



GAZETA miesięcznik
GDANSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

ISSN 1506-9745

AMIG



Rok 19

Październik 2009

nr 10 (226)



Witamy w Uniwersytecie!

Z życia Uczelni



Podpisanie umowy z Siemensem na zakup PET-CT (25.09.2009)



Nowy sztandar naszej Uczelni



Rektor prof. Janusz Moryś podpisał umowę ze Szpitalem Marynarki Wojennej w Gdańsku, dzięki której studenci Wydziału Lekarskiego GUMed będą mogli odbywać zajęcia kliniczne na oddziałach Szpitala (21.09.2009)



Fot. Marcin Modrzejewski

Rektor prof. Janusz Moryś podpisał umowę ze Szpitalem Specjalistycznym w Kościerzynie, umożliwiającą studentom Wydziału Nauk o Zdrowiu z kierunku ratownictwo medyczne odbycie praktyk (22.09.2009)



Inauguracja Regionalnego Programu Operacyjnego „Nauka i Biznes”



Polska będzie wolna od dymu tytoniowego (17.09.2009) str. 41

Przemówienie inauguracyjne rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Janusza Morysia

Szanowni Państwo!

Rozpoczynamy dziś nowy rok akademicki w tej samej, a jednak innej Uczelni. Po raz pierwszy bowiem rozpoczynamy rok w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Zmiana nazwy naszej Uczelni jest dowodem na stały jej rozwój, efektem olbrzymiego wysiłku wszystkich pracowników i studentów. Jest dowodem na to, iż pomimo trudnej sytuacji w nauce i szkolnictwie wyższym w Polsce nie ustajemy w staraniach, aby zarówno pozycja naukowa, jak i dydaktyczna naszej Uczelni były na najwyższym poziomie.

Rozpoczynający się nowy rok akademicki jest kolejnym wyzwaniem dla nas wszystkich. Jest to też dobry moment, aby przedstawić najważniejsze wydarzenia mijającego roku akademickiego. Nie będzie to sprawozdanie z działalności, bowiem nie jest to ani czas, ani miejsce na to. Szczegółowe sprawozdanie zostanie zamieszczone na stronach extranetowych Uczelni, tak aby każdy członek naszej społeczności akademickiej mógł się z nim w spokoju zapoznać.

Miniony rok upłynął pod znakiem inwestycji, w których na plan pierwszy wysuwa się budowa Centrum Medycyny Inwazyjnej. W dniu 16 października kończy się ważny etap prac i nastąpi przedterminowe zawieszenie wiechy nad nowo budowanym kompleksem. Ponadto ukończona została inwestycja całkowicie finansowana ze środków Uczelni – budowa pawilonu pod PET-CT oraz rozstrzygnięty został przetarg na zakup najnowocześniejszego urządzenia tego typu w Polsce północnej. W inwestycji tej 15% stanowi wkład własny Uczelni, pozostała kwota pochodzi ze środków Ministerstwa Zdrowia. Finalizacji dobiega budowa obiektu dla medycyny laboratoryjnej, a co z tym się wiąże, rozpoczynamy proces jego wyposażania. Zakończona została budowa łącznika między budynkami nr 2 a oddziałami onkologii dziecięcej, trwa modernizacja Zakładu Biofarmacji i Farmakodynamiki.

W minionym roku akademickim odeszło na zawsze, pogrążając nas w smutku i żałobie, liczne grono zatrudnionych oraz emerytowanych pracowników Uczelni i Szpitala Klinicznego. Są to następujące osoby:

- Barbara Bandos – były pracownik Zakładu Mikrobiologii Jamy Ustnej
- dr Irena Bardziłowska-Puciata – były adiunkt Kliniki Radiologii i Radioterapii
- dr n. med. Maria Betlejewska – były wieloletni kierownik Zakładu Ortodoncji
- prof. dr hab. Ewa Boj – były kierownik Katedry i Zakładu Patomorfologii
- inż. Aleksandra Dąbrowska – specjalista w Zakładzie Biofarmacji i Farmakodynamiki Katedry Biofarmacji i Farmakodynamiki



- Irena Drzewucka – były pracownik Poradni Protetyki Stomatologicznej
- Urszula Dudek – były pracownik Działu Gospodarczego
- Krzysztof Figarski – były pracownik Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej
- dr Celestyn Janukowicz – były adiunkt III Kliniki Chorób Wewnętrznych
- prof. dr hab. Kazimierz Jaśkiewicz – kierownik Katedry i Zakładu Patomorfologii
- lek. dent. Jolanta Jasiel – wykładowca w Katedrze i Zakładzie Protetyki Stomatologicznej
- dr Jerzy Karcz – były adiunkt Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży
- prof. dr hab. Tadeusz Korzon – były kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
- dr farm. Ewa Kossowska – st. wykładowca w Katedrze i Zakładzie Biochemii
- Wiesław Kościelski – były specjalista ds. BHP w Dziale Bezpieczeństwa Pracy
- prof. dr hab. Stefan Kryński – były kierownik Zakładu Mikrobiologii
- Marianna Kubieńska – były pracownik Zakładu Mikrobiologii
- Genowefa Machnikowska – były pracownik Katedry i Zakładu Patomorfologii
- Halina Markus – były pracownik Zarządu Inwestycji
- dr Taiza Merdi – były adiunkt Instytutu Stomatologii
- dr Stanisław Michalski – były adiunkt III Kliniki Chorób Wewnętrznych
- dr Stanisław Nielubszyc – były st. wykładowca w Instytucie Chorób Wewnętrznych
- lek. Edmund Olszewski – były asystent I Kliniki Położnictwa
- dr Halina Paluchowska – były st. wykładowca w Katedrze i Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej

- dr inż. Włodzimierz Pawlina – były kierownik robót Działu Technicznego
- Michał Peczeluna – były z-ca dyrektora ds. zaopatrzenia i magazynowania, następnie specjalista ds. aparatury w Zarządzie Inwestycji
- Joanna Robaczewska – referent w Kancelarii Głównej
- Krzysztof Szymański – były kierownik Działu ds. Aparatury
- Ewa Tusk – emerytowany pracownik Kliniki Chorób Psychicznych
- mgr farm. Danuta Wojciechowska – były wykładowca w Instytucie Położnictwa i Chorób Kobietych

Proszę Państwa o powstanie i uczczenie Ich pamięci chwilą ciszy.

Szanowni Państwo!

Kiedy dokładnie rok temu obejmowałem wraz z zespołem rektorskim urząd, sytuacja szpitala klinicznego była bardzo zła, a nadzieje, jakie pokładaliśmy w nowo wybranym dyrektorze – bardzo duże. Czas pokazał, iż nie zawsze oczekiwania stykają się z trudną rzeczywistością. Od czerwca bieżącego roku Uniwersyteckim Centrum Klinicznym kieruje nowy dyrektor – pani Ewa Książek-Bator. Sytuacja szpitala jest nieco lepsza, aczkolwiek daleko jeszcze do optymizmu. Wspólnie z panią minister zdrowia Ewą Kopacz staramy się o pozyskanie kredytu długoterminowego na spłatę historycznego zadłużenia. W tym celu przygotowany został przez panią dyrektor aneks do programu restrukturyzacyjnego, zawierający główne etapy restrukturyzacji szpitala. Będzie to trudny okres, z jednej strony narastający kryzys gospodarczy, którego skutki dosięgną służbę zdrowia w przyszłym roku, a z drugiej – konieczność wprowadzenia restrykcyjnej polityki finansowej w obrębie Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. Pomimo tego musimy dołożyć wszelkich starań, aby jakość świadczonych przez nas usług była na najwyższym poziomie, aby pacjenci trafiający do naszych szpitali czuli się bezpiecznie i byli zadowoleni z koniecznego w nich pobytu, aby personel Centrum i Uczelni podchodził z pełną wyrozumiałością i dbałością do każdego chorego człowieka. Jednocześnie z racji posiadania przez szpital trzeciego stopnia referencyjności powinniśmy aktywnie uczestniczyć w planowaniu organizacji ochrony zdrowia pacjentów z regionu Pomorza. Mamy do tego przygotowanych i kompetentnych ludzi, o czym świadczy choćby znaczący udział pracowników naszej Uczelni w programach profilaktycznych i zdrowotnych regionu, takich jak „Zdrowie dla Pomorza” czy badania przesiewowe raka płuc finansowane z funduszu norweskiego. Jesteśmy zawsze i będziemy otwarci na współdziałanie z władzami samorządowymi, bowiem jednym z zadań naszej Szkoły winno być niesienie pomocy władzom w organizacji i wyznaczaniu standardów leczenia w naszym województwie. Jesteśmy do tego gotowi, tak jak jesteśmy gotowi do współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia naszego regionu. Szpitale kliniczne stanowią właściwe miejsce wprowadzania nowych technologii diagnostycznych i leczniczych, udoskonalania już istniejących procedur, uświadamiania społeczeństwu kluczowej roli zapobiegania chorobom w miejsce ich leczenia. Dlatego też z olbrzymim zaskoczeniem przyjąłem fakt pominięcia przez władze wojewódzkie Uniwersyteckiego Centrum Kliniczne

go w konkursie na lokalizację nowo tworzonego Centrum Urazowego. Nie mogło to zostać w prosty sposób przeze mnie zaakceptowane, bowiem dzięki Ministerstwu Zdrowia budowany jest najnowocześniejszy szpital zabiegowy, z ulokowanym na dachu lądowiskiem dla helikopterów. Posiadamy wysoko wykwalifikowaną kadrę we wszystkich specjalnościach medycznych i co równie ważne – ponad 30-letnią tradycję w leczeniu urazów wielonarządowych. Czy taka inwestycja i wysokiej klasy specjaliści mogą być niezauważeni – zdecydowanie nie! Naszych pracowników charakteryzuje stałość zależności pacjent i jego lekarz, farmaceuta, pielęgniarka, ratownik czy technik. To dlatego wskaźnik szkolenia personelu jest wysoki, a nasi pracownicy wręcz zobowiązani są do ciągłego doskonalenia swoich umiejętności, podnoszenia kwalifikacji dla dobra drugiego człowieka.

Nie można uciekać od trudnych spraw, bowiem mimo upływu roku od objęcia przeze mnie urzędu, nadal istnieją w Uczelni palące problemy, wymagające szybkich działań. Wzrastająca liczba studentów doprowadziła do maksymalnego wykorzystania posiadanych sal wykładowych, seminaryjnych i ćwiczeniowych. Zajęcia bardzo często zaczynają się we wczesnych godzinach rannych i kończą w bardzo późnych godzinach wieczornych. W zakładach nauk podstawowych brakuje nauczycielom czasu na niezbędne przygotowania pomiędzy kolejnymi potokami ćwiczeń. W jednostkach klinicznych zaczyna brakować pacjentów do demonstracji i gotowych do poddania się badaniom przez studentów. Często zmęczony pacjent nie ma już sił na przyjęcie kolejnej grupy studenckiej. Staramy się poszerzyć bazę kliniczną, prowadząc intensywne rozmowy ze Szpitalem Studenckim oraz 7. Szpitalem Marynarki Wojennej. Nie chcemy, aby obecna sytuacja doprowadziła do pogorszenia jakości kształcenia i utraty prymatu, jaki w obecnej chwili posiadamy, zajmując już od kilku lat czołowe miejsca w wynikach Państwowego Egzaminu Lekarskiego i Lekarsko-Dentystycznego.

Kolejnym niezwykle ważnym problemem są zarobki naszej kadry dydaktycznej oraz administracyjno-technicznej. Ubiegłoroczna podwyżka w wysokości 120 zł brutto nie może być rozwiązaniem tego problemu. Obecna sytuacja, zwłaszcza wśród młodych pracowników nauki, jest niezwykle niebezpieczna, bowiem może doprowadzić do zaniku zainteresowania pracą w uczelniach medycznych na rzecz lepiej płatnej rezydentury i perspektywy dobrych zarobków, po uzyskaniu specjalizacji w szpitalach bądź przychodniach. Nie stać nas już na odpływ kadry dydaktycznej i naukowej do innych miejsc pracy. Tworzy się „dziura” pokoleniowa, która skutkować może, podobnie jak ma to miejsce w Stanach Zjednoczonych, brakiem nauczycieli zawodu, koniecznością opierania się w kształceniu lekarzy na absolwentach innych uczelni, np. biologach czy biotechnologach. Odbudowa zespołów dydaktycznych i badawczych jest kosztowna i bardzo długotrwała.

Jeszcze dramatyczniej przedstawia się sytuacja z kandydatami na studia doktoranckie. Jak mamy zachęcić kandydatów do tego, moim zdaniem, najlepszego sposobu pozyskiwania przyszłych nauczycieli akademickich, jeżeli stypendium doktoranckie wynosi w tej chwili

blisko 1/3 uposażenia rezydenta? Nadal uważam, iż najkorzystniejszym wariantem kariery naukowej jest umożliwienie po studiach magisterskich kontynuowanie kształcenia na studiach doktoranckich, pozwalające na sprawdzenie się w trudnym zawodzie badacza i dydaktyka, a następnie odbycie rocznego lub dwuletniego stażu, w ramach uzyskanego stypendium naukowego, poza granicami kraju w renomowanych ośrodkach badawczych Europy czy Stanów Zjednoczonych. Dopiero tak przygotowany naukowiec powinien mieć możliwość, w pierwszej kolejności, podjęcia pracy w uczelni, specjalizowania się lub/i dalszego rozwijania naukowego, owocującego szybkim zdobywaniem kolejnych szczebli w hierarchii naukowej. Aby było to realne, trzeba pracownikom w Uczelni udostępnić nowoczesnie wyposażone laboratoria, zapewnić dobre wynagrodzenia, pozwalające na poświęcenie się pracy naukowej, niezmuszające do „łapania” kolejnych etatów, aby powiązać koniec z końcem w przyciasnym budżecie domowym.

Jak Państwo może pamiętać, rok temu w swoim przemówieniu wspominałem o archaicznym systemie administracyjnym naszej Uczelni. Jesteśmy już po rozstrzygniętym przetargu na zakup nowoczesnego systemu klasy ERP wspomagającego zarządzanie uczelnią. W tej chwili trwają intensywne prace przedwdrożeniowe. Mam nadzieję, iż system w pełni rozpocznie pracę w najbliższym półroczu, umożliwiając szybki przepływ informacji i sprawne zarządzanie Uczelnią. Przeprowadzona reorganizacja zapewni zmniejszenie kosztów działania administracji i pozwoli, poprzez wprowadzenie nowej, wewnętrznej siatki płac, na właściwe, odpowiednie do wkładu pracy wynagradzanie pracownika. Dzięki temu możliwe będzie jasne określenie ścieżki awansu i perspektyw rozwoju pracownika każdego szczebla.

Proszę Państwa, musimy zdawać sobie sprawę, że za obecny stan wynagrodzeń wszystkich grup pracowniczych naszej Uczelni tylko w pewnej mierze odpowiada budżet państwa. Sporo zależy od nas samych, od naszego nastawienia do zmian i ich akceptacji, od ustosunkowania się do normalizacji zatrudnienia, aby występujący w chwili obecnej nadmiar pracowników w komórkach organizacyjnych uległ szybkiej zmianie. Powinniśmy zaakceptować fakt, iż wykładnikiem liczby pracowników naukowo-dydaktycznych jest liczba posiadanych godzin dydaktycznych i intensywność pracy badawczej, prowadzonej dzięki środkom pozyskanym z Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, przemysłu oraz Unii Europejskiej. Ten etap mamy już częściowo za sobą. Mijający rok przyniósł znaczący postęp w pozyskiwaniu środków unijnych, a liczba wniosków niezwykle się zwiększyła, czasami doprowadzając do niepokoju, czy będziemy w stanie pokryć tzw. wkład własny, występujący w każdym z nich. Szczegółowe dane na ten temat znajdują Państwo w sprawozdaniu prorektora ds. rozwoju i współpracy z zagranicą.

