oceniane są przez Komisję Przetargową Szpitala.

Przed nami jeszcze długa droga i wiele wyzwań zanim powstanie budynek Szpitala pediatrycznego. Oprócz wyboru wykonawcy, opracowania pełnej dokumentacji projektowej i wykonawczej, czeka nas mozolny etap budowy, czas odbiorów i uzyskania pozwolenia na użytkowanie oraz wyposażenie budynku w niezbędne sprzęty i urządzenia medyczne. Nie pozostaje nam nic innego jak mocno trzymać kciuki za powodzenie realizacji zadania i dotrzymanie wszystkich terminów wskazanych w Umowie z Ministerstwem Zdrowia.

Emilia Dermont-Należyta



Z wizytą u Seniorów

Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej ponownie odwiedziła podopiecznych Środowiskowego Domu Samopomocy w Wonorzu. Inicjatorem spotkania była Pani Dyrektor Paulina Michalak, która poprosiła o przeprowadzenie zajęć poświęconych zdrowiu. trening lekowy w formie scenek lekarz - pacjent to świetna forma jak się okazało przedstawienia wagi problemu, jakim jest również nietrzymanie moczu. Schorzenie to uznane jest za chorobę o charakterze społecznym, dotyka zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Ze względu na częstość występowania oceniane jest przez Światową Organizację Zdrowia, jako jeden z aktualnych i ważnych problemów zdrowotnych. Edukacja w formie scenek, zadawanych pytań czy

aktywowaniu samych podopiecznych okazało się strzałem w dziesiątkę.

Podziękowania od Podopiecznych i pracowników Środowiskowego Domu Samopomocy w Wonorzu:

*DZIEKUJEMY dwóm Paniom Dorotom, dwóm Paniom Joannom, Pani Beacie, Pani Katarzynie, Panu Damianowi oraz Panu Piotrowi, za cenne wskazówki oraz radość, którą się z nami podzielili. Gratulujemy pomysłu, za-
zdrościmy zdolności aktorskich i podziwiamy za pracę, jaką na co dzień Państwo wykonujecie.*

Dorota Tarasiuk



„Higiena Rany” – szkolenie dla pielęgniarek

14 czerwca 2024 r. odbyło się szkolenie pt. Higiena rany dla pielęgniarek. Szkolenie prowadzone było przez mgr piel. Barbarę Szulecką, na zlecenie firmy Convatec. Szkolenie zostało zorganizowane przez Zespół ds. Profilaktyki i Leczenia Odleżyn naszego szpitala. Zostało ono podzielone na część teoretyczną oraz praktyczną.

W części teoretycznej prowadząca przypomniła definicję higieny rany, a także omówiła czterostopniową strategię mającą na celu oczyszczenie i dekontaminację rany oraz pokonanie barier w gojeniu, często spowodowanych obecnością biofilmu. Wielokrotnie podkreślano, że tak jak codziennie przestrze-

gamy podstawowej higieny, myjąc ręce, zęby i biorąc prysznic, powinniśmy stosować regularnie cztery kroki higieny rany.

W części warsztatowej szkolenia na uczestników czekały przygotowane specjalnie na tę okazję sztuczne rany przewlekłe. Zadaniem każdego szkolącego się była ocena rany, oczyszczenie jej, a następnie dobranie odpowiedniego opatrunku specjalistycznego. Część praktyczna pozwoliła zweryfikować posiadaną już przez uczestników szkolenia wiedzę, a także wdrożyć wiadomości usystematyzowane podczas części teoretycznej.

mgr Agnieszka Jagielska



Jak spełniać Standardy Ochrony Dzieci w szpitalu?

Wprowadzenie Standardów Ochrony Dzieci (SOD) ma na celu zwiększenie bezpieczeństwa przede wszystkim samych dzieci, ale także rodziców i personelu placówek, które z dziećmi pracują. Wprowadzenie ustawowego obowiązku ich posiadania spowodowało, że z dobrowolnej regulacji będącej wyrazem współodpowiedzialności kierownictwa i personelu placówki za bezpieczeństwo dzieci, stały się elementem osadzonego w prawie systemu ochrony dzieci przed krzywdzeniem.