Kształcenie kadr medycznych na odpowiednim poziomie jest koniecznością w nowoczesnych społeczeństwach i musi spełniać najwyższe kryteria jakościowe. Oczywiście, nie wszyscy kandydaci ubiegający się o przyjęcie na studia spełniają wysokie wymagania stawiane w procesie rekrutacji, nie wszyscy też wybierają naszą Uczelnię, chociaż w bieżącym roku liczba kandyda-

tów na jedno miejsce na kierunku lekarsko-dentystycznym i lekarskim osiągnęła dotychczas niespotykane wartości. Świadczy to o tym, iż w naszym kraju wciąż jeszcze, w przeciwieństwie do krajów Starej Europy, nie brakuje chętnych do nauki i wytężonej pracy. Jest wielu młodych ludzi, którzy nie boją się trudnego i odpowiedzialnego zawodu związanego z udzielaniem pomocy drugiemu człowiekowi. Naszym zadaniem jest sprawić, aby przychodzący do nas studenci uzyskali jak najwięcej pod względem dydaktycznym i naukowym, a nasi absolwenci byli na rynku pracy najbardziej poszukiwani. Jesteśmy w przededniu wprowadzenia zmian w tzw. „Standardach nauczania dla kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego”, w opracowaniu których biorę czynny udział z polecenia minister zdrowia. Przygotowuje się duże zmiany programowe, a najistotniejsze będą dotyczyć integracji przedmiotów, zmiany formy nauczania na pracę w systemie układowym, w trakcie którego student uzyska wszystkie niezbędne wiadomości począwszy od embriologii przez histologię, anatomię, fizjologię, biochemię, patofizjologię po patologię poszczególnych układów czynnościowych człowieka. Student zdobędzie kompleksową wiedzę z zakresu układu czynnościowego, która później, na latach klinicznych będzie podstawą grup jednostek chorobowych. Ponadto od rozpoczęcia studiów będzie wdrażany do kontaktów z pacjentem, w pierwszym okresie w pracowniach pacjenta symulowanego, trenując na sobie bądź na wynajętym aktorze. Poznanie zasad komunikacji z pacjentem, zrozumienie jego psychiki, pozwalające na nawiązanie właściwych relacji, posiadanie umiejętności przeprowadzenia podstawowych badań fizykalnych będzie decydowało o dopuszczeniu do kontynuowania nauki na latach klinicznych i zetknięcia się z chorym. Ciekawie również będzie się przedstawiał program dla VI roku studiów. Student będzie miał prawo, w ostatnim semestrze, wybrać sobie dowolne dziedziny medycyny klinicznej, w których doskonalić będzie swoje umiejętności i rozwijać indywidualne pasje lekarskie. Moim zdaniem, stać nas na wprowadzenie takich zmian jako społeczność akademicką, gdyż w wielu aspektach znacznie wyprzedziliśmy już inne uczelnie medyczne w Polsce. Będziemy w awangardzie uczelni, które będą miały okazję wprowadzać w życie zmiany, a tym samym możemy zostać przodującą uczelnią medyczną w kraju.

Gdański Uniwersytet Medyczny może się poszczycić bardzo dobrze rozwiniętą współpracą z zagranicą w ramach licznych programów unijnych czy kontaktów własnych. Nasi studenci, doktoranci i pracownicy naukowci mają możliwość uczestniczenia w studiach czy badaniach naukowych niemal we wszystkich krajach Unii Europejskiej, w Stanach Zjednoczonych oraz Japonii. Coraz większa liczba studentów wyjeżdża na studia poza granice kraju, poznając przez semestr lub dwa, jak studiuje się w Unii Europejskiej. Nie wypadamy w tym zestawieniu źle i warto o tym pamiętać. Na pewno będziemy intensywnie rozwijać współpracę z zagranicznymi uczelniami. Jesteśmy gotowi do współdziałania w tej dziedzinie z władzami administracyjnymi i samorządowymi Trójmiasta i województwa. Nasz oddział anglojęzyczny, który liczy już blisko 500. studentów, to olbrzymia

szansa dla miasta, także na przyciągnięcie turystów, zainteresowanych poznaniem wspaniałych miejsc Trójmiasta i jego okolic. Bez wątplenia jesteśmy na Wybrzeżu szkołą kształcąca największą liczbę obcokrajowców w jednolitym programie studiów magisterskich.

Nauka jest symbolem „akademickości” szkół wyższych. Dlatego też zmniejszenie aktywności naukowej lub wręcz jej zaniechanie prowadzi w krótkim czasie do przekształcenia uczelni w szkołę zawodową, która koncentruje się wyłącznie na dydaktyce, zapominając o swoim właściwym powołaniu. Nasza Uczelnia, w której obecnie pracuje 927. nauczycieli akademickich, jest pomorską instytucją naukowo-dydaktyczną o ugruntowanej pozycji międzynarodowej. Od lat odnotowujemy stały wzrost liczby publikacji w renomowanych czasopiśmie zagranicznych, posiadających tak zwany Impact Factor. Wzrastająca systematycznie liczba cytowań naszych publikacji w piśmiennictwie światowym jest z jednej strony najlepszym dowodem, iż prowadzone u nas badania są uznawane i rozpoznawane przez naukę światową, a z drugiej – ich liczba stawia nas na czołowym miejscu w Polsce pod względem cytowań. Jest to bez wątpienia olbrzymi wysiłek wszystkich badaczy, a ich starania przyczyniają się do zdobywania najnowocześniejszej aparatury badawczej.

Jakie wobec tego są nasze zamierzenia na najbliższą i tę trochę dalszą przyszłość? Oprócz dalszego kontynuowania budowy – Centrum Medycyny Inwazyjnej, naszym marzeniem jest przekonanie Ministerstwa Zdrowia do wyrażenia zgody na poszerzenie inwestycji o budowę nowego kompleksu – Centrum Medycyny Nieinwazyjnej. Powstanie CMN pozwoliłoby na wyburzenie większości starych budynków obecnego szpitala klinicznego. Koncepcję tego obiektu opracował zespół pod kierunkiem dr. hab. Marcina Gruchały, któremu w tym miejscu chciałbym gorąco podziękować za wysiłek. Była to olbrzymia i trudna praca, a umiejętności Marcina pozwoliły na wypracowanie rozsądnego projektu pod względem kosztów i jednocześnie w pełni nowoczesnego obiektu. Wartość inwestycji to około 350 mln zł. Wizualizacja budynku CMN została opracowana przez zespół biura architektonicznego Arch-Deco sp. z o.o. w Gdyni, które wygrało rozpisany przez Uczelnię konkurs.

Ponadto czynimy starania o pozyskanie środków unijnych na modernizację laboratoriów Wydziału Farmaceutycznego, Studium Wychowania Fizycznego i Sportu oraz na remont i modernizację jednostek Wydziału Lekarskiego. Przygotowana jest koncepcja rozwoju budynku dydaktyczno-leczniczego dla stomatologii oraz termomodernizacja budynków Wydziału Lekarskiego i wiele innych projektów.

U progu nowego roku akademickiego chciałbym podziękować bardzo serdecznie wszystkim nauczycielom akademickim i wszystkim pracownikom naszej Uczelni za ich wytężoną pracę i cierpliwość w zmaganiach z ciągle występującymi przeciwnościami. Życzę nam wszystkim wytrwałości i dalszych sukcesów w nadchodzącym roku.

Młodzieży akademickiej, naszym nowym koleżankom i kolegom, którzy dzisiaj symbolicznie przystępują do immatrykulacji, pragnę przekazać serdeczne życzenia pomysłowości, radości ze studiowania, satysfakcji w zdoby-

waniu wiedzy oraz poznawaniu tajników budowy i fizjologii ludzkiego ciała. Oby w niedalekiej przyszłości informacje te stały się podstawą wiedzy o patologii, objawach i leczeniu różnorodnych chorób. Aby nigdy nie zapominali, po co przyszli do naszej Uczelni, aby nie zapominali, iż najważniejszy jest zawsze pacjent, człowiek cierpiący i zagubiony w swojej chorobie. Człowiek, który oczekuje od nas, personelu medycznego, zrozumienia w cierpieniu, pomocy i jak najszybszego powrotu do zdrowia.

Wasze ślubowanie studenckie stanowi pierwszy, ważny krok na drodze prowadzącej do otrzymania dyplomu. Życzę Wam, by czas spędzony w murach tej Uczelni był nie tylko wypełniony pracą, ale także radością i rozrywką, poszukiwaniem i znajdowaniem nowych przyjaciół, nieraz na całe życie. Bądźcie rozważni i mądrzy, szanujcie swoje osiągnięcia, ale i osiągnięcia Waszych nauczycieli oraz trud, jaki w Wasze wychowanie włożyli rodzice.

Quod felix faustum fortunatumque sit.

Rok akademicki 2009/2010 w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym ogłaszam za otwarty.

□

REKTOR I SENAT GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

mają zaszczyt zaprosić na

UROCZYŚĆ INAUGURACJI ROKU AKADEMICKIEGO 2009/2010

8 października 2009 r. o godz. 10.00
do Auditorium Primum Atheneum Gedanense Novum
Gdańsk-Wrzeszcz, al. Zwycięstwa 41/42,

W programie:

- *Hymn państwowy*
- Przemówienie inauguracyjne rektora prof. Janusza Morysia
- Wystąpienie ministra zdrowia Ewy Kopacz
- Immatrykulacja
- *Gaude Mater Polonia*
- Przemówienie przedstawiciela studentów
- Wystąpienia gości
- Wręczenie dyplomów oraz medali PRIMUS INTER PARES wyróżniającym się absolwentom
- Wręczenie odznaczeń państwowych oraz medalu „Zasłużonemu AMG”
- Wykład inauguracyjny prof. Janusza Limona pt. „Wrodzone wady rozwojowe i choroby uwarunkowane genetycznie człowieka w sztuce”
- Koncert Chóru AMG
- *Gaudeamus*
- Zwiedzanie okolicznościowej wystawy w Muzeum Historii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Inauguracja poprzedzona zostanie uroczystą Mszą świętą w tym samym dniu o godz. 8.00 w kościele pw. Matki Boskiej Częstochowskiej w Gdańsku-Wrzeszczu przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 3B.

Rozmowa z minister zdrowia Ewą Kopacz



Większość akademii medycznych przekształciła się już w uniwersytety. Jakie są oczekiwania Pani Minister wobec środowiska akademickiego w obecnej sytuacji systemu ochrony zdrowia w Polsce?

Minister zdrowia Ewa Kopacz: Najważniejsze, by uczelnie medyczne kontynuowały i rozwijały szeroki program międzynarodowej współpracy w dziedzinie badań naukowych, jak również rozszerzały wymianę naukową i dydaktyczną z zagranicznymi ośrodkami naukowymi, wnosząc znaczący wkład w rozwój polskiej nauki i medycyny. Bardzo ważny jest też udział uczelni medycznych w przygotowaniu i realizacji projektów innowacyjnych dla ochrony zdrowia, np. w zakresie telemedycyny. Ponadto, środowisko akademickie poza działalnością naukową i dydaktyczną powinno pełnić rolę ekspercką dla ministra zdrowia. Przykładem takiej działalności jest udział nauczycieli akademickich w Radzie Naukowej Ministra Zdrowia, która pełni funkcję opiniotwórczą.

Jakich ważnych zmian w systemie kształcenia w zawodach medycznych możemy się spodziewać w najbliższym czasie?

– Zamierzamy uelastyczyć system kształcenia, a co za tym idzie, zapewnić większy dopływ do systemu ochrony zdrowia specjalistycznej kadry lekarskiej. Najważniejsze przygotowywane zmiany to m.in. gruntowna zmiana standardów kształcenia i programów studiów, likwidacja stażu podyplomowego po wcześniejszej zmianie standardów kształcenia, wprowadzenie modułowego systemu specjalizacji i opracowanie systemu uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny. Chcemy też, aby uczelnie medyczne kontynuowały proces transformacji kształcenia w innych zawodach medycznych i zgłaszały wnioski o kierunki unikatowe, jak elektroradiologia, higiena dentystyczna, optometria. Zostały też podjęte działania w zakresie powołania nowego kierunku kształcenia – terapii zajęciowej, jak również opracowania standardów kształcenia dla przedmiotowego kierunku studiów.

Gdańska Uczelnia od lat regularnie zajmuje czołowe pozycje w rankingu opartym na wynikach LEP-u. Czy te sukcesy będą w przyszłości przynosiły Uczelni jakieś wymierne korzyści, np. w postaci zwiększenia dotacji na potrzeby dydaktyczne?

– Obecne rozporządzenie ministra nauki i szkolnictwa wyższego nie pozwala na wprowadzenie dodatkowego kryterium podziału dotacji dla uczelni, jakim mogłyby być wyniki z LEP lub LDEP. Jednak im lepsze wyniki LEP-u, tym wyższy prestiż uczelni i większe zainteresowanie kandydatów, a absolwenci mają lepsze możliwości zakwalifikowania się na wybrane specjalizacje.

Uczelnia gdańska rozpoczyna nowy rok akademicki jako Gdański Uniwersytet Medyczny. Czego z tej okazji chciałaby Pani Minister życzyć naszej społeczności akademickiej?

– Życzę Panu Rektorowi prof. Januszowi Morysiowi dalszych sukcesów naukowo-dydaktycznych, a także sukcesów w pozyskiwaniu środków z funduszy strukturalnych na dofinansowanie realizacji wielu projektów, w tym „Wyposażenia laboratoriów budynku Centrum Naukowo-Badawczego Medycyny Laboratoryjnej w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym”. Życzę też dalszego wzmacniania roli uczelni w organizacji i w rozwoju regionalnej sieci transferu wiedzy i informacji dla medycyny, farmacji, biotechnologii i kosmetologii pomiędzy GUMed, instytucjami otoczenia biznesu (parkami technologicznymi w Gdańsku i Gdyni), a przedsiębiorcami w ramach projektu „Nauka i Biznes”. Przy okazji gratuluję Gdańskiemu Uniwersytetowi Medycznemu wysokich lokat w wynikach Lekarskiego Egzaminu Państwowego.

Rozmawiał prof. Wiesław Makarewicz

Nasi laureaci programu POWROTY/HOMING

Po raz czwarty Fundacja na Rzecz Nauki Polskiej przyznała subsydia dla młodych uczonych powracających do kraju z długoterminowego pobytu naukowego za granicą. W gronie 16. laureatów, którzy otrzymają od FNP wsparcie finansowe na poprawę swoich warunków pracy w polskich instytucjach badawczych oraz środki na kontynuowanie międzynarodowej współpracy naukowej jest dwóch przedstawicieli naszej Uczelni:

dr Bartosz Karaszewski – Klinika Neurologii Dorosłych
dr Paweł Wiczling – Zakład Biofarmacji i Farmakokinetyki.

Należy to uznać za niewątpliwy sukces naszej *Alma Mater*.

Do konkursu w tegorocznej edycji programu wpłynęło 78 wniosków, 25 kandydatów najwyższej ocenionych przez recenzentów zaproszono na rozmowy z komisją konkursową. Na podstawie wyników tych rozmów Zarząd FNP rozstrzygnął konkurs. Laureaci powracają do Polski z ośrodków w USA, Wielkiej Brytanii, Belgii, Francji, Włoch, Grecji, Kanady i Szwajcarii. Dwuletnie subsydia wynoszą w obecnej edycji programu: w części stypendialnej – 36 tys. zł rocznie oraz w części na realizację projektu badawczego – 46 tys. zł rocznie. Stypendia zostaną dodatkowo podwyższone o środki uzyskane przez FNP z darowizn 1% podatku.

Uroczyste wręczenie dyplomów laureatom odbędzie się 6 października br. o godz. 11.00 w Sali Odczytowej Centralnej Biblioteki Rolniczej w Warszawie.

O nowoczesnej ochronie zdrowia w Europie

Wywiad z Zsuzsanną Jakab nominowaną na dyrektora regionalnego wiatowej Organizacji Zdrowia w Europie

W czasie 59. sesji Rady Administracyjnej Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia w Kopenhadze, 15 września br. Zsuzsanna Jakab została nominowana na stanowisko dyrektora regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia w Europie.

Jest pierwszym przedstawicielem Węgier stojącym na czele Europejskiego Regionu Światowej Organizacji Zdrowia. Aktualnie pełni funkcję dyrektora Europejskiego Centrum Kontroli i Prewencji Chorób Zakaźnych w Sztokholmie (ECDC). Jakab była jednym z pięciu kandydatów na stanowisko dyrektora regionalnego. Funkcję obejmie 1 lutego 2010 r. Zaledwie kilka dni po nominacji na dyrektora regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia w Europie uzyskaliśmy możliwość przeprowadzenia bezpośredniego wywiadu z Panią Dyrektorem.

Michał Brzeziński: Szanowna Pani Dyكتور, przede wszystkim proszę przyjąć nasze serdeczne gratulacje z okazji nominacji na nowego dyrektora regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia w Europie (Euro WHO).

– Dziękuję bardzo.

MB: Jak odnajduje się Pani w pierwszych dniach po nominacji na to prestiżowe stanowisko?

– Są to dni pełne wrażeń, jestem bardzo szczęśliwa. Z pewnością najbliższe tygodnie będą bardzo interesujące. Muszę zakończyć moją pracę jako dyrektor Europejskiego Centrum Prewencji i Kontroli Chorób, a w tym samym czasie będę przygotowywała się do objęcia stanowiska dyrektora regionalnego WHO w Europie. Czekam na wiele wyzwań w najbliższych czterech miesiącach. To z pewnością będzie jeden z najciekawszych okresów mojego życia.

MB: Chcielibyśmy zadać Pani Dyكتور kilka pytań związanych z nową funkcją, nowymi obowiązkami. Nowa funkcja, to nowe plany i wyzwania. Jakie będą Pani, jako dyrektora Euro WHO, priorytety na najbliższe lata?

– Przede wszystkim będę się starała, by nasza organizacja odgrywała rolę lidera w polityce zdrowotnej i zdrowia publicznego w Europie, dlatego będę starała się wzmocnić nasze Biuro Regionalne, tak by mogło odgrywać wiodącą rolę. Jednocześnie nasze biuro powinno być uznawane za europejski ośrodek doskonałości w zdrowiu publicznym, a także powinniśmy być instytucją posiadającą szerokie i bardzo dobre kontakty partnerskie z innymi organizacjami. Będzie dla nas ogromnym wyzwaniem nawiązanie bliskiej i stałej współpracy z instytucjami Unii Europejskiej. Jestem osobiście w pełni oddana temu wyzwaniu. W tym samym czasie będę starała się wzmocniać nasze kontakty z główną siedzibą WHO oraz innymi międzynarodowymi organizacjami działającymi w Europie. Kiedy wiele lat temu WHO rozpoczęła pracę, była jedyną organizacją działającą na polu zdrowia, promocji zdrowia, profilaktyki w Europie. Jednak od tego czasu liczba uczestników polityki zdrowotnej znacznie wzrosła, dlatego jest rzeczą bezwzględnie kluczową, by nawiązywać i prowadzić odpowiednią współpracę. To są główne problemy, które uważam za najważniejsze.