Standardy ochrony dzieci to cztery zasady, których przyjęcie sprawia, że dana instytucja jest bezpieczna dla dzieci – jej personel potrafi i zidentyfikować sytuacje podjąć działania profilaktyczne stwarzające ryzyko krzywdzenia dziecka oraz interwencyjne.

Standard I. POLITYKA

Placówka ustanawia i wprowadza w życie *Politykę ochrony dzieci przed krzywdzeniem*.

Standard II. PERSONEL

Placówka monitoruje, edukuje i angażuje swoich pracowników w celu zapobiegania krzywdzeniu dzieci.

Standard III. PROCEDURY

W placówce funkcjonują procedury zgłaszania podejrzenia oraz podejmowania interwencji w sytuacji zagrożenia bezpieczeństwa dziecka.

Standard IV. MONITORING

Organizacja/instytucja monitoruje i okresowo weryfikuje zgodność prowadzonych działań z przyjętymi standardami ochrony dzieci.

Obszary, w których są wprowadzane obowiązujące standardy, różnią się jednak rodzajem prowadzonej działalności, uwarunkowaniami prawnymi, kwalifikacjami personelu, a w związku z tym także czynnikami ryzyka krzywdzenia dziecka. Jednym z takich specyficznych obszarów jest system ochrony zdrowia.

W naszym szpitalu Zarządzeniem Dyrektora nr 53/2024 wprowadzona została *Polityka ochrony dzieci przed krzywdzeniem*, która jasno i kompleksowo określa:

- zasady bezpiecznej rekrutacji personelu,
- sposób reagowania na przypadki podejrzenia, że dziecko doświadcza krzywdzenia oraz zasady prowadzenia rejestru interwencji,
- zasady bezpiecznych relacji personel-dziecko i dziecko-dziecko,
- zasady bezpiecznego korzystania z Internetu i mediów elektronicznych,

- zasady ochrony wizerunku i danych osobowych dzieci,
- zasady monitorowania wskaźników wdrożenia *Polityki* w życie.

Polityka dotyczy całego personelu (pracowników, współpracowników, stażystów i wolontariuszy), a za jej wdrażanie i nadzorowanie odpowiada kierownictwo placówki. Wyznaczone zostały osoby odpowiedzialne za monitoring realizacji *Polityki*, a ich rola oraz zadania są jasno określone. Ustanowienie *Polityki* jest realizacją tylko jednego ze stan-

dardów, mimo że pozostałe są w niej ujęte. Ich realizacja jest procesem i wymaga działań praktycznych. Przed nami okres realizacji zapisów w praktyce, edukacji personelu, dzieci i ich opiekunów oraz monitorowania całego procesu.

Kluczowe jest rozpoznanie objawów krzywdzenia dzieci i właściwa interwencja. Ważna jest również identyfikacja sytuacji stwarzających ryzyko krzywdzenia dziecka i podejmowanie działań profilaktycznych. Przepisy prawa obowiązującego w Polsce narzucają obowiązki na instytucje publiczne, w tym placówki ochrony zdrowia, zgłaszania określonych przestępstw na szkodę dzieci do organów ścigania oraz zagrożenia dobra dziecka do sądu rodzinnego. Szczegółowy poziom obowiązków denuncjacji przestępstw przejawia się w ustawach regulujących wykonywanie konkretnego zawodu. Dotyczy to m.in. lekarzy, pielęgniarek, psychologów, jako osób mogących mieć styczność z dzieckiem krzywdzonym, tak fizycznie (np. personel na SOR), jak i psychicznie



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

Zasady relacji między dziećmi - pacjentami



- ✓ Zwracaj się do innych dzieci uprzejmie i z szacunkiem.
- ✓ Pamiętaj, że każdy z nas jest unikalny i posiada pozytywne cechy, które trzeba odkryć. Nie należy wykluczać innych ze względu na ich wygląd, pochodzenie, wiek, chorobę czy niepełnosprawność.
- ✓ Nie wolno zawstydzać, upokarzać, lekceważyć i obrażać innych. Takie zachowania mogą być dla kogoś źródłem przykrości.
- ✓ Nie wolno ci zachowywać się w obecności innych w sposób niestosowny. Obejmuje to używanie wulgarnych słów, gestów i żartów, czynienie obraźliwych uwag.
- ✓ Niedozwolone są wszelkie przejawy przemocy (zastraszanie, przymuszanie, groźby) wobec innych dzieci przebywających na terenie oddziału i szpitala.
- ✓ Szanuj prawo innych dzieci do prywatności (nie przeglądaj cudzych rzeczy, np. telefonu).
- ✓ Nie ujawniaj wizerunku ani żadnych informacji dotyczących innych osób leczonych w oddziale.
- ✓ Respektuj potrzebę odpoczynku, ciszy, brak chęci rozmowy czy zabawy.
- ✓ Staraj się pokonywać trudności własne i pomagać innym.



www.jurasza.pl

(np. personel oddz. psychiatrycznych), mają swoje szczegółowe zobowiązania określone w przepisach ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, związane ze zwolnieniem z tajemnicy zawodowej. Zwolnienie z tajemnicy zawodowej obejmuje także psychologów na podstawie ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. Zatem jeśli dziecko jest lub może być ofiarą przestępstwa mamy obowiązek powiadomienia policji lub prokuratury. Jeżeli doświadcza lub może doświadczać innych form krzywdzenia należy wystąpić do sądu rodzinnego z wnioskiem o wgląd w sytuację dziecka. Jeżeli doznaje przemocy domowej lub jest jej świadkiem należy rozpocząć procedurę Niebieskiej Karty poprzez wypełnienie formularza Niebieska Karta-A. Uczestnikami stosowania standardów w praktyce są również dzieci i ich opiekunowie, dlatego wdrażamy różne formy komunikacji o ich obowiązywaniu. Będziemy wsluchiwać się

w ich uwagi, by wprowadzać zmiany w treści standardów odpowiadając na potrzeby zgłaszane przez dzieci oraz ich opiekunów. Dla jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych nieletnim przygotowane zostały kolorowe plakaty w wersji dla dzieci z obowiązującymi zasadami kontaktów między personelem szpitala i dzieckiem-pacjentem oraz pomiędzy dziećmi-pacjentami.

Przyjęcie standardów jako sprawdzonego narzędzia ochrony dzieci, a nie potraktowanie ich jako kolejnego, zbędnego wymogu formalnego, daje szansę znaczącego podniesienia poziomu bezpieczeństwa dzieci i zareagowania zanim dojdzie do dramatu. Legislacja jest przydatnym narzędziem, ale równie ważnym jest wrażliwość społeczna, jako cecha ludzi nieobojętnych.

Mirosława Ziółkowska
Dyrektor ds. Pielęgniarstwa

500 zabiegów z użyciem robota da Vinci za nami!

Pierwszy zabieg z wykorzystaniem robota da Vinci wykonano w naszym szpitalu 8 marca 2023 r. Od tego czasu ich liczba przyspieszyła w imponującym tempie, przekraczając w lipcu 500, aktualnie docho-

dząc do 600 zabiegów. Nie byłoby to możliwe bez pracy i zaangażowania dyrektora szpitala, całego zespołu medycznego oraz pracowników firmy Synektik. Gratulujemy.