Specyficznym zadaniem, jednym z priorytetów są przewlekłe choroby niezakaźne, które stanowią około 80% obciążenia chorobami w naszym regionie. Musimy je umieścić na czele



Zsuzsanna Jakab urodzona w 1951 r. na Węgrzech, posiada tytuł magistra uzyskany na Uniwersytecie Eotvosa Loranda, na Wydziale Humanistycznym w Budapeszcie; ukończyła studia podyplomowe na Uniwersytecie Nauk Politycznych w Budapeszcie, posiada dyplom ukończenia dwóch kursów podstawowych w dziedzinie zdrowia publicznego w Nordyckiej Szkole Zdrowia Publicznego w Göteborgu (Szwecja) oraz dyplom ukończenia studiów podyplomowych w Krajowym Instytucie Administracji Publicznej i Zarządzania w Budapeszcie. Została mianowana na stanowisko dyrektora ECDC w Unii Europejskiej w marcu 2005 roku. W latach 2000–2005 była sekretarzem stanu w węgierskim Ministerstwie Zdrowia. Wcześniej przez 11 lat pracowała dla Regionalnego Biura Światowej Organizacji Zdrowia dla Europy w Danii, gdzie zajmowała kilka stanowisk, w tym koordynatora działu informacji, dowodów i komunikacji; dyrektora ds. promocji zdrowia; koordynatora programu polityki i spraw krajowych oraz programu EUROHEALTH.

naszej listy poczynań. Równolegle chciałabym odnowić podejście do europejskiej polityki zdrowotnej, która powinna brać pod uwagę zarówno obciążenie, jakie stanowią choroby cywilizacyjne, jak i determinanty zdrowia. To pomoże nam uświadomić, na jakie obszary zdrowia kraje naszego regionu wspólnie z Euro WHO powinny położyć nacisk. Pokaże również, gdzie WHO może zaznaczyć swój znaczący wkład.

MB: Wspomniała Pani Dyكتور o potrzebie zawiązywania partnerstwa między różnymi organizacjami. Jaką rolę widzi Pani dla WHO? Czy powinna być liderem wśród partnerów, czy też powinna być to sieć wzajemnie wspierających się organizacji?

– W mojej opinii, w zakresie zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej Euro WHO powinno odgrywać rolę lidera, jednocześnie trzeba pamiętać, że Unia Europejska w ostatnich latach znacznie wzmogła swoją aktywność na tym polu. Uważam więc za bardzo istotne nawiązanie bliskiej współpracy między Euro WHO a organami UE. Dużą korzyścią, którą mogę

osobiście dodać do tych relacji, jest fakt, że pracowałam zarówno dla Euro WHO przez 12 lat, a ostatnie 5 lat byłam dyrektorem Europejskiego Centrum Prewencji i Kontroli Chorób, instytucji stworzonej przez UE. Sądzę więc, że mogę przyczynić się do powstania rzeczywistego partnerstwa.

MB: Czy sądzi Pani, że w związku z zaistniałymi zmianami istnieje potrzeba przededefiniowania roli WHO? Czy powinna być to tylko organizacja nadzorująca, wypracowująca politykę regionalną, czy też nadal powinna aktywnie angażować się w kształtowanie i praktyczną realizację zadań zdrowia publicznego w Europie?

– Rola WHO jest zapisana w jej konstytucji, jest nadal aktualna i przystająca do naszych potrzeb. WHO jest organizacją koordynującą międzynarodową politykę zdrowotną zarówno w Europie, jak i na świecie. Do jej zadań należy kształtowanie standardów i norm, a równocześnie powinna być ośrodkiem doskonałości, ośrodkiem najwyższych kompetencji w zakresie zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej. WHO ma również być miejscem sprzyjającym innowacjom. Musi być to organizacja wypracowująca nowe pomysły i rozwiązania, które zawsze będą o kilka kroków wyprzedzać bieżące potrzeby. W związku z tym musimy prowadzić badania, wypracowywać nowe strategie i być centrum najnowszej, najbardziej aktualnej wiedzy w zakresie polityki zdrowotnej.

Łukasz Balwicki: Jako młodzi pracownicy uniwersyteccy, zajmujący się zdrowiem publicznym jesteśmy żywo zainteresowani perspektywami rozwoju tej dyscypliny. Przyjmując, że jednym z kluczowych zagadnień, również dla Polski, jest rozwój kadr medycznych, jakie perspektywy dostrzega Pani Dyrektor w nauczaniu w zawodach potrzebnych do kształtowania aktualnej polityki zdrowotnej w Europie?

– Jak mi wiadomo, obecnie nie ma europejskich programów kształcenia w zakresie zdrowia publicznego. Jestem przekonana, że jest to zagadnienie kluczowe, w którym zarówno Regionalne Biuro, jak i cała WHO powinno odgrywać większą rolę. W Europie mamy wiele międzynarodowych i krajowych instytucji kształcących kadry. Sądzę, że Euro WHO powinno być instytucją, która powiąże te organizacje i przyczyni się do stworzenia wspólnego, spójnego systemu kształcenia w zakresie zdrowia publicznego tak na poziomie narodowym, regionalnym, jak i międzynarodowym. Szczególnie istotne jest to w krajach, które nie mają tyle szczęścia jak np. Polska i nie posiadają własnych, dobrych ośrodków nauczania zdrowia publicznego. Widzę tu znaczącą rolę dla Euro WHO.

Innym zagadnieniem, na które WHO powinna mieć wpływ, to kształcenie kadr medycznych. Tu, oczywiście, nie mamy bezpośrednich kompetencji ani odpowiedzialności. Powinniśmy jednak wpływać na programy kształcenia w poszczególnych krajach. Szkolenie kadr powinno być znacznie bardziej zorientowane na problemy zdrowia publicznego, profilaktyki chorób i prewencji, a nie tylko leczenia, jak to się dzieje obecnie. Sądzę, że rola WHO jest tu kluczowa.

ŁB: Czy sądzi Pani, że należy ujednoczyć kompetencje specjalistów kształcących się w zdrowiu

publicznym? Wiele krajów nadal prowadzi nauczanie według własnych programów, nie zawsze odpowiadających aktualnym potrzebom.

– Tak, sądzę, że należy zacząć opracowywać wspólne standardy. Jako dyrektor ECDC rozpoczęłam współpracę ze Stowarzyszeniem Szkół Zdrowia Publicznego w Europie (ASPHER) w zakresie chorób infekcyjnych, wspólnie wypracowaliśmy listę kluczowych kompetencji kształcenia. Myślę, że taką pracę należy kontynuować zarówno z ASPHER, jak i innymi organizacjami, tak by wypracować wspólne standardy kształcenia w zdrowiu publicznym.

MB: Skoro podjęliśmy już temat ECDC. Jako dyrektor tej instytucji posiada Pani najbardziej aktualną wiedzę dotyczącą grypy H1N1, tzw. „świńskiej grypy”. Z Pani wcześniejszych wypowiedzi wynika, że uważa Pani obecną pandemię grypy H1N1 jako „wyzywającą, ale do opanowania”. Jak Pani zdaniem będzie się dalej rozwijała sytuacja i to zagrożenie?

– Wydaje mi się, że grypa H1N1 dotrze do nas w jeszcze większym stopniu. Już jest obecna w wielu krajach naszego regionu. Stale monitorujemy jej rozprzestrzenianie się; z pewnością wirus zaatakuje mieszkańców większości krajów Europy. Będą więc zachorowania z różnym nasileniem i w różnym czasie w poszczególnych krajach. Nadal jednak ogólna sytuacja jest taka sama, jaka była kilka miesięcy temu. Nadal jest to choroba o łagodnym przebiegu. Nie zaobserwowano mutacji w genomie wirusa H1N1, co należy odczytywać jako dobry znak.

Wszystkie kraje UE oraz ich polityka i plany w sytuacji kryzysowej zostały sprawdzone zarówno przez naszych ekspertów, jak i poprzez odpowiednie symulacje. Wydaje mi się, że kraje UE są tak dobrze przygotowane, jak to jest w chwili obecnej możliwe. Należy również wspomnieć o trwających i postępujących pracach nad wynalezieniem skutecznej szczepionki. Mam więc nadzieję, że takie szczepienia będą już niedługo dostępne. Będzie można wtedy rozpocząć szczepienie osób z grup wysokiego ryzyka.

MB: Dziękujemy za tak dobre i uspokajające informacje. Wspomniała Pani o sieci monitorowania tej choroby. Jak z Pani perspektywy wygląda jakość monitoringu zarówno chorób infekcyjnych, jak i niezakaźnych w Europie? Czy sądzi Pani, że istnieje potrzeba integrowania działań krajowych organizacji? Czy też poziom współpracy i wymiany informacji jest wystarczający?



Dyrektor Zsuzsanna Jakab wraz z Zarządem ECDC

– Z perspektywy UE, od kiedy istnieje ECDC, nadzór nad chorobami infekcyjnymi został znacznie rozwinięty w ciągu ostatnich kilku lat. W najbliższych latach musimy zapewnić porównywalność oraz wysoką jakość danych pochodzących z krajów regionu. Musimy mieć pewność, że otrzymywane z poszczególnych krajów dane są porównywalne. Niestety, nie mam jeszcze wiedzy o jakości danych pochodzących z krajów niebędących członkami UE. Mam jednak zamiar w najbliższym okresie dowiedzieć się, na ile te dane są wiarygodne i czy są porównywalne z jakością danych z krajów UE. Jako dyrektorowi WHO w Europie bardzo mi zależy na tym, by dane pochodzące ze wszystkich 53. krajów naszego regionu odpowiadały światowym standardom. Będzie mi należało na wypracowaniu jednego wspólnego systemu monitoringu pomiędzy Euro WHO a ECDC, co uważam za kluczowe przy współpracy tych organizacji.

Od kiedy przestałam pełnić funkcję koordynatora w WHO, moja wiedza na temat chorób niezakaźnych nie jest pełna. W najbliższym czasie rozpoczynam przegląd aktywności Regionalnego Biura WHO w Europie wraz z obecnym dyrektorem WHO w Europie, dr. Marcem Danzonem. Ten problem będzie jednym z pierwszych, na którym chciałabym się niebawem skupić. Sądzę, że następnym razem będę już miała pełną wiedzę i będą mogła dokładnie odpowiedzieć na pytanie o jakość monitoringu chorób niezakaźnych w Europie. Jestem przekonana, że potrzebujemy dobrego systemu monitorowania zarówno stanu zdrowia, jak i determinant zdrowia. Jeśli więc uznam, że taki system nie jest w pełni rozwinięty, dołożę wszelkich starań, by go wzmocnić.

MB: W ostatnich latach coraz więcej doniesień naukowych dotyczących chorób niezakaźnych pochodzi z krajów, takich jak Polska oraz inne kraje Europy Środkowej i Wschodniej. Jakie obszary współpracy między tymi krajami a Euro WHO widzi Pani Dyrektor jako zasadnicze, jakie byłyby Pani rady prowadzące do rozwoju zdrowia publicznego w tych krajach? Co powinniśmy uczynić, by zmniejszyć nierówność w zdrowiu między nimi a krajami Zachodniej Europy?

– Kluczowym problemem są choroby niezakaźne. Musimy mieć bardzo dobre programy działań zarówno w Euro WHO, jak i w poszczególnych krajach regionu, zwłaszcza dotyczących determinant zdrowia. Zasadniczym wydaje się być tutaj problem konsumpcji alkoholu. W czasie prezydencji Szwecji w UE to jeden z kluczowych tematów. Również WHO wypracowała politykę antyalkoholową. Będę dążyła do stworzenia europejskiej strategii zwalczania problemów alkoholowych.

Poza rozwiązywaniem problemów alkoholowych powinniśmy wspierać wszelkie działania antytytoniowe, a zwłaszcza wprowadzać w życie Ramową Konwencję WHO o Ograniczaniu Użycia Tytoniu, wspomagać kraje w walce z skutkami palenia tytoniu oraz promować niepalenie wśród mieszkańców Europy. Tu także konieczne jest wypracowanie różnych programów. Poza tym, oczywiście, w wielu krajach naszego regionu coraz większym problemem jest nadwaga i otyłość. Musimy więc mieć pewność, że ta kwestia zajmie jedno z czołowych miejsc w naszych działaniach, połączonych z promowaniem aktywności fizycznej. To będą cztery główne determinanty zdrowia, na których chciałabym się skupić w krajach naszego regionu, w tym w krajach Europy Środkowej i Wschodniej.

Jak już wspominałam, wydaje mi się, że najważniejszym zagadnieniem jest postawienie na prewencję zamiast na system leczenia naprawczego. Jeśli przyjrzymy się obecnym trendom i systemom ochrony zdrowia, to tylko około 1% finansów przeznaczanych jest na profilaktykę zarówno pierwotną, jak i wtórną. Jest to nieprawdopodobnie mało. Prewencja powinna odgrywać dużo większą rolę niż leczenie naprawcze, nie tylko z powodów oszczędności finansowych. Przede wszystkim z tego prostego powodu, że wielu chorobom możemy po prostu zapobiegać, a przez to zmniejszać ból i cierpienie Europejczyków. Będę

więc mocno akcentować i promować zwiększanie nakładów oraz zainteresowanie problemem profilaktyki chorób w poszczególnych krajach. Przykładem może być zapewnienie dobrej jakości programów przeciwnowotworowych, programów skriningowych, które nadal nie są powszechne, nawet w UE.

ŁB: Jako przedstawiciel jednostki naukowej jesteście zainteresowani kierunkami rozwoju zdrowia publicznego. Jakiego punktu widzenia Zarządu WHO Europa są główne priorytety rozwoju nauki w tej dziedzinie. Czy być może mamy już wystarczającą liczbę danych i dowodów do działań, a tylko potrzebujemy polityki zdrowotnej?

– Oczywiście, wydaje mi się, że przede wszystkim potrzebujemy dobrej polityki; polityki opartej na dowodach naukowych. To jest jedyna droga do przygotowywania dobrych standardów. Tu WHO może odegrać kluczową rolę. Wszystkie rekomendacje naszej organizacji muszą być poparte badaniami i mocnymi dowodami naukowymi. W niektórych obszarach zdobycie wiarygodnych danych jest proste, w innych – stwarza nadal znaczne problemy. Przykładem tu mogą być reklamy. Bardzo trudno jest zebrać mocne dowody na skuteczność reklam. Nie wiemy i nie mamy wiarygodnych danych potwierdzających, że reklamowanie alkoholu czy wyrobów tytoniowych wpływa na zwiększenie ich spożycia. To są zagadnienia bardzo trudne do naukowego zweryfikowania. Tak jak powiedziałam, będziemy starać się zebrać jak najwięcej wiarygodnych danych, a w oparciu o nie wypracować uzasadnione rekomendacje.

MB: Ostatnie pytanie, nieco mniej merytoryczne. Czy Pani Dyrektor kiedykolwiek odwiedziła Polskę? Kiedykolwiek odwiedziła Gdańsk?

– Czy ja byłam w Polsce? Och tak, wiele razy. Ostatnio w czerwcu br., gdy brałam udział w posiedzeniu Zarządu ECDC. Wielokrotnie odwiedzałam wasz kraj zarówno służbowo, jak i prywatnie. Wybieram się do Polski w końcu listopada, gdyż Polska jest organizatorem Europejskiej Konferencji Zdrowia Publicznego.

MB: Zapraszamy serdecznie do Gdańska. Raz jeszcze składamy gratulacje i życzymy powodzenia na stanowisku dyrektora regionalnego WHO w Europie. Dziękujemy bardzo za możliwość rozmowy.

Michał Brzeziński, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, absolwent AMG – 2008,
Łukasz Balwicki, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej GUMed

Autorzy pragną złożyć serdeczne podziękowania dr Paulinie Miśkiewicz, dyrektor Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce oraz dr. Tomaszowi Zdrojewskiemu za pomoc w przeprowadzeniu wywiadu.

W dniu 24 września 2009 roku zmarł w wieku 67 lat

prof. dr hab. Kazimierz JAŚKIEWICZ

absolwent Akademii Medycznej w Gdańsku z 1966 r., kierownik Katedry i Zakładu Patomorfologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, wieloletni nauczyciel akademicki, wychowawca lekarzy specjalizujących się w patomorfologii, ceniony konsultant i autorytet w dziedzinach patologii układu pokarmowego oraz patologii wątroby.

Niepowtarzalne – muzealna interpretacja Uczelni

Niemal każda osoba ma swoje zdanie na temat zmiany nazwy naszej Uczelni. Dla niektórych to tylko zastąpienie Akademii Uniwersytetem. Dla innych, poważna operacja związana z wprowadzeniem nowelizacji do aktów prawnych, druków lub pieczętek. Dla studentów okazja do ukucia nowego sloganu – co najmniej frywolnego.

Czym wprowadzone w nocy z 18 na 19 maja zmiany są dla Muzeum Historii AMG a dziś Muzeum Historii GUMed? Najkrócej mówiąc, są okazją jedną na miliony trudne do oszacowania. Są – a może lepiej napisać – mogłyby być trafieniem szóstki podczas kumulacji totolotka. Niewiele muzeów staje przed szansą gwałtownego wzbogacenia zbiorów. Należy oczywiście mieć świadomość, o jakiego rodzaju obiektach myślimy. Doskonale w tym miejscu brzmi fragment tekstu Karstena Harriesa: „(...) To, co wymaga zachowania, wymaga go właśnie dlatego, że straciło swoje miejsce w naszym świecie i trzeba znaleźć mu miejsce szczególnie – często dużym kosztem.” Wspomnianym miejscem jest w tym przypadku Muzeum Historii GUMed.

Wystawa, jaka towarzyszyć będzie inauguracji roku akademickiego 2009/2010, odwoływać się będzie do niepowtarzalności chwili zmiany nazwy. Stanowiąc będzie dopełnienie innych elementów tej jedynej w swoim rodzaju uroczystości.

Odmienny jest również sposób przygotowania ekspozycji. Zazwyczaj doskonale wiemy, co i w jaki sposób chcemy pokazać. Tym razem poruszamy się w niezwykle szerokim zakresie inspiracji i odniesień do przeszłości. Wzajemne powiązania pomiędzy poszczególnymi fragmentami wystawy zdają się pozostawać w dynamicznej równowadze. Intuicja silniej niż analityczny umysł podpowiadają trasę wycieczki w przeszłość.

Stare fotografie, na których profesorowie Reicher, Mozółowski, Rowiński uśmiechają się otoczeni studentami. Inauguracja roku akademickiego 1946/1947 i oblicza tych samych osób na zdjęciu, skupione i poważne. Profesor Bilikiewicz spoglądający w głąb sali wykładowej „Starej Anatomii”, z boku widoczne galerie. Po przeszło sześćdziesięciu latach i gruntownej przebudowie sala wygląda zupełnie inaczej.

Postacie wykładowców i dokonane przez nich wpisy do indeksów. Blednący ślad atramentu. Ponownie profesorowie Reicher, Hiller, Michejda. Na stronie tytułowej „Kliniki chorób zakaźnych” dedykacja autora. Podpis: Stanisław Wszelaki.

Stalowa puszka na narzędzia chirurgiczne. Szklana strzykawka. Lekarskie słuchawki tak wysłużone, że niemal rozpadające się przy najlżejszym dotyku. Instrumenty chirurgiczne o przedziwnych kształtach, gdzieś naznaczone zabójczym dotykiem korozji.

Pierwsze doktoraty powstałe w Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Przepisane mozolnie na maszynie. Ilustracje w nich wzru-



szające i przywołujące uśmiech. Dysertacje ostatnie, noszące na sobie piętno informatycznej ewolucji. A może rewolty?

Tablice z napisami „Akademia Medyczna w Gdańsku”, jeszcze kilka tygodni temu dumnie witające wchodzących do budynków Uczelni, zastygły bez ściany, łatwe do przeniesienia w dowolne miejsce. Akademii już nie ma. Ale przecież trwa i jest w tym samym miejscu i w duchu nowej nazwy.

Nawet jeśli w bliżej nieokreślonej przyszłości ponownie zmieniona zostanie nazwa Uczelni, wszystko będzie nowe, jedyne, niepowtarzalne.

Wystawa nie ma specjalnego tytułu. Istotne są wrażenia, wspomnienia, emocje gości Muzeum Historii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Niepowtarzalne...

Dr Marek Bukowski



Rektorzy kolejnych kadencji o naszej Alma Mater

Z okazji uroczystej inauguracji nowego roku akademickiego w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym redakcja „Gazety AMG” zwróciła się z prośbą do rektorów minionych kadencji o udzielenie odpowiedzi na dwa następujące pytania:

- **Gdański Uniwersytet Medyczny to już trzecia z kolei nazwa w blisko 65-letniej historii naszej Alma Mater. Jakie można wiązać z tą zmianą nadzieje, a jaki obawy?**
- **Jakie pojedyncze wydarzenie w swojej kadencji uważa Pani/Pan Rektor za najbardziej znaczące, a co było w Pani/Pana opinii momentem najbardziej przełomowym w całej dotychczasowej historii Uczelni?**



Prof. Stefan Raszeja (1972 – 1975)

- Na prestiż danej uczelni wyższej wpływa suma bardzo wielu jej osiągnięć, zarówno z dawno minionych lat, jak i z okresu współczesnego. Wiele zależy od konkretnych warunków, w jakich działała lub działa. Wszyscy powinniśmy być wdzięczni naszym wielkim poprzednikom, którzy budowali naszą Uczelnię od podstaw w czasie, gdy w istocie rzeczy

wszystko zależało wyłącznie od zbiorowego wysiłku ówczesnej społeczności akademickiej. Po naszej niemieckiej poprzedniczce (najpierw Staatliche Akademie für Praktische Medizin in Wolnym Mieście, a później Medizinische Akademie in Danzig w latach 1939–1945) niewiele pozostało w chwili narodzin Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Późniejsza zmiana nazwy na Akademię Medyczną była w pełni uzasadniona, skoro Szkoła obejmowała również kształcenie farmaceutów. Przekształcano wszystkie istniejące wówczas przy uniwersytetach polskich wydziały lekarskie (a także farmaceutyczne) w akademie medyczne. O ile powołanie odrębnej uczelni medycznej w ośrodkach, w których nie było uniwersytetu, było w pełni uzasadnione (na tej zasadzie powstały również na Zachodzie podobne szkoły, np. Medizinische Hochschule w Lubecie), o tyle mam wątpliwości, czy wyłączenie z uniwersytetów niektórych wydziałów (dotyczy to nie tylko wydziałów lekarskich) było słusznym krokiem. Wydarzenia ostatnich lat wykazały, że istnieje chęć powrotu do tradycyjnej więzi tych wydziałów z uniwersytetem (przykładem Kraków, a później Bydgoszcz–Toruń). Osobiście byłem za podobnym rozwiązaniem, ale uważam, że poglądy na tę sprawę mogą się różnić, jeżeli tylko przyjęta przez społeczność akademicką struktura uczelni będzie sprzyjała lepiej rozwojowi jej działalności.

Osiągnięcie aprobaty Sejmu dla zmiany nazwy wymagało od naszej Uczelni – jak wiem – uprzedniego spełnienia szeregu warunków, których realizacja z kolei wymuszała niejako aktywność wielu przedstawicieli naszej kadry akademickiej. Dzięki niej rozszerzyła się struktura Uczelni, obejmując nowe wydziały i nowe kierunki. Sądzę, że ta aktywność wraz z zainicjowaną dyskusją wokół nowych zadań Uczelni będzie sprzyjała wzrostowi zaangażowania wszystkich członków społeczności akademickiej i z tym, a nie ze zmianą nazwy, wiąże największe nadzieje.

- Trudność we wskazaniu wydarzenia, które w danej kadencji rektorskiej można by uznać za najbardziej znaczące, wynika z faktu, że osiągnięcie konkretnego sukcesu, np. w programie inwestycyjnym czy organizacyjnym, sprzyjającym realizacji podstawowych celów uczelni wyższej jest na ogół rezultatem zaangażowania się kilku kadencji rektorskich i to, co zainicjował jeden z rektorów i z wielkim trudem przygotował, zakończył jego następcą, otwierając „w świetle jupiterów” nową placówkę czy inaugurując nowy program. Takim mianem dużego osiągnięcia inwestycyjnego można określić zakończenie budowy zakładów teoretycznych Wydziału Lekarskiego (dzisiejsze Collegium Biomedicum), ale przecież było ono rezultatem osobiście zaangażowania co najmniej kilku kolejnych rektorów.

Z okazji 50-lecia AMG przedstawiłem już swoją samoocenę kadencji 1972–1975 („Gazeta AMG” nr 10, 1995). Wydaje mi się, że wymienione tam wydarzenia stwarzały warunki do szybkiego przyrostu wykształconej kadry naukowo-dydaktycznej, co z kolei sprzyjało powoływaniu wówczas całego szeregu wą-

ska specjalistycznych jednostek organizacyjnych. Wtedy właśnie powstawały tak ważne dziś kliniki, jak torako- i kardiologiczna, chirurgii onkologicznej, nefrologiczna, kardiologiczna, kardiologii dziecięcej i wiele innych. Znaczny przyrost kadry pozwolił na utworzenie filii Wydziału Lekarskiego w Bydgoszczy. W ówczesnej kadencji doszło do szeregu inicjatyw (być może drobnych), które do dziś są kontynuowane (coroczne przyznawanie medalu „Zasłużonemu Akademii Medycznej w Gdańsku” i medalu studenckiego „Primus inter Pares”, a także rozpoczęcie regularnego wydawania „Annales Academiae Medicae Gedanensis”). Nie można przy tym zapominać, że właśnie wtedy wdrożono w naszej Uczelni nowe formy kształcenia podyplomowego poprzez stworzony przez władze Uczelni tzw. system kaskadowy (corocznie korzystało z niego ponad 1300 lekarzy z naszego terenu).

Myślę, że każdy z kolejnych rektorów naszej *Alma Mater* może przedstawić podobne osiągnięcia, chociaż będą one różnej natury, często nieporównywalnej. Nie jestem jednak w stanie uznać jakiegoś wydarzenia za „przełomowe” w całej dotychczasowej historii Uczelni. Jestem zwolennikiem tezy o „ewolucyjnym rozwoju” działalności Akademii. Jednocześnie przyznaję, że ocena doświadczeń zebranych w ciągu minionych 64. lat powinna być przedmiotem stałych refleksji, które mogłyby stanowić źródło wskazań do dalszego postępu działalności zarówno Uczelni jako całości, jak i jej poszczególnych wydziałów, katedr, klinik i zakładów.

□

zamieszczono wiele artykułów dotyczących współczesnych uwarunkowań narastania kryzysu uniwersytetu.

Chciałoby się wierzyć, że obecna zmiana nazwy naszej Uczelni nie okaże się jednym z czynników narastania tego kryzysu.

- Pojedynczym wydarzeniem, znaczącym dla funkcjonowania Uczelni, w czasie mojej nader krótkiej kadencji rektorskiej było – moim zdaniem – rozpoczęcie powrotu do tradycyjnych struktur dydaktycznych i naukowych Uczelni, poprzez reorganizację struktur „instytutowych” narzuconych w minionym okresie w sposób centralistyczny, odgórny przez państwowe władze centralne. Proces ten został poważnie zakłócony przez wprowadzenie stanu wojennego w Polsce, nie został jednak całkowicie zaniechany.

Momentami przełomowymi w całej dotychczasowej historii Uczelni i w wypełnianiu jej podstawowych zadań dydaktycznych było najpierw, krótko po zakończeniu II wojny światowej, wprowadzenie obowiązkowego nauczania tzw. przedmiotów ideologicznych (filozofii marksistowskiej, marksizmu-leninizmu), a potem, po roku 1989 – zaprzestanie nauczania tych „ideologicznych” przedmiotów i powrót do prawdziwie przyrodniczego nauczania i wdrażania młodych adeptów nauki do niezależnego zdobywania prawd i prawdopodobieństw naukowych.

□



Prof. Mariusz M. Żydowo (1981 – 1982)

- W ciągu ostatnich kilku lat władze naszej Uczelni przedsięwzięły szereg poczynań organizacyjnych zmierzających do zmiany nazwy i statusu prawnego uczelni z „Akademia Medyczna w Gdańsku” na „Gdański Uniwersytet Medyczny”. Rezultatem tych działań był pozytywny efekt uzyskania większej samodzielności Uczelni,

ale również doprowadziło to do znacznego zwiększenia liczby studentów przy nieznacznym tylko zwiększeniu liczebności (i jakości) kadry naukowo-dydaktycznej. Taka sytuacja musi odbić się niekorzystnie na jakości nauczania. Jednym z czynników (wynikających wprawdzie z ogólnokrajowej reorganizacji szkolnictwa zawodowego) było przejście przez akademie medyczne kształcenia techników medycznych (laborantów, techników dentystycznych, ratowników medycznych i in.), którzy znaleźli się wśród studentów nowo tworzonych wydziałów. Przyczyniło się to do zmian dążących do przekształcenia dawnej AMG, w szkołę bardziej zawodową aniżeli w uczelnię uniwersytecką.

Tradycja instytucji nazywanych uniwersytetami łączyła się z pewną misją oświatową i naukowo-badawczą. Obawiam się, że nie tylko nasza Uczelnia, ale także inne akademie medyczne w Polsce, przyjmujące nazwę „Uniwersytet Medyczny” nie będą w stanie sprostać podjęciu owej misji uniwersytetów. Wydaje się, że inne uniwersytety bez przymiotnikowego określenia w nazwie, przeżywają w całym świecie pewien kryzys, którego w tej krótkiej wypowiedzi nie sposób bliżej opisywać. Proponuję, aby czytelników „Gazety AMG” zachęcić do lektury ostatniego numeru kwartalnika „Ethos” (nr 85/86, 2009), w którym



Prof. Barbara Krupa-Wojciechowska (1983 – 1990)

- GUMed to nie tylko nazwa ale struktura, która ma szansę przetrwania i umocnienia się.

Akademia Lekarska w Gdańsku była tworzona po wojnie jako pierwsza w historii Polski uczelnia Ministerstwa Zdrowia. Wprawdzie spowodował to los, gdyż Uniwersytet Stefana Batorego podzielił się na Gdańsk i Toruń, ale także ze względu na warunki lokalowe. To, że prof. Grzegorzewski, pierwszy rektor, był dobrym, młodym organizatorem pozwoliło stworzyć Uczelnię trochę na wzór amerykański, miał zresztą żywe kontakty z Zachodem.

Byliśmy od początku wciągnięci w problemy organizacyjne lecznictwa. Tu po wojnie zainicjowano nadzór specjalistyczny, w latach 60. regionalny, który przyjęto w całej Polsce.

W czasach centralistycznych staraliśmy się przeciwdziałać nadmiernym wpływom „Warszawy”. Poprzez działalność polityczną tworzyliśmy lobby najczęściej razem z Krakowem (może dlatego, że ze sobą nie graniczymy). Nasi przedstawiciele w komisji zdrowia i nauki w KC PZPR mieli wpływ na politykę w uczelniach medycznych. Dążyliśmy do decentralizacji.

Wileńska profesura stworzyła katedry przeważnie teoretyczne i uczyła nas zwyczajów akademickich. Togi i insygnia władzy rektorskiej, które ufundował wojewoda gdański Józef Wołek na fali przemian 1956 roku, oparte na wzorach Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, były pierwszymi na Wybrzeżu.

Po wojnie zajmowano się zwalczaniem chorób zakaźnych, gdyż taka była epidemiologia. Tu prof. Wszelaki zredagował przy udziale innych profesorów monumentalny podręcznik chorób zakaźnych. Wybudowano przy dużym zaangażowaniu prof. Bincera Wojewódzki Szpital Zakaźny, pierwszy nowy szpital po wojnie na Wybrzeżu, w którym do tej pory zlokalizowana jest klinika akademicka.





Zmiana nazwy z ALG na AMG u nas w Uczelni nie miała większego znaczenia, gdyż byliśmy jakby prekursorami tej formy. Duże znaczenie miały natomiast ruchy pokoleniowe w latach 60. Kadrowo byliśmy bogatsi. W wielkich klinikach 120-łóżkowych było już po kilku docentów. Na Zachodzie od 10–15 lat tworzone małe kliniki, wąskospecjalistyczne. U nas odbyło się to na fali tzw. marca 1968. Czy powołanie instytutów w 1970 r. było słuszne – można dyskutować, natomiast powołanie wówczas małych klinik specjalistycznych było dużym postępem i nawet po likwidacji instytutów wszystkie powołane wtedy jednostki utrzymały się, teraz dorosły do miana katedr.

Osobiście uważam, że koordynacja ich działań z początku przez ludzi bardziej sprawnych organizacyjnie przyspieszyła postęp, zwłaszcza że przemiany lat 70. i 80. stwarzały nowe możliwości finansowania, wyposażenia przez przemysł, a nie tylko resort zdrowia.

- Za największe osiągnięcie w mojej 7-letniej rektorskiej kadencji uważam to, że zmiana systemu politycznego przeszła w Uczelni względnie bezboleśnie.

Nieskromnie sądzę, że miało na to wpływ moje wcześniejsze doświadczenie polityczne, a także płeć. Uprzednio nie było w Polsce rektorów kobiet, a jak sądzę, obserwując kobiety niezależnie od opcji politycznych, mają one jak w domu, praktyczny stosunek do pracy i dlatego są może dość skuteczne. Demokratyczny system powoływania władz, mimo początkowych emocjonalnych przeżyć, wszedł na stałe do zwyczajów akademickich. Podobnie jak uchwalony w mojej kadencji statut Uczelni wprowadził nową obyczajowość.

Udało mi się powołać Klinikę Kardiochirurgii i rozpocząć budowę budynku Instytutu Kardiologii, co stało się prawdziwym sukcesem następnych kadencji.

Rozpoczęliśmy budowę Instytutu Radiologii. Zdawaliśmy sobie sprawę, jak bardzo postęp techniczny warunkuje rozwój medycyny.