Na zdjęciu od lewej: prof. Maciej Słupski, Kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Wątroby i Chirurgii Transplantacyjnej, Sławomir Ziemak, Synektik, Natalia Tomczyk Zespół Sal Operacyjnych, Adam Grudziński, Synektik, dr Jacek Kryś, Dyrektor Szpitala, prof. Tomasz Drewna, Kierownik Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej, lek. Kacper Kroczyk, Klinika Chirurgii Dziecięcej, dr Przemysław Jasiewicz, Kierownik Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii, prof. Maciej Wróbel, Kierownik Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Małgorzata Grucka-Niesyn, Zespół Sal Operacyjnych

WASZE WAKACYJN

W tegorocznej V edycji Wakacyjnego Konkursu Fotograficznego otrzymaliśmy wspaniałe zdjęcia. Wybór wcale nie był prosty - zobaczcie Państwo poniżej, jak różne wspaniałe pomysły na ciekawe ujęcia wykorzystaliście. Dziękujemy, że zechcieliście się nimi podzielić! Do merytorycznej oceny nadesłanych zdjęć ponownie udało się nam zaprosić Pana Romana Bosiackiego, fotografa, fotoreportażystę współpracującego z dziennikiem Rzeczpospolita i Gazetą Wyborczą, laureata nagród Grand Press Photo. Dziękujemy wszystkim pracownikom, którzy zechcieli wziąć udział w naszej wakacyjnej zabawie, wszystkim uczestnikom konkursu serdecznie gratulujemy i zapraszamy do udziału w przyszłorocznej edycji!



I miejsce – Grażyna Kubalewska, Klinika Medycyny Ratunkowej



III miejsce – Magdalena Michułka-Kuraś, Klinika Medycyny Ratunkowej

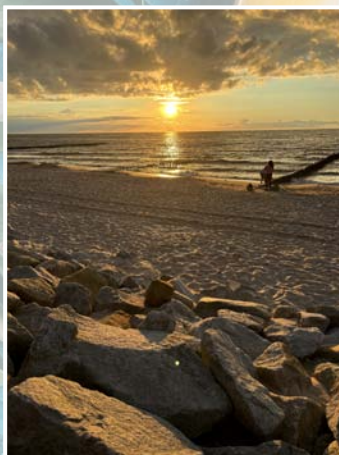


II miejsce – Sandra Kosecka, Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych

E WSPOMNIENIA



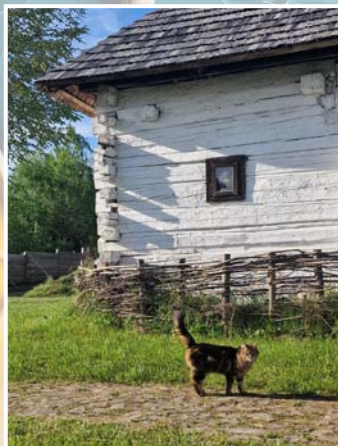
Beata Suska



Dominika Bąkowska



Dorota Pietrzak



Emilia Bystrzyńska



Kamila Lewandowska



Klaudia Chmielewska



Anita Włodarczyk



Justyna Lewandowska



Paulina Brylińska



Piotr Kalinowski



Arkadiusz Budziak



Irena Miniszewska



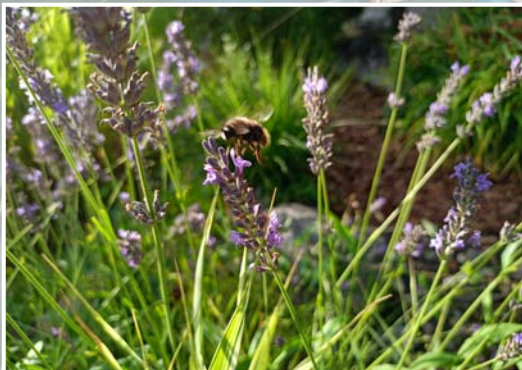
Roksana Hypszer



Małgorzata Jasińska



Magdalena Stafiej



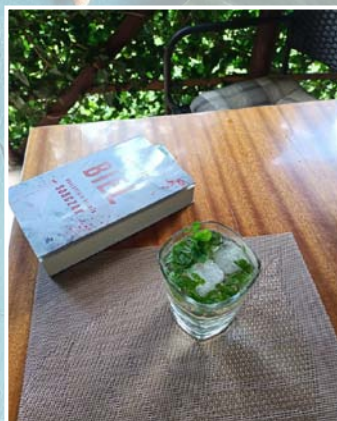
Anna Łukawska-Budziak



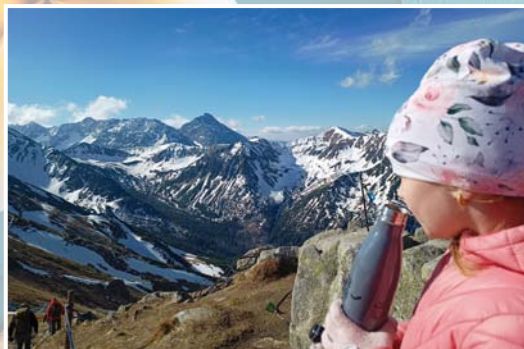
Ewa Karpińska



Karolina Hyżyk



Iwona Leszczyńska



Karolina Hamot



Jolanta Koput

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
Czekamy na Państwa opinie, uwagi i propozycje
pod adresem: biuletyn@jurasza.pl

Fotografia na okładce

Marta Laska

Projekt, skład i druk

Agencja Wydawnicza „ARGI” s.c., www.argi.pl

Nakład

1500 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

Wycieczka na Litwę

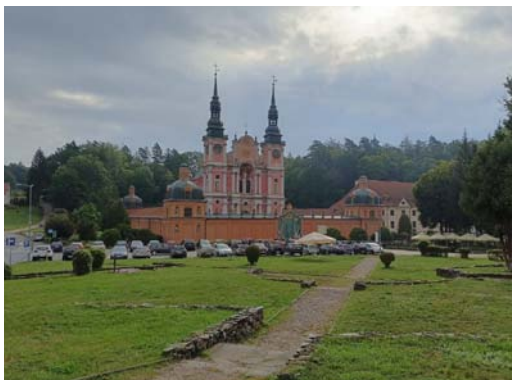
Tradycyjnie w strugach deszczu 15.09.2024 r. o godzinie 5.00 grupa 46 osób w tym związkowców OZZPiP oraz chętnych pracowników szpitala pod opieką Przewodniczącej Anny Adamskiej wyruszyła na drugą zorganizowaną w tym roku trzydniową wycieczkę. Podróż zaczynała się od Sanktuarium w Świętej Lipce. Po spotkaniu z przewodnikiem i wysłuchaniu koncertu organowego ruszyliśmy (w promieniach słońca) w dalszą drogę do Zamku Reszel, gdzie poddaliśmy torturom naszą Przewodniczącą. W Muławce koleżanki, które lubią biżuterie mogły zakupić wyroby z belemitów u miejscowego Hrabiego. Ostatnim punktem tego dnia była kwatera Hitlera w Wilczym Szańcu. Zmęczeni i pełni wrażeń dotarliśmy do Sejnu, gdzie właściciel hotelu Pan Henryk na przystawki serwował nam specjały kuchni Warmii i Litwy.

Drugi dzień zwiedzania zaczynaliśmy w Wilnie, gdzie miejscowa przewodniczka Pani Wanda pięknie opowiadała o historii Polaków zamieszkujących tamte strony oraz o czasach współczesnych. Piękny okazał się kościół Piotra i Pawła, uliczki Starego Miasta, Ostra Brama, czy Cmentarz na Rossie, gdzie spoczywa serce Piłsudskiego. Wszystko to tworzyło niewiarygodny klimat, a otaczająca nas czystość zadziwiała uczestników wycieczki. W drodze powrotnej Pani Wanda zabrała nas na rejs dookoła zamku w Trokach. Ostatniego dnia ruszyliśmy do Augustowa, gdzie przez trzy godziny pływalimy po jeziorach augustowskich. Był to niesamowity relaks po dwóch dniach intensywnego chodzenia. Pogoda nam sprzyjała i mogliśmy jeszcze przez chwilę ładować nasze akumulatory, by wrócić pełni wrażeń i sił do codziennych obowiązków. Grupa była bardzo zdyscyplinowana i zintegrowana. Zakończyli-