Wprowadziliśmy do planu budowę instytutu chirurgii, który przeszedł długotrwałą drogę do obecnej realizacji centrum zabiegowego. Jednak każdy kolejny rektor wiedział, jak istotny jest to problem, więc zabezpieczał tereny pod przyszłą budowę i dyskutował nad zmieniającą się koncepcją, którą pierwotnie opracował nieżyjący już prof. Mieczysław Trenkner.

Nie jest to teraz może już ważne, że w czasie mojej kadencji wprowadzano reformy Wilczka i Rakowskiego, że po raz pierwszy szukaliśmy prywatyzujących się firm wykonawczych, powoływaliśmy fundacje, dzięki którym kupowaliśmy sprzęt medyczny. Pierwszy tomograf komputerowy, na który zebrali pieniądze nasi profesorowie z przemysłu, chciano nam porwać do Łodzi i dopiero interwencja na „najwyższym szczeblu” sprawę wyrównała.

Śledząc od lat rozwój Uczelni, uważam, że GUMed będzie miał szansę powodzenia i stworzy nową jakość, jeżeli powoli zacznie rozwijać katedry z pogranicza humanistyki i medycyny. Już teraz widać pozytywne zjawisko, jakim są młodzi lekarze chcący naukowo zajmować się historią medycyny i zbierają znakomity materiał źródłowy w kraju i zagranicą na temat ludzi, którzy byli wielkimi uczonymi i tworzyli Akademię Medyczną.

Zmiana medycyny, relacja ze społeczeństwem, zapobieganie chorobom – to sądzę w przyszłości spowoduje także rozwój katedr z pogranicza prawa, a także ekonomii. Nowoczesna medycyna poza informatyką, która rozwija się na naszych oczach, wymagać będzie innych układów organizacyjnych, prawnych itp., dlatego nowy Wydział Nauk o Zdrowiu ma w przyszłości szansę prawdziwego rozwoju. □



Prof. Stefan Angielski (1990 – 1993)

- Chociaż ukończyłem studia w Akademii Medycznej w Gdańsku i całe życie zawodowe z nią związałem, to zawsze marzyłem o jej związkach i korzeniach z Uniwersytetem Stefana Batorego w Wilnie. Dlatego też m.in. w latach 1990–1993 rozpocząłem starania o przyłączenie Akademii Medycznej do Uniwersytetu Gdańskiego lub odwrotnie, jak niektórzy w owym czasie twierdzili. Myślą przewodnią prowadzącą do celu była inicjatywa

powołania wspólnego z Uniwersytetem Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii o profilu medycznym. I to się powiodło.

Jeżeli się nie mylę, ten fakt znacznie zaważył i przyspieszył zmianę nazwy naszej Uczelni na Gdański Uniwersytet Medyczny. Nie sądzę, abym dożył do następnej zmiany nazwy na Gdański Uniwersytet Medyczny im. Stefana Batorego, bo nie ma to jak mieć za patrona króla niemalowanego, walecznego i prawego, a na dodatek z dobrym doktoratem.

- W moim głębokim przekonaniu najważniejszym momentem, najbardziej przetomowym w całej dotychczasowej historii naszej Uczelni, było odzyskanie niepodległości przez Polskę w 1989 r., po 50. latach jej zniewalania. Życie uniwersytetu tętni życiem kraju. Wydarzenia, które uważam za najbardziej znaczące w kadencji 1990–1993 wynikały z marzeń, wizji i treści otwierających lub poszerzających zastane horyzonty. A realizacji tych wizji w początkowym okresie kadencji sprzyjała atmosfera społeczna, pełna oczekiwań a zarazem obaw, co przyniesie czas. Kolegium rektorskie w osobach profesorów Wiesława Makarewicza, Mariana Smoczyńskiego i Czesława Stoby oraz ówczesne Kolegium Rektorów Uczelni Trójmiasta sprzyjały, ba, zachęcały do podejmowania nietuzinkowych wyzwań.

Oto niektóre z wydarzeń, które inicjowałem:

- Trójmiejską Akademicką Sieć Komputerową
- Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii UG–AMG
- Klinikę Hematologii z lokalizacją w obrębie PSK nr 1, w której dokonano do dzisiaj 657 transplantacji szpiku kostnego
- Klinikę Kardiologii i Przychodnię Kardiologiczną. □





Prof. Zdzisław Wajda (1993 – 1999)

- Zmiana nazwy jest wynikiem spełnienia przez Uczelnię warunków stawianych przez prawodawcę, a mianowicie posiadanie przez 6 jednostek uprawnień do doktoryzowania, niesie z sobą zmianę statusu Uczelni i podnosi jej rangę do miana Uniwersytetu. Należy podkreślić, że jest to też krok zwiększający zakres nauczania, ważny zwłaszcza przy postępie, jaki dokonał się i dokonuje w medycynie. Uważam tę

zmianę za znaczące osiągnięcie, niezależnie od innych profitów, które mogą się pojawić w przyszłości.

Zatem gratulacje dla władz i społeczności Uczelni, że spełniły wymagane warunki, stawiane przez ustawodawcę, niezbędne do dokonania zmiany nazwy.

Odpowiadając na to pytanie, trudno oprzeć się pewnej refleksji. Należy bowiem żałować, że pytanie o tak istotnych zmianach zadaje się byłym rektorom nie przed, a po ich powzięciu. Nasuwa się też pytanie, dotyczące samej nazwy, oczywiście, jeżeli tego nie wymagał prawodawca – zamiast Gdański Uniwersytet Medyczny (GUMed) nie było prościej proponować Uniwersytet Medyczny w Gdańsku (UMG)?

- Generacja, która ustąpiła, zostawiła następców dobrze przygotowanych do kontynuowania działalności, a także do wprowadzenia innowacji i nowych technik. Godne podkreślenia jest zwłaszcza to, że są oni, z niewielkimi wyjątkami, wychowankami naszej *Alma Mater*.

Zmiany pokoleniowe, które się dokonały, dowiodły, że Uczelnia swoją działalnością dydaktyczną, naukową, jak i zawodową, zachowując tradycję opartą o wzory uniwersyteckie – Uniwersytet Stefana Batorego w Wilnie – spełniła wymagania i osiągnęła najwyższy w hierarchii wyższych uczelni status Uniwersytetu Medycznego.

Wypada wspomnieć, że to w czasie mojej kadencji utworzono, z niemałymi trudnościami, Oddział Pielęgniarstwa, który obchodził ostatnio 10-lecie swojej działalności. Można więc zaliczyć jego powołanie jako mały wkład do procesu przekształcenia Akademii Medycznej w Gdańsku w Gdański Uniwersytet Medyczny.

Także zainicjowaliśmy w przekładzie angielskim nazwę, budzącą nieco kontrowersji, Medical University of Gdańsk, która przetrwała do dzisiaj, m.in. na miejskich wskaźnikach informacyjnych, wskazujących lokalizację naszej *Alma Mater*.

□



Prof. Wiesław Makarewicz (1999 – 2005)

- Zmiana nazwy wynika z zwyczaj z potrzeby precyzyjniejszego opisu stanu istniejącego z jednoczesnym wskazaniem zamierzonego kierunku rozwoju danej instytucji. Nowa nazwa „Uniwersytet Medyczny” lepiej uwzględnia, jak się wydaje, wielokierunkowość kształcenia oferowanego aktualnie przez naszą Uczelnię; jakościową zmianę, jaka dokonała się w ostatnim

10-leciu. Mam też nadzieję, że wskaże na zamierzony kierunek dalszego rozwoju w stronę uczelni oferującej szerokie spektrum kształcenia zawodowego na wysokim poziomie, jak też kształcenie interdyscyplinarne, przed i podyplomowe w licznych istniejących oraz nowych specjalnościach i zawodach medycznych. Największą zaś obawą jest to, że nadzieje te mogą pozostać niezrealizowane, a dokonana zamiana nazwy zostanie potraktowana jedynie jako mało znaczący zabieg administracyjny.

- Z perspektywy czasu wydaje się, że właśnie wspomniane wyżej bardzo znaczące rozszerzenie oferty dydaktycznej dokonane w latach 1998-2008 stanowiło najbardziej przełomowy moment w całej dotychczasowej historii Uczelni. Było to zadanie trudne, do którego realizacji Uczelnia na początku nie posiadała, w gruncie rzeczy, ani odpowiednio przygotowanej kadry, ani stosownej infrastruktury, ani też odpowiedniego wsparcia finansowego. Jedyną realną pomocą okazało się przekazanie przez samorząd wojewódzki budynku przy ul. Tuwima. Podkreślić należy, że proces ten w późniejszych latach, doprowadził do powołania i dynamicznego rozwoju Wydziału Nauk o Zdrowiu, który uzyskując uprawnienia do nadawania stopnia naukowego doktora, spełnił ustawowe wymagania przekształcenia Uczelni w Uniwersytet Medyczny.

Uniwersytecki charakter Uczelni wymagał też poszerzenia jego sieci powiązań międzynarodowych, co w dzisiejszej nomenklaturze Unii Europejskiej określa się mianem internacjonalizacji. Bardzo ważnym krokiem w tym kierunku było uruchomienie w roku 2002 programu studiów lekarskich w języku angielskim jako tzw. English Division. Nie było to zadanie łatwe, lecz krok ten przyniósł Uczelni wielorakie, znaczące korzyści. Spoglądając wstecz, jestem skłonny traktować to jako najbardziej znaczące dokonanie w mojej kadencji rektorskiej. Warto może przypomnieć, że niezbędne było pokonanie znacznego oporu środowiska, które obawiało się nowego wyzwania. Sukces tego przedsięwzięcia nie byłby możliwy bez wielkiego zaangażowania i efektywnej współpracy ówczesnego dziekana Wydziału Lekarskiego prof. Janusza Morysia.

□

Życzenia, życzenia...

Na rok akademicki 2009/2010, a także następne lata, życzę Gdańskiemu Uniwersytetowi Medycznemu kontynuowania najlepszych tradycji uprawiania i nauczania medycyny, sięgających XV wieku, kiedy to powołano w Gdańsku Cech Chirurgów. Będąc dumny z przynależności do grona absolwentów tej właśnie uczelni, jestem przekonany, że będzie się ona nadal wszechstronnie rozwijać, a kolejne roczniki jej absolwentów będą coraz lepiej przygotowane do wykonywania swojego zawodu – niesienie pomocy chorym, potrzebującym często nie tylko profesjonalnego leczenia lecz także troski, życzliwości i wsparcia. I tego serdecznie życzę całej społeczności Uniwersytetu, wspominając swoje lata studenckie u progu nowego roku akademickiego.

Z poważaniem
Marek Balicki
absolwent AMG z 1978 r.



Prof. Roman Kaliszan (2005 – 2008)

- Według mojego osobistego przekonania, zmiana nazwy naszej Uczelni na Gdański Uniwersytet Medyczny była konieczna ze względów formalnych. Po wprowadzeniu gradacji typów szkół wyższych pozostawanie przy nazwie „akademia” skutkowało przypisywaniem naszej Uczelni trzeciego stopnia hierarchii: po „uniwersytetach” i tzw. „uniwersytetach przymiotnikowych”. Przy okazji powstała silna motywacja do spełnienia wymo-

gu sześciu uprawnień do doktryzowania. Udało się tego dokonać poprzez zbudowanie Wydziału Nauk o Zdrowiu, głównie dzięki talentom i pracowitości prof. Piotra Lassa. W sumie nasza *Alma Mater* wzmocniła się i zmiana nazwy nie była tylko działaniem formalnym.

Inna rzecz, to przywiązanie do tradycji. Akronim AMG silnie utrwalił się w świadomości absolwentów, pracowników i społeczeństwa Wybrzeża. Trochę szkoda, że odchodzi do historii. Zwłaszcza, że nazwa, a szczególnie skrót GUMed, kojarzy mi się nieco z manierą sowiecką. Wobec wprowadzonych regulacji ustawowych nie mieliśmy jednak rozsądnej alternatywy. Dobrze byłoby, gdybyśmy do celów naukometrycznych mogli zachować anglojęzyczną nazwę „Medical University of Gdańsk”.

- Niewątpliwie, najważniejszym wydarzeniem w mojej kadencji było uzyskanie bezprecedensowej, prawie półmiliardowej inwestycji centralnej wieloletniej z budżetu państwa na nowoczesny szpital kliniczny w Gdańsku. Szereg zacnych osób ma konkretne zasługi w doprowadzeniu do realizacji tego marzenia

pokoleń rektorów, profesorów, pracowników i lekarzy byłej AMG. Ja mogę, bez fałszywej skromności, powiedzieć, że nie zaprzępać nagle powstałej szansy. Ofensywnie i szczęśliwie (*serendipity!*) wykorzystaliśmy krótki okres, w którym wyjście z naszą zuchwałą inicjatywą inwestycyjną mogło zakończyć się sukcesem. Teraz możemy mieć pewność, że uniwersytecka medycyna nigdy nie zginie w Gdańsku, choćby zmieniały się nazwy czy afiliacje.

Zastanawiam się czasem, jakie są moje osobiste zasługi dla pozyskania budowy. Cóż! Musiałem realizować moje hasło programowe jako kandydata na rektora w 2005 r., chociaż zdaje się, że wielu wyborców traktowało to hasło z lekkim przymrużeniem oka. Kiedy jednak przystąpiłem do działań, to spotkałem się z zaskakująco życzliwym podejściem osób odpowiedzialnych za Uczelnię, Pomorze i Polskę, niezależnie od reprezentowanych ideologii. Swojej nie chciałem i nie musiałem odkrywać. Korzystałem z autorytetu urzędu rektorskiego i, bez hipokryzji, z uznanej pozycji w polskiej społeczności naukowej. Boję się, że teraz byłyby to zalety drugorzędne. Lepiej więc dla sprawy, że nie jestem dalej z jej rozwojem kojarzony przez zelotów politycznych, nieprofesjonalnych dziennikarzy i kuriozalnych aktywistów związkowych.

Moja ideologia rektorska (i życiowa), która sprawdziła się przy okazji starań o rozbudowę struktury Uczelni (a nie bardzo nadawała się do utrzymywania „władzy dla władzy”), sprowadza się do paru zasad:

- pozwól podwładnym wykazać swoją kreatywność
- nie staraj się wszystkiego kontrolować (wyjściowo!), zakładając ufność w kompetencje i dobre intencje ludzi niekoniecznie głębszych od ciebie
- bądź wielkoduszny i wyrozumiały, a nie drobiazgowy i małostkowy, zwłaszcza nie dawaj powodów do określania twoich postaw hasłami „pies ogrodnika” czy „bardziej papieski niż papież”.

□

REKTOR I SENAT GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO mają zaszczyt zaprosić na

uroczystość zawieszenia wiechy na budowie Centrum Medycyny Inwazyjnej GUMed

**która odbędzie się 16 października 2009 roku
o godzinie 13.00 na terenie budowy
(wejście od ulicy Smoluchowskiego)**

IMPREZA INTEGRACYJNA we Wróblówce

Nauka salsy i tanga, karaoke, konkursy z nagrodami czy smakołyki kuchni polskiej – to tylko niektóre z atrakcji tegorocznej imprezy integracyjnej pracowników Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Piknik, w nieco odmienionej formule, odbędzie się tradycyjnie we Wróblówce, 9 października o godz. 19.00. Do wspólnej zabawy zachęcać będą profesjonalni tancerze, DJ i prowadzący. Z myślą o zwolennikach zdecydowanie spokojniejszej formy aktywności przygotowaliśmy również biesiadę przy ognisku. Bilety w cenie 30 zł (dla aktualnego bądź emerytowanego pracownika GUMed lub Szpitali) i 70 zł (dla osoby towarzyszącej) można nabyć w Dziale Socjalnym, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a, pawilon 4, tel. (058) 349 10 14, (058) 349 10 39.

Serdecznie zapraszam

Prof. Janusz Moryś
Rektor

Życzenia, życzenia...

Byłem zawsze dumny, że jestem absolwentem Akademii Medycznej w Gdańsku i niech tak zostanie. Do dziwnie brzmiącej nazwy GUM-y (GUM-a?) trudno by się było przyzwyczaić; sądzę, że także wielu innym koleżankom i kolegom z tamtych dawnych roczników AMG. Doprawdy nie wiem, dlaczego Uniwersytet ma wybrzmiewać bardziej dostojnie niż stara, poczciwa, również o łańskich korzeniach, Akademia? Może młodym pokoleniom gdańskich medyków nowa nazwa bardziej imponuje, choć będzie to zmiana czysto werbalna, nie zmieniająca chyba stanu faktycznego uczelni.

Jeśli jednak tak być musi, to życzyłbym mojej *Alma Mater*, aby nie ulegała postępującemu w naszym świecie odczłowieczeniu, aby jak za moich zamierzchłych studenckich czasów profesorowie i wykładowcy byli nie tylko mentorami, lecz także życzliwymi przyjaciółmi wychowanków, a ci potem, przy łóżku chorego, widzieli w nim przede wszystkim cierpiącego człowieka. Tyle i aż tyle...

Jerzy Gebert
rocznik 1949–1954 AMG



**Rektor i Senat
Gdańskiego Uniwersytetu
Medycznego
mają zaszczyt zaprosić na
uroczystość nadania tytułu
doktora *honoris causa***

Profesorowi Augustowi Heidlandowi

**która odbędzie się 16 października 2009 r. o godz. 11.00
w Auditorium Primum GUMed Atheneum Gedanense Novum**

Prof. August Heidland – lekarz internista i nefrolog z wykształcenia. Całe życie zawodowe związał z Uniwersytetem w Würzburgu. Pracował w nim nieprzerwanie od ukończenia studiów w roku 1958, przechodząc kolejne stopnie kariery zawodowej. W latach 1972–1994 już jako profesor kierował Department of Nephrology University in Würzburg, jednocześnie będąc w latach 1975–1996 dyrektorem Kuratorium for Dialysis and Kidney Transplantation w Würzburgu. Wypromował dziesięciu samodzielnych pracowników nauki. Członek wielu znakomitych towarzystw naukowych, w tym w latach 1980–1981 prezes, a w latach 1981–1994 sekretarz generalny Gesellschaft für Nephrologie. Natomiast w latach 1991–1994 prezes International Society for Renal Nutrition and Metabolism. Członek honorowy Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego oraz szeregu towarzystw nefrologicznych w Europie Środkowej i Wschodniej (Bułgaria, Czechy, Słowacja, Węgry, Rumunia). Członek zagraniczny Polskiej Akademii Nauk, doktor *honoris causa* Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Autor lub współautor ponad 600. prac oryginalnych, 20. prac poglądowych oraz redaktor pięciu podręczników. Wiele prac powstało we współpracy z ośrodkami polskimi (Gdańsk, Katowice, Warszawa). Znakomity lekarz klinicysta, badacz i dydaktyk. Ekspert w skali międzynarodowej w zakresie badań nad biochemicznymi i patofizjologicznymi podstawami chorób nerek, nadciśnienia tętniczego oraz cukrzycy. Pomimo przejścia na emeryturę w roku 1995 wciąż czynny jako lekarz i badacz, efektem tego są liczne publikacje, szczególnie dotyczące uszkodzenia genomu w chorobach nerek. Promotor wielu działań wspomagających rozwój nefrologii w Europie Środkowej i Wschodniej. Wielki przyjaciel Polski i Polaków, w tym także naszej *Alma Mater*, którą odwiedzał wielokrotnie.

W dniu 9 września 2009 roku zmarł po krótkiej chorobie

lek. Edmund OLSZEWSKI

absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku z 1955 r. W latach 1955–1998 asystent, następnie starszy asystent Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych, wieloletni kierownik Przychodni Przyklinicznej. Ofiarny lekarz i życzliwy, otwarty Człowiek.

W dniu 19 września 2009 roku zmarła po ciężkiej chorobie
w wieku 55 lat

Joanna ROBACZEWSKA

długoletni, sumienny, o niezwykłej energii pracownik Działu Wydawnictw i Kancelarii Głównej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Nasza Uczelnia na drogach nauki światowej

Osiągnięcia naukowe AMG były zawsze oceniane wysoko, o czym wiadczy prestiż naszych naukowców w środowisku w kraju i zagranicą, miejsca zajmowane przez Uczelnię w rankingach krajowych i najwyższa kategoria wydziałów w klasyfikacji Ministerstwa Nauki. Wszyscy pragniemy, by Uczelnia, rozpoczynając nowy rozdział swojej historii jako GUMed, utrzymała wysoki poziom naukowy i stwarzała dobre warunki rozwoju wybitnym naukowcom.

Kierując myli ku przyszłości, może na zastanawia się, czy miarą pozycji naukowej będą przede wszystkim wartości IF i wszelkiego rodzaju punktacje, czy też powróci ocena w dużej mierze oparta na określeniu umiejętności eksperckich i zdolności tworzenia „szkoły” przez mistrza, budowania historii nauki przez „wydarzenia”, a nie tylko przez liczby. Na pewno słuszą w tej ocenie wartości naukowej prestiżowe wyróżnienia towarzystw naukowych i nagrody, takie jak Prezes Rady Ministrów, Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Nagroda im. Jana Heweliusza czy Nagroda Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej, a także subsydia Fundacji (m.in. Mistrz, TEAM), albo przyznawane finansowanie w ramach programów europejskich. Cieszy fakt, że nasza Uczelnia, już pod nowym szyldem GUMed, może się poszczycić pierwszymi takimi wyróżnieniami – zespół prof. Krzysztofa Narkiewicza otrzymał znaczące dofinansowanie (ok. 3,6 mln zł) z Rady Polsko-Norweskiego Funduszu Badań Naukowych, prof. Roman Kaliszan został członkiem korespondentem Polskiej Akademii Umiejętności, a prof. Krzysztof Liberek – laureatem programu TEAM.

Dobłą okazją do przyjrzenia się biegowi wydarzeń naukowych w Uczelni jest wydanie niniejszego, inauguracyjnego numeru „Gazety AMG”. Poprosiłam niektórych profesorów, by podzielili się swoimi spostrzeżeniami, jak udaje się nam dotrzymać kroku nauce światowej.

Chciałabym zwrócić uwagę Czytelników, że poniższe wypowiedzi stanowią dowód na to, że najlepszym sposobem trafienia na czołowe nauki światowe są, obok nakładów finansowych (w co chyba nikt nie wątpi) i mądrych inwestycji, kontakty międzynarodowe. Przy tej okazji pragnę zachęcić do intensyfikacji międzynarodowej współpracy naukowej. Warto, by doktoranci i młodzi doktorzy starali się o wyjazdy do laboratoriów w prestiżowych ośrodkach, a profesorowie zapraszali do nas naukowców światowej sławy. Takie inicjatywy będziemy starali się wspierać, dofinansowując ze środków pozostających w dyspozycji naszej Uczelni.

Prof. Małgorzata Sznitowska,
prorektor ds. nauki

HPLC – wysokosprawna chromatografia cieczowa

Prof. Roman Kaliszan
Katedra Biofarmacji i Farmakodynamiki



Odkrycie chromatografii przed 106. laty na Uniwersytecie Warszawskim przez rosyjskiego profesora Michała Cwieta było jednym z odkryć najbardziej brzemiennych dla rozwoju wszelkich nauk przyrodniczych i medycznych. Nagroda Nobla dla Martina i Synge w 1953 r. spopularyzowała chromatografię, która zdominowała wszelką analitykę. Zainteresowania chromatografią na Wydziale Farmaceutycznym AMG rozpoczęły się już w latach 50. XX wieku. Techniki chromatografii planarnej przywieźli ze Szwajcarii pierwsi stypendyści Wydziału, z późniejszym profesorem Stanisławem Gillem na czele. Wkrótce też na Wydziale został skonstruowany oryginalny chromatograf gazowy pod kierunkiem profesorów Aleksandra Radeckiego



i Ryszarda Piękosia. W latach 70. XX w. pojawiły się pierwsze publikacje z Zakładów Chemii Fizycznej i Chemii Nieorganicznej w prestiżowym „Journal of Chromatography”. Kiedy w roku 1977 zaproponowałem koncepcję ilościowych zależności między strukturą chemiczną i retencją chromatograficzną, nawet nie marzyłem, że znajdzie ona niezależne miejsce w literaturze światowej pod akronimem QSRR. Pierwsze badania QSRR publikowałem we współpracy z H. Foksem, H. Lamparczykiem, A. Radeckim, K. Ośmiałowskim, J. Halkiewiczem, J. Grzybowskim i innymi pracownikami Wydziału, ale też z licznymi partnerami zagranicznymi. Zdobyta pozycja międzynarodowa zaowocowała dość niezwykłym na ówczesne czasy wydarzeniem publikacyjnym: wydawnictwo John Wiley & Sons z Nowego Jorku wydało w 1987 r. moją książkę „Quantitative Structure-Chromatographic Retention Relationships”.

Paradoksalnie, do 1987 r. na Wydziale nie było urządzenia do wysokosprawnej chromatografii cieczowej (HPLC). Pierwsze takie urządzenie przywiezłem z końcem tego roku z pobytu jako visiting professor na Rutgers University, USA. Zresztą, płacąc prywatnie za nadbagaż niebagatelną wtedy sumę 100 USD (równoważność około pięciu miesięcznych pensji). Twierdzę jednak, że to była najlepsza prywatna inwestycja, jakiej udało mi się dokonać, chociaż długo nic o niej nie mówiłem małżonce. Po 1988 r. publikacje oryginalne z gdańską afiliacją zaczęły pojawiać się regularnie w renomowanych czasopismach międzynarodowych, a co najważniejsze, podejmowane mogły być najbardziej aktualne i znaczące tematy badawcze, a nie tylko te, które determinował ograniczony dostęp do danych doświadczalnych. Aparat HPLC „z demobilu” Uniwersytetu Rutgersa służył dobrze jeszcze przez kilka lat, dopóki rektor prof. Stefan Angielski osobistą decyzją nie przydzielił zespołowi Katedry Biofarmacji nowoczesnego aparatu HPLC firmy Merck. Potem na Wydziale pojawiło się sporo dobrego sprzętu do HPLC i ukonstytuowało się kilka zespołów sprawnie posługujących się chromatografią do rozwiązywania różnorodnych problemów badawczych: analitycznych, środowiskowych, toksykologicznych, technologicznych, farmakognostycznych, biochemicznych, diagnostycznych i innych. Przepuszczalnie, słowa kluczowe „chromatografia” lub

„HPLC” należą do najczęściej występujących w publikacjach współautorstwa pracowników Wydziału Farmaceutycznego GUMed. A są to publikacje ugruntowujące solidną międzynarodową pozycję naukową naszej Uczelni.

W sytuacji, gdy chromatografia jest obecnie powszechną techniką w każdym laboratorium analitycznym, należy sięgać po sprzęt pozwalający na wykorzystanie najbardziej zaawansowanych technik chromatograficznych i rozwiązywanie najtrudniejszych problemów bioanalitycznych. Pozostaje mieć nadzieję, że zostaną w końcu uwieńczone sukcesem starania Katedry o fundusze na współczesny aparat HPLC – sprzężony z tandemowym spektrometrem masowym.

PCR (polymerase chain reaction) – reakcja łańcuchowa polimerazy

Prof. Ryszard Pawłowski
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej



Zdecydowanie największym wydarzeniem w mojej dziedzinie naukowej było wprowadzenie w grudniu 1992 roku techniki PCR w naszej pracowni genetyki sądowej. Było to możliwe dzięki stypendium Fundacji Aleksandra von Humboldta, które odbywałem w Instytucie Medycyny Sądowej w Münster (RFN) w 1991 r. Tam poznałem praktycznie tę rewolucyjną metodę (Nagroda Nobla w 1993 r.), a Fundacja po-

darowała nam drogą aparaturę do PCR. Było to pierwsze zastosowanie tej techniki w genetyce sądowej w Polsce. Opanowanie metody PCR pozwoliło na rozwinięcie szerokiej współpracy naukowej Katedry z licznymi jednostkami m.in. w AMG. Łatwiej było nam również pozyskać grant aparaturowy na zakup w 1996 r. jednego z pierwszych w Polsce sekwenatorów DNA nowej generacji. Poza praktycznym zastosowaniem w identyfikacji sprawców wielu groźnych przestępstw, aparat dawał możliwość realizacji projektów badawczych, czego dowodem były liczne publikacje naukowe realizowane we współpracy z innymi zespołami w naszej Uczelni.

Technika mikromacierzy do porównawczej hybrydacji genomowej (array CGH)

Prof. Janusz Limon
Katedra i Zakład Biologii i Genetyki



Technika mikromacierzy jest nowoczesną metodą pozwalającą na uzyskanie, w porównaniu do innych technik molekularnych, wysokiej liczby danych na temat całego genomu lub ekspresji genów na poziomie transkryptów w komórkach. Ponieważ zespół Katedry od lat prowadzi badania nad zaburzeniami struktury i funkcji genomu w komórkach nowotworowych, postanowiono wprowadzić technikę array CGH

do spektrum metod stosowanych w Katedrze. W tym celu został przeszkolony jeden pracownik (dr Agnieszka Woźniak) w Centrum Genetyki Człowieka Uniwersytetu Katolickiego w Leuven (Belgia), a niezbędny sprzęt GenePix 4000B (Firma Molecular Devices, USA) został zakupiony dzięki dotacji z programu NOVUM Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej. W roku 2009 wdrożono tę technikę i stało się możliwe wykrycie submikroskopowych zmian ilościowych w genomie komórek człowieka (rozdzielczość 10–100 kpz). Poznanie zaburzeń genomowych komórek nowo-

tworowych daje szansę na wykrycie genów odpowiedzialnych nie tylko za transformację nowotworową, ale także progresję oraz wrażliwość na określone leki antynowotworowe. Aktualnie prowadzona jest nie tylko analiza zaburzeń genomowych w komórkach nowotworowych, ale również identyfikacja mikrodelekcji w przypadkach chorych z wadami rozwojowymi, u których diagnostyka molekularna nie była dotąd możliwa. W przyszłości aparat będzie dostosowany do badań ekspresji genów.

Testy diagnostyczne w medycynie laboratoryjnej

Prof. Andrzej Szutowicz
Katedra Biochemii Klinicznej



Biochemia kliniczna jako niezależna dyscyplina wyodrębniła się z podstawowej dziedziny, jaką jest biochemia, 50 lat temu. Narastającą lawinowo liczbę odkryć w dziedzinie biochemii, immunologii, genetyki zaczęła przekładać na język codziennej praktyki klinicznej diagnostyka laboratoryjna. Jej wielokierunkowy rozwój doprowadził do wyodrębnienia potężnego działu nauk medycznych – medycyny laboratoryjnej, w skład której wchodzi kilkanaście specjalności lekarskich i nielekarskich. Akademia Medyczna w Gdańsku, dzięki wysiłkom prof. Stefana Angielskiego, jako pierwsza uczelnia w Polsce w 1964 r. utworzyła Pracownię Biochemii Klinicznej i rozpoczęła nauczanie diagnostyki laboratoryjnej. Ta dziedzina nauki i praktyki bazuje obecnie na technikach wykorzystujących przeciwciała monopolonalne i monoklonalne, które w połączeniu z markerami izotopowymi, fluorescencyjnymi i luminescencyjnymi umożliwiły precyzyjne oznaczanie ilościowe szerokiej gamy białek i peptydów, a nawet związków drobnocząsteczkowych występujących w płynach ustrojowych w stężeniach piko- i femtomolowych.

Wprowadzenie mikromacierzy genetycznych, proteomicznych i metabolomicznych umożliwiło jednoczesne oznaczanie zmian kilku do kilku tysięcy parametrów pomiarowych, co daje podstawy do stosowania paneli diagnostycznych czy też monitorujących, dostosowanych do wymagań pojedynczego pacjenta. Wprowadzenie detektora MALDI-TOF (*Matrix-assisted laser desorption/ionisation-time of flight mass spectrometry*) do spektrometrii masowej i wysokosprawnej chromatografii cieczowej umożliwiło znalezienie szeregu sekwencji peptydów, oligosacharydów, DNA i innych oligonukleotydów, których stężenia ulegają specyficznym zmianom w różnych patologiach. Powszechnie stały się badania przesiewowe noworodków z „suchej kropli krwi”.

Rozwój chemii fazy stałej i elektrod selektywnych przesuwają część badań do gabinetów lekarskich, sal szpitalnych i domów pacjentów – w powszechnym użyciu są glukometry, „testy kasetowe” do oznaczania markerów zawału serca, wirusowego zapalenia wątroby, HIV, parametrów lipidowych, narkotyków i innych trucizn, a nawet odmian grypy.

Pierwsze kontakty ze wszystkimi nowymi metodami mieliśmy zawsze w naukowych laboratoriach zagranicznych. Wyjazdy zagraniczne służyły opanowaniu nowych technik, a także analizie zebranego w Polsce materiału klinicznego.

Gdy mam odpowiedzieć na pytanie, jaki był najbardziej zauważalny wkład naszej Katedry w rozwój metod diagnostyki laboratoryjnej i biochemii klinicznej, to skłonny jestem wśród opracowywanych u nas testów przywołać czuły test kolorymetryczny na oznaczanie acetylo-koenzymu A, który od czasu opublikowania na ten temat pracy w „Analytical Biochemistry” w roku 1987 zyskał na tyle uznanie, że wielokrotnie przyjeżdżali do nas naukowcy zagraniczni zainteresowani tą metodą. W tym wiodącym światowym czasopiśmie z zakresu metodyki badań biochemicz-

nych opublikowaliśmy także szereg innych metod dotyczących oznaczania: dehydrogenazy pirogronianowej, monoaminooksydazy i kwaśnej esterazy.

Można jeszcze przypomnieć, że zaraz po upadku komunizmu, w ramach współpracy z prężną w tamtych czasach firmą Cormay, pracownicy Zakładu Analityki Klinicznej i Katedry Biochemii Klinicznej opracowali pierwsze w Polsce zestawy do badań laboratoryjnych: do oznaczania glukozy, cholesterolu i aminotransferaz. Za zestaw do oznaczania cholesterolu, opracowany przez prof. Tadeusza Badzio i wsp., firma Cormay otrzymała w 1994 r. wyróżnienie „Teraz Polska”. Jestem przekonany, że oddanie do użytku, będącego obecnie w trakcie robót wykończeniowych, Centrum Naukowo-Badawczego Medycyny Laboratoryjnej stworzy warunki do dalszego rozwoju tej gałęzi medycyny w naszej *Alma Mater*.