śmy sezon w świetnych humorach. Przewodnicząca przy sprzyjających warunkach zaprasza na kolejne wypadki w przyszłym 2025 roku o czym wcześniej poinformuje.

Anna Adamska



#badaMYsię

JAK SKORZYSTAĆ Z BEZPŁATNEGO PAKIETU BADAŃ?

1. Wypełnij ankietę **Profilaktyka 40 PLUS** umieszczoną w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP). To pomoże nam ocenić czynniki ryzyka.
2. Po wypełnieniu ankiety otrzymasz e-skierowanie na dopasowany do Ciebie pakiet badań. Nie musisz go drukować ani pobierać!
3. Zgłoś się na badania w placówce, która realizuje program. Weź ze sobą dowód osobisty.
4. Wyniki badań otrzymasz na **Internetowe Konto Pacjenta** lub w placówce, w której zrobisz badanie.



Jeżeli nie korzystasz z IKP, możesz uzyskać e-skierowanie na pakiet badań za pośrednictwem infolinii **Domowej Opieki Medycznej (DOM)** pod nr tel. 22 735 39 53

BADAJ SIĘ I BĄDŹ ZDRÓW!



6 LAT | GWARANCJA
MAZDY

MAZDA CX-60

Stworzona rękoma japońskich mistrzów rzemiosła Takumi, Mazda CX-60 łączy wyrafinowaną elegancję języka stylistycznego KODO z wytrzymałością SUV-a. Starannie wyselekcjonowane materiały i wyjątkowa dynamika, łączą się w idealnej harmonii w samochodzie zaprojektowanym ze szczególną myślą o kierowcy. Jeżeli z taką perfekcją dopracowujemy każdy detal – wyobraź sobie, z jaką przyjemnością będziesz prowadzić Mazdę CX-60.



OD 1222 ZŁ NETTO/ MIESIĘCZNIE*

KASAI MOTORS BYDGOSZCZ

BYDGOSZCZ | Fordońska 307, tel. +48 52 339 07 33 | www.mazda-bydgoszcz-kasaimotors.pl

*Drivalia Lease Polska Sp. z o.o. Oferta leasingu dotyczy wybranych wersji samochodów osobowych marki Mazda i jest skierowana wyłącznie do przedsiębiorców. Rata 1099 zł netto: okres obowiązywania umowy 24 miesiące; czynsz inicjalny 15% ceny pojazdu, 23 miesięczne raty. Roczny limit km: 15000. Wyliczenie ma charakter przykładowy i zostało przygotowane w oparciu o cenę katalogową, a ostateczna wysokość raty i powyższych danych liczbowych uzależniona jest od faktycznej oferty cenowej konkretnego dealera oraz terminu złożenia zamówienia. Szczegółowe warunki leasingu określone są w umowie. Zawarcie umowy jest uzależnione od oceny zdolności finansowej klienta. Akcja ograniczona w czasie. Akcja nie łączy się z wszelkimi innymi trwającymi akcjami handlowymi dla modelu Mazda CX-60 z rocznika 2023, organizowanymi przez Mazda Motor Poland sp. z o.o. Niniejszy materiał nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. O szczegóły zapytaj Dealera.

W zależności od wersji samochodu średnie zużycie paliwa, energii oraz emisja CO₂ (na podstawie WLTP) wynoszą odpowiednio: 1,5-5,3 l/100 km, 23 kWh/100 km oraz 33-139 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

mazda.pl

CRAFTED IN JAPAN