Terapia celowana nowotworów na podstawie genotypu

Prof. Jacek Jassem
Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii



W mojej ocenie, koncepcyjnym przełomem w onkologii jest postępująca indywidualizacja leczenia nowotworów oparta na molekularnych kryteriach. Otóż w onkologii, w miejsce tradycyjnych, empirycznych metod leczenia coraz częściej stosuje się metody indywidualnie dobrane, uwzględniające zarówno typ nowotworu, jak i cechy genotypowe pacjenta. Stało się to możliwe dzięki burzliwemu rozwojowi biologii molekularnej, w tym zwłaszcza poznaniu genomu człowieka. Obecnie wiadomo, że pod jednym rozpoznaniem, np. rak piersi czy rak płuca, kryje się szeroka gama nowotworów zasadniczo różniących się biologią i kliniką. Ich rozróżnienie przy użyciu dotychczas dostępnych instrumentów, np. czynników klinicznych czy patomorfologicznych było bardzo nieprecyzyjne. Dotyczy to zarówno przewidywania przebiegu klinicznego nowotworu i jego rokowania, jak i odpowiedzi na różne formy leczenia (zwłaszcza systemowego). Ogromna różnorodność dotyczy także genotypowych cech chorego, np. w zakresie metabolizmu leków. W efekcie ten sam lek w tym samym nowotworze wywołuje zupełnie inny efekt u osób różniących się polimorfizmem genów związanych z jego metabolizmem.

Wiedza na temat indywidualnych cech nowotworów ma kapitalne znaczenie zwłaszcza w odniesieniu do tzw. terapii ukierunkowanych molekularnie (terapii celowanych), które same w sobie stanowią nową jakość w onkologii. Praktycznych (i wdrożonych) zastosowań tej wiedzy jest wiele.

Nasza Klinika uczestniczy od kilku lat w międzynarodowych badaniach tych nowych zastosowań klinicznych biologii molekularnej. Jesteśmy obecnie nie tylko jednostką dołączającą do zespołów międzynarodowych, ale także nierzadko liderem i koordynatorem takich badań. Przykłady naszego wkładu w tej dziedzinie, to choćby opracowanie oryginalnego trygenowego profilu rokowniczego w płaskonabłonkowym raku płuca (praca opublikowana w ubiegłym roku w „Clinical Cancer Research” i nagroda GTN dla dr. Marcina Skrzypskiego), czy też opracowanie we współpracy międzynarodowej profilu genów podścieliska raka piersi, pozwalającego przewidzieć efekt chemioterapii (praca opublikowana na początku tego roku na łamach prestiżowego czasopisma „Nature Medicine”).

Za punkt przełomowy we współpracy międzynarodowej naszej Kliniki uważam nawiązanie w 1984 roku – byliśmy pod tym względem pierwszą jednostką w tej części Europy – współpracy z Europejską Organizacją do Badań nad Leczeniem Raka (EORTC), a także mój roczny pobyt naukowy w 1989 roku w

Holenderskim Instytucie Onkologii w Amsterdamie. Istotne znaczenie w rozwoju badań nad kliniką i biologią nowotworów miały również liczne wyjazdy stypendialne członków mojego zespołu do Uniwersytetu w Barcelonie, Uniwersytetu Stanu Kolorado w Denver, Centrum Freda Hutchinsona w Seattle czy Europejskiego Instytutu Onkologii w Mediolanie. Ich efektem są liczne wspólne publikacje oraz prowadzone nadal projekty badawcze.

Kultury komórek zwierzęcych i zwierzęta transgeniczne w poszukiwaniach związków farmakologicznie czynnych

Prof. Michał Woźniak
Katedra i Zakład Chemii Medycznej



Do roku 1995 projekty naukowe prowadzone w Katedrze dotyczyły syntezy związków chemicznych o przewidywanym działaniu farmakologicznym. W dobie rozwijającej się idei chemii medycznej zaistniała konieczność stworzenia warsztatu do analizy biologicznych właściwości tych związków, co doprowadziło do stworzenia pracowni kultur komórkowych, a w końcu do powiązania kierunku badań chemicznych (synteza) z badaniami biologicznymi.

W 1995 r. została podpisana wieloletnia umowa pomiędzy AMG i Uniwersytetem w Nagoi, dzięki której co najmniej raz w roku mogłem, a potem moi młodzi współpracownicy, wyjeżdżać do Japonii, gdzie poznawaliśmy metodykę prowadzenia hodowli i badań w tym modelu doświadczalnym. Pracownię kultur komórkowych mogliśmy utworzyć w roku 1999 dzięki uzyskanemu grantowi z Japan Ministry of Education, Science and Culture, wspartemu następnie grantami KBN. Pierwsza moja publikacja z użyciem kultur komórkowych powstała we współpracy z Uniwersytetem w Nagoi. Przy zbyt skromnych funduszach z grantu nieocenioną pomoc zaoferował profesor Takashi Wakabayashi, który przywiózł w roku 2001 cały kontener drobnego sprzętu do naszej pracowni kultur komórkowych. Warunkiem utrzymania i rozwoju badań z użyciem kultur komórkowych było w miarę ciągłe finansowanie, wykraczające poza niskie limity pracy statutowej. Udało się nam w ciągu 10. lat uzyskać 6 grantów ministerialnych. Obecnie prowadzimy badania przede wszystkim z użyciem unieśmiertnionych komórek pęcherzykowych wątroby RL-34, komórek hipokampa HT-22, unieśmiertnionych komórek pęcherzykowych trzustki AR-42J, komórek HL-60, komórek mięsaka okostnej 143B, komórek białaczki masytocytarnej HMC-1 oraz linii komórek trofoblastu łożyska ludzkiego JAG i BeWo. Nowy kierunek działalności badawczej Katedry, zainicjowany kilkanaście lat temu, rozwija się niezwykle pomyślnie, dowodem na to niech będzie przyjęcie w jednostce w roku 2007/2008 stypendysty Fundacji Fullbrighta, Alexa Neuwelta z University of San Diego, w Kalifornii. Był to pierwszy w Polsce przypadek skierowania przez Fundację naukowca do polskiej uczelni medycznej. Ponadto, redakcja prestiżowego „Current Pharmaceutical Analysis” zaproponowała nam w roku 2008 napisanie pracy przeglądowej.

W roku 2003 nawiązaliśmy współpracę z Instytutem Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN i Wyeth Corporation w zakresie badań nad szczyrzym modelem ludzkiej choroby stwardnienia bocznego zanikowego (ALS). Efektem tej współpracy stał się nowy model szczyra transgenicznego SOD1G93A i zainstalowanie w zwierzętarni Instytutu w Warszawie pierwszej grupy tych zwierząt w Polsce. Bazując na zebranych doświadczeniach i uzyskanej zgodzie Ministerstwa Środowiska na instalację grupy zwierząt transgenicznych w Gdańsku, w roku bieżącym rozpoczynamy hodowlę modelu szczyrzego SOD1G93A w Trójmieju.

skiej Akademickiej Zwierzętarńi Doświadczalnej. Pozwoli to na uruchomienie badania efektów biologicznych związków chemicznych ograniczających niekorzystne objawy rozwoju ALS u zwierząt.

Układ współczulny i nowe markery ryzyka sercowo-naczyniowego w nadciśnieniu tętniczym

Prof. Krzysztof Narkiewicz
Zakład Nadciśnienia Tętniczego



Za przełomowe momenty w działalności naukowej mojej jednostki można uznać: (1) nawiązanie w połowie lat dziewięćdziesiątych współpracy z grupą prof. Virenda K. Somersa z Mayo Clinics w Rochester, USA (wcześniej University of Iowa, Iowa City, USA), która zaowocowała stworzeniem nowoczesnego warsztatu badawczego w Gdańsku (m.in. wprowadzenie mikroneurografii jako unikalnej metody oceny aktywności układu współczulnego) oraz blisko 50. wspólnymi publikacjami; (2) zdobycie grantu remontowo-budowlanego KBN, który umożliwił renowację budynku przy ulicy Dębinki 7c; (3) udział w realizacji grantów unijnych Ingenious Hypercare i Hypergenes; (4) zdobycie grantów badawczych Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej „Mistrz” i „TEAM”; (5) przyznanie dofinansowania projektowi „Nowe biomarkery oceny ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych u chorych z nadciśnieniem tętniczym w Europie Północnej (Care North)” przez Radę Polsko-Norweskiego Funduszu Badań Naukowych w 2009 r.; (6) udział w pracach Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (organizacja Europejskiej Szkoły Nadciśnienia Tętniczego w Gdańsku w 2001 r.; współautorstwo europejskich zaleceń dotyczących leczenia nadciśnienia tętniczego w 2007 roku).

Sprawowana przeze mnie funkcja sekretarza Zarządu Głównego Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego w latach 2005–2009 oraz od tego roku – prezesa jest nie tylko dowodem na znaczenie naszej jednostki w świecie, ale także ugruntowuje nasze kontakty międzynarodowe, co sprzyja intensyfikacji badań naukowych na najwyższym poziomie.

Diagnostyka i terapia przewlekłej niewydolności nerek w oparciu o biochemię kliniczną

Prof. Bolesław Rutkowski
Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych



Nasza jednostka rozwija działalność naukowo-badawczą w zakresie nefrologii doświadczalnej i klinicznej, dializoterapii oraz transplantologii klinicznej. Ścisłą współpracą z Katedrą i Zakładem Biochemii daje możliwość poznania molekularnych podstaw zaburzeń funkcji nerek. I tak udało się nam udowodnić rolę nasiloną lipogenezę w powstawaniu przewlekłej niewydolności nerek. Kolejnym zagadnieniem z pogranicza nefrologii doświadczalnej i klinicznej są prace nad grupą pochodnych nukleotydów adeninowych, które doprowadziły do opisanego tych związków jako grupy nowych toksyn mocznicowych. Jest to nasze oryginalne gdańskie „znalezisko”. W oparciu o wyniki oryginalnych prac nad rolą podwójnej i potrójnej blokady układu renina-angiotensyna-aldosteron zdołaliśmy zoptymalizować leczenie nefroprotektacyjne.

Szereg prac publikowanych przez nasz zespół w ostatnich latach dokumentuje osiągnięcia w nefroprotekcji nerki przeszczepionej i rozwój idei wyprzedzającego przeszczepiania nerek. Ośrodek gdański ma oryginalne i unikalne w skali kraju i świata osiągnięcia w obydwu tych zagadnieniach.

Lekarz, obserwujący tragedię pacjenta i w jednej osobie naukowiec, operujący liczbami, ma obowiązek prowadzenia działań zapobiegawczych i epidemiologicznych. Kolejne, wiążące się z powyższymi kierunkami badań, to prace nad epidemiologią przewlekłej choroby nerek. W ramach tych badań powstały pierwsze w Polsce i pierwsze w regionie Europy Środkowej i Wschodniej opracowania epidemiologiczne PolNef i Sopkard 15 ukazujące rzeczywiste zagrożenia rozwojem chorób nerek w Polsce. Stały się one podstawą do opracowania Programu Wczesnego Wykrywania Chorób Nerek, który jest koordynowany przez nasz ośrodek.

W naszej jednostce udaje się bardzo dobrze łączyć intensywną działalność kliniczną z działalnością naukowo-badawczą, której dowodem są liczne publikacje, a także współpraca naukowa z najważniejszymi ośrodkami nefrologicznymi w Austrii, Niemczech, Szwecji, Wielkiej Brytanii, Hiszpanii czy Stanach Zjednoczonych.

Techniki nowoczesnego obrazowania fizjologii i patologii narządów

Prof. Piotr Lass
Katedra Medycyny Nuklearnej



Punkt zwrotny w szeroko pojętej radiologii stanowiło wprowadzenie nowych technik: ultrasonografii, tomografii komputerowej, jądrowego rezonansu magnetycznego, technik radioizotopowych, które diametralnie zmieniły w ostatnich 30. latach oblicze radiologii, dziś jednej z największych dyscyplin medycyny.

Takim kamieniem milowym była na przykład instalacja w roku 1983 pierwszego w Gdańsku tomografu komputerowego, w okolicznościach podobno dość anegdotycznych, gdyż brakujące 30 tys. dolarów było w ostatniej chwili „wyciągnięte” z walutowych sklepów tzw. Pewexu (było coś takiego) przez ówczesnego namiestnika stanu wojennego w Gdańsku, gen. M. Cygana.

Następnymi zwrotami były implementacje kolejnych, coraz doskonalszych technik: cyfrowej angiografii subtrakcyjnej, jądrowego rezonansu magnetycznego, burzliwy rozwój ultrasonografii, które podniosły na, bez porównania, wyższy poziom – nie tylko diagnostykę obrazową, ale umożliwiły też rozwój radiologii interwencyjnej, zwłaszcza kardiologicznej.

Początek diagnostyki radioizotopowej w UCK to rok 1969, punktami zwrotnymi były – wprowadzenie tomografii emisyjnej SPECT w roku 1995 oraz szerokie wdrożenie terapii radioizotopowej po roku 1999.

Na największe do tej pory osiągnięcia naukowe pozwoliła nam tomografia izotopowa SPECT. Dzięki tej technice prowadzone były w latach 1997–2007 intensywne badania mózgowego przepływu krwi w udarach niedokrwiennych, parkinsonizmie, otępieniach, układowych chorobach tkanki łącznej. Gdańska szkoła neurologii izotopowej do tej pory ma markę najlepszej w Polsce.

Istotny postęp będzie stanowić uruchomienie w końcu 2009 roku pracowni pozytonowej tomografii emisyjnej/TK, najdoskonalszego dziś narzędzia diagnostyki obrazowej w onkologii.

Rola UCK w unowocześnieniu działalności leczniczej w regionie Polski Północnej

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne (UCK) jest największym, wielospecjalistycznym szpitalem w województwie pomorskim i jednym z większych w Polsce. Posiada 1134 łóżka, należące do 35. klinik, kompleks sal operacyjnych, kliniczny oddział ratunkowy, stację dializ, nowoczesne zaplecze diagnostyczne oraz zespół wysokospecjalistycznych poradni przyklinicznych. Jako szpital akademicki, którego organem założycielskim jest Gdański Uniwersytet Medyczny, obok udzielania świadczeń zdrowotnych na III poziomie referencyjności, stanowi bazę dydaktyczną dla kształcenia studentów i prowadzenia badań naukowych. W strukturze UCK znajduje się 11 komórek organizacyjnych o unikatowym charakterze.

Szczególną wartością UCK jest wysoko wykwalifikowany, doświadczony i z dużym dorobkiem naukowym personel medyczny oraz najnowocześniejszy sprzęt, unikalny w skali całego regionu. Wymienić tu należy: 3 tomografy komputerowe (TK), w tym supernowoczesny 64-rzędowy tomograf z funkcjami neurologicznymi, pneumonologicznymi i kardiologicznymi, 2 aparaty rezonansu magnetycznego (MRI) oraz kilkanaście aparatów rentgenowskich i ultrasonograficznych, w tym od 2008 roku – nowoczesny aparat Philips 11 XE wyposażony w Dopplera tkankowego. Ponadto aparaty echokardiograficzne z głowicami: przezklatkową, przezprzełykową i naczyniową, nowoczesną aparaturę do diagnostyki jaskry (Heidelberg Retina Tomograf – HRT), najnowocześniejszy aparat do nieinwazyjnego badania siatkówki (Optyczna Coherentna Tomografia – OCT) oraz do cyfrowej angiografii siatkówki (FLA), jak też 6 laserów.

Szpital posiada również 3 nowoczesne angiografy. Pozwoliły one nie tylko na wprowadzenie cyfrowej angiografii subtrakcyjnej, ale przede wszystkim na utworzenie centrum zawałowego, w którym kardiologowie wykonują zabiegi koronarografii i koronaroplastyki.

Od 1969 roku następuje rozwój diagnostyki izotopowej. Punktami zwrotnymi były – wprowadzenie w roku 1995 tomografii emisyjnej SPECT oraz szerokie wdrożenie terapii radioizotopowej po roku 1999. Istotny postęp nastąpił po uruchomieniu pod koniec bieżącego roku pracowni pozytonowej tomografii emisyjnej (PET), najdoskonalszego dziś narzędzia diagnostyki obrazowej w onkologii.

UCK jest czołowym wysokospecjalistycznym ośrodkiem radioterapii w regionie, z nowoczesnym wyposażeniem, którego główną składową są 3 przyspieszacze liniowe. Szpital posiada również pełen asortyment sprzętu koniecznego do wykonywania zabiegów endoskopowych przewodu pokarmowego (gastroskopia, kolonoskopia) i dróg oddechowych (laryngoskopia, bronchoskopia, torakoskopia) oraz chirurgicznych procedur małoinwazyjnych.

W UCK wdraża się najnowsze metody diagnostyczno-terapeutyczne i techniki operacyjne. Następnie są one rozpowszechniane w regionie, a często w całym kraju. Istotną w tym rolę odgrywają liczni konsultanci krajowi i wojewódzcy zatrudnieni w UCK.

Udział UCK w systemie ratownictwa medycznego

Pomimo wysokospecjalistycznego charakteru UCK, szpital nasz zawsze brał udział w ostrych dyżurach na rzecz aglomeracji trójmiejskiej, a od 2004 roku wszedł do zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego. Utworzenie nowoczesnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego (KOR) w znaczny sposób



usprawniło zabezpieczenie medyczne aglomeracji trójmiejskiej. KOR ściśle współpracuje ze wszystkimi klinikami, jednak w sposób szczególny z Kliniką Chirurgii Urazowej, Centrum Zawałowym i Centrum Udarowym w Klinice Neurologii.

Kliniki UCK brały znaczący udział w postępowaniu ratowniczym przy dużych katastrofach w naszym regionie (wypadek autobusu pod Kokoszkami, pożar hali Stoczni Gdańskiej, zawałenie się wieżowca po wybuchu gazu). Od wielu lat UCK stanowi istotne ogniwo Wojewódzkiego Planu Zabezpieczenia Katastrof, m.in. zabezpiecza wizyty zagranicznych i krajowych VIP-ów. Klinika Chirurgii Urazowej została w 1999 r. uznana przez Ministerstwo Zdrowia za wiodący ośrodek leczenia ciężkich i mnogich obrażeń ciała w skali województwa i kraju.

Mając na uwadze dotychczasowe osiągnięcia w traumatologii oraz budowę Centrum Medycyny Inwazyjnej z KOR i lądowiskiem dla helikopterów, uważamy, że UCK jest właściwym i jedynym miejscem, w którym zgodnie z ustawą z dnia 17 lipca 2009 roku o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zlokalizowane powinno być centrum urazowe.

Priorytety ochrony zdrowia i program „Zdrowie dla Pomorzan”

Program ten będący wspólną inicjatywą Urzędu Marszałkowskiego i Akademii Medycznej w Gdańsku zaowocował opracowaniem priorytetów w ochronie zdrowia w odniesieniu do społeczeństwa województwa pomorskiego. Praca większości grup roboczych kierowana jest przez profesorów Uczelni zatrudnionych jednocześnie w UCK, a kliniki UCK są ważnym elementem zabezpieczenia zdrowotnego województwa. Program „Zdrowie dla Pomorzan” jest zbieżny z projektem rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych. Należą do nich m.in. ograniczenie umieralności z powodu cho-

rób układu krążenia, udarów mózgowych, chorób nowotworowych, urazów powstałych w wyniku wypadków.

W październiku 2002 roku uruchomiono Centrum Zawałowe, które wraz z wcześniej działającą już Pracownią Kardiologii Inwazyjnej prowadzi 24-godzinne dyżury leczenia interwencyjnego zawałów serca dla całego województwa pomorskiego. Tu wykonuje się rocznie średnio 2500 interwencji inwazyjnych w ostrych zespołach wieńcowych. Powstanie Centrum Zawałowego umożliwiło zmianę standardu leczenia zawałów serca i niestabilnej choroby wieńcowej, a ponadto pozwoliło na wyszkolenie kadr, których wiedza i umiejętności pozwalają na tworzenie kolejnych tego typu jednostek w regionie.

Od 2004 roku w Pracowni Kardiologii Inwazyjnej I Katedry i Kliniki Kardiologii wykonuje się, poza standardowymi zabiegami przezskórnej angioplastyki naczyń wieńcowych z implantacją stentów, również zabiegi przezskórnej walwuloplastyki zastawki mitralnej oraz plastyki tętnic szyjnych.

Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca została w 2004 roku przeniesiona z ulicy Kieturakisa do głównego kompleksu budynków przy ulicy Dębinki. Obecnie udało się wznowić wyspecjalistyczne procedury ablacji migotania przedsionków metodą CARTO umożliwiającą tworzenie elektroanatomicznej mapy serca. Nowością jest zastosowanie systemu CARTO-Merge, który tę bardzo użyteczną ale wirtualną mapę pozwala zintegrować z obrazem anatomicznym uzyskanym z wielorządowej tomografii komputerowej. Jest to unikalne w naszym regionie wyposażenie. Klinika należy do ośrodków wszczepiających najwięcej w Polsce kardiowerterów-defibrylatorów. Ważnym wydarzeniem było wszczepienie pierwszego na Pomorzu kardiowertera-defibrylatora z funkcją home monitoring. Funkcja ta wykorzystująca sieć GSM umożliwia przekazywanie na odległość informacji o pracy wszczepionego ICD bez konieczności wizyty chorego w poradni. Ponadto ośrodek, jako jedyny w województwie, specjalizuje się w leczeniu powikłań elektrostymulacji, w tym szczególnie w usuwaniu stymulatorów serca i kardiowerterów-defibrylatorów, co jest szczególnie trudne i niebezpieczne u chorych z mocno wrosniętymi we wierzdzie elektrodami wszczepionymi przed wielu laty. Klinika włączyła się w Narodowy Program nowoczesnego leczenia nadciśnienia płucnego, tworząc we współpracy z Kliniką Pulmonologii pierwszy w województwie ośrodek tego typu.

Chirurgiczne leczenie chorób serca i naczyń prowadzone jest w UCK w jednym z największych polskich ośrodków – Klinice Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej, która wywiera znaczący wpływ na rozwój współczesnych technik kardiologicznych w Polsce i Europie. W 1996 roku otwarto nowy blok operacyjny Kliniki oraz 10-tóżkowy oddział pooperacyjny, pozwoliło to na zwiększenie ilości wykonywanych operacji o blisko 300%. Obecnie przeprowadza się w Klinice 1500 operacji kardiologicznych rocznie. W 1997 roku rozpoczęto wykonywanie małoinwazyjnych zabiegów rewaskularyzacji mięśnia sercowego – z małego dostępu oraz bez użycia krążenia pozaustrojowego; stosuje się najnowocześniejsze techniki zabiegów naprawczych zastawek serca oraz chirurgii aorty. Aktualnie Klinika Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej zaspokaja w pełnym zakresie (w ramach przyznanych limitów świadczeń) potrzeby chorych mieszkańców Polski Północnej na leczenie chirurgiczne chorób układu sercowo-naczyniowego.

Klinika Neurologii Dorosłych UCK przyczyniła się w decydujący sposób do poprawy rokowania u chorych po udarach mózgu. Dzięki realizacji programu „Zdrowie dla Pomorza” oraz przy wsparciu finansowym projektu POLKARD została zmodernizowana i wyposażona w nowoczesny sprzęt do monitoringu pacjentów z udarem mózgu, a asystenci przeszkoleni w wiodących ośrodkach udarowych w kraju i w Europie Zachodniej. Powstało w niej Centrum Udaru Mózgu, w którym prowadzi się nowoczesne leczenie pacjentów z udarem mózgu oraz

szkoleni są lekarze z 11. oddziałów udarowych naszego województwa. Działalność ta zdobyła uznanie w skali kraju i obecnie Klinika Neurologii Dorosłych jest trzecim ośrodkiem referencyjnym w Polsce. Jako jedyne województwo w Polsce możemy poszczycić się kompleksowym rozwiązaniem problemu odpowiedniego diagnozowania i leczenia pacjentów w ostrym okresie udaru mózgu.

W zwalczaniu chorób nowotworowych decydujące znaczenie ma eliminowanie czynników ryzyka, np. narażenia na dym tytoniowy. W programie „Zdrowie dla Pomorza” zasady profilaktyki, wczesnego wykrywania i skutecznej terapii zostały opracowane przez grupę onkologiczną, kierowaną przez prof. Jacka Jassemę. Współpraca szeregu klinik UCK stanowi zasadniczy filar tego programu.

Klinika Onkologii i Radioterapii UCK jest jednym z pięciu krajowych ośrodków referencyjnych w dziedzinie radioterapii. Klinika od 1999 roku jest wyposażona w najnowszą linię terapeutyczną do przygotowania i realizacji leczenia napromienianiem chorych na nowotwory złośliwe. Na linię tę składa się komputerowy system planowania leczenia z trójwymiarowym obrazowaniem, symulator, wysokoenergetyczny przyspieszacz liniowy oraz komputerowy system zbierania i weryfikacji danych. Nowy przyspieszacz liniowy pozwolił realizować bardziej skomplikowane techniki leczenia, wcześniej niedostępne w Gdańsku, a także skrócić czas oczekiwania na leczenie i poprawił jego jakość.

W 2005 roku Klinika Onkologii i Radioterapii rozpoczęła realizację innowacyjnej techniki radioterapii z użyciem modulacji intensywności dawki promieniowania (3D-IMRT). Metoda ta polega na stosowaniu zmiennej mocy dawki i zmiennego w sposób ciągły obszaru napromieniania w trakcie seansu terapeutycznego. Najnowszym, tegorocznym osiągnięciem jest rozpoczęcie realizacji radioterapii stereotaktycznej, która zapewnia bardzo precyzyjne użycie małych pól terapeutycznych. Klinika stosuje tę technikę leczenia jako jedyna w województwie pomorskim.

W marcu 2005 roku w Klinice Onkologii i Radioterapii powołano Pracownię Wirtualnej Symulacji i Diagnostyki Tomokomputerowej, która została wyposażona w 20-rzędowy tomograf komputerowy o szerokim polu obrazowania – SOMATOM Sensation Open, w 2009 roku rozbudowany do wersji 40-rzędowej. Tomograf komputerowy jest częścią zintegrowanego systemu wirtualnej symulacji firmy Siemens. Oprócz tomografii komputerowej system ten obejmuje COHERENCE Dosimetrist – wyspecjalizowaną stację symulacji wirtualnej i LAP CT3 – automatyzowany system pozycjonerów laserowych. Ta nowa bardzo nowoczesna aparatura umożliwiła znaczne zmniejszenie dawki promieniowania jonizującego, które podczas badania i leczenia otrzymuje chory.

Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej ma od 2003 roku najwyższy wskaźnik resekcyjności raka płuc w Polsce (17–20%), zajmując się również diagnostyką i leczeniem innych schorzeń klatki piersiowej. W 2001 roku wprowadzono do diagnostyki i leczenia metody małoinwazyjne: operację Nussa w deformacjach klatki piersiowej, stenty dotchawicze i odoskrzelowe w leczeniu niedrożności dróg oddechowych, oznaczanie węzła wartowniczego, chirurgiczne leczenie skrajnej niewydolności oddechowej w przebiegu POChP, wreszcie w 2007 roku – widołobektomię. Klinika prowadzi aktywną działalność profilaktyczną, wdrażając od 2008 roku Pomorski Pilotażowy Program Badań Wczesnego Wykrywania Raka Płuca dla mieszkańców województwa pomorskiego; sprawuje też merytoryczną opiekę nad Oddziałem Chirurgii Klatki Piersiowej Szpitala Specjalistycznego w Prabutach.

Jedynym ośrodkiem onkologii dziecięcej w Polsce Północnej jest Klinika Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Endokrynologii, kierowana przez prof. Annę Balcerską.

W roku 1992 Klinika została przyjęta w poczet Polskiej Grupy ds. Leczenia Białaczek, Chłoniaków i Guzów Łitych skupiającej wiodące ośrodki w skali kraju, co wiąże się z prowadzeniem chorych z całego regionu zgodnie z aktualnie obowiązującymi programami diagnostyczno-terapeutycznymi SIOP. Świadczenia zdrowotne na III stopniu referencyjności udzielane są w oddziałach stacjonarnych, oddziale dziennym, jak również w ambulatorium.

Otrzymanie w 2005 roku od fundacji „Porozumienie bez Barier” budynku nr 12, w którym znalazły lokalizację oddziały onkologii dziecięcej i hematologii, umożliwiło objęcie opieką od 2007 roku wszystkich pacjentów w wieku od 1–18 r. ż. z całego województwa pomorskiego z rozpoznaniem choroby nowotworowej, szkodliwych, przewlekłych niedokrwistości i innych schorzeń. Klinika Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Endokrynologii stanowi również ośrodek leczenia zaburzeń endokrynologicznych, a w szczególności niedoczynności tarczycy, przedwczesnego dojrzewania płciowego, niskorostkości u dzieci nie tylko z województwa pomorskiego, ale również warmińsko-mazurskiego. Utworzony w 2006 roku 15-lóżkowy Oddział Diabetologii Dziecięcej zapewnia diagnostykę i terapię dzieciom z cukrzycą (wzrost zachorowań o 400%) i zaburzeniami gospodarki lipidowej. Stworzenie pełnego zespołu diabetologicznego (lekarze diabetolodzy, pielęgniarki edukacyjne, dietetycy, psycholog) gwarantuje leczenie dzieci na najwyższym poziomie, w tym terapię pompową z zastosowaniem analogów insuliny.

Powołana do życia w 1992 roku Klinika Hematologii, kierowana przez prof. Andrzeja Hellmanna, przekształcona następnie w Klinikę Hematologii i Transplantologii, prowadzi nie tylko chemioterapię nowotworów układu krwiotwórczego i chłoniaków, ale również powstał tu jeden z czterech aktywnych ośrodków przeszczepiania szpiku w Polsce, jedyny w Polsce Północnej. W 1994 r. wykonano tu pierwszy allogeniczny przeszczep szpiku, a w 1996 r. wprowadzono przeszczepianie autologiczne w terapii schorzeń limfoproliferacyjnych. W 2001 r. wykonano pierwszy przeszczep szpiku od dawcy niespokrewnionego. Do chwili obecnej wykonano 659 przeszczepień, w tym 273 allogenicznych (52 od dawców niespokrewnionych) i 386 autologicznych.

Uruchomienie pracowni immunologicznej i molekularnej pozwoliło na zastosowanie nowoczesnych metod terapii celowanej

(inhibitory kinazy tyrozynowej) w przewlekłej białaczce szpikowej oraz przeciwciał monoklonalnych w schorzeniach limfoproliferacyjnych.

Te osiągnięcia Kliniki Hematologii i Transplantologii pozwalają uznać ośrodek za samowystarczalny, służący pomocą nie tylko społeczności Pomorza, ale również województwom ościennym: warmińsko-mazurskiemu i kujawsko-pomorskiemu oraz wybranym pacjentom z całej Polski.

Działalność transplantacyjna UCK

Gdański ośrodek transplantacyjny jako jedyny w regionie od blisko trzydziestu lat dokonuje przeszczepiania nerek. W działalności tej zaangażowane są liczne jednostki UCK, w sposób szczególnie Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Endokrynologicznej oraz Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych. W sierpniu bieżącego roku dokonano tu tysięcznego przeszczepienia nerki. Aktywnie działa Regionalny Ośrodek Kwalifikacji Biorców, a za pośrednictwem Poradni Chorób Nerek prowadzi się monitorowanie i leczenie pacjentów po przeszczepieniu nerki. Tą unikalną w regionie działalnością objętych jest obecnie 780 pacjentów.

W Klinice Kardiochirurgii od 2007 roku wykonuje się przeszczepy serca. W ten sposób ośrodek gdański, zajmujący się poprzednio mechanicznym wspomaganiami krążenia, stał się jednym z czterech w kraju wykonujących transplantację serca.

W Klinice Chorób Oczu rozwinięto z powodzeniem przeszczepianie rogówki. Wykonuje się tu około 80–100 przeszczepów rogówki rocznie. Należy również nadmienić, że zespół chirurgów transplantologów przygotowany jest do przeszczepu wątroby.

Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych jest jedynym ośrodkiem w regionie zajmującym się kompleksowo nefrologią kliniczną, dializoterapią oraz transplantologią kliniczną. Działająca w ramach Kliniki Poradnia Chorób Nerek jest jedyną tego typu placówką, w której codziennie przyjmuje pacjentów 3–4 lekarzy nefrologów. W wielu małych, lokalnych poradniach w regionie przyjmują także lekarze pracujący na stałe w ośrodku akademickim. Ośrodek nasz jako jedyny w województwie wykonuje biopsje nerki.

W zakresie dializoterapii ośrodek akademicki pełni funkcję

koordynacyjną dzięki aktywności lekarzy akademickich jako konsultantów w stacjach dializ, które mieszczą się w takich ośrodkach, jak: Gdańsk-Zaspa, Gdańsk-Marynarka Wojenna, Gdańsk Diaverum, Sopot, Lębork, Kościerzyna, Wejherowo, Miastko. Większość pacjentów dializowanych z poważnymi powikłaniami klinicznymi jest hospitalizowana w ośrodku akademickim, dotyczy to zarówno pacjentów hemodializowanych, jak też chorych leczonych dializą otrzewnową. Niezwykle ważnym elementem działalności jest edukacja pacjentów w okresie przeddializacyjnym w ramach Programu Edukacji Pacjentów z Przewlekłą Chorobą Nerek. Realizują go lekarze, jak też pielęgniarki zatrudnione w Klinice i Poradni Przyklinicznej. Pozwała to m. in. na świadomy wybór metody leczenia nerko-



zastępczego przez pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek.

Kilka uwag na zakończenie

Z pewnością o wielu jednostkach, które dzięki doskonałemu wyposażeniu oraz doświadczeniu i umiejętnościom wysoko wykwalifikowanego personelu oferują unikalne w skali regionalnej i ponadregionalnej usługi diagnostyczno-terapeutyczne należałoby tu jeszcze wspomnieć. Wymienię kilka.

Klinika Endokrynologii i Chorób Wewnętrznych jest jedyną placówką zajmującą się pełną diagnostyką i leczeniem chorób układu dokrewnego.

Klinika Gastroenterologii i Hepatologii była jednym z pierwszych w Polsce ośrodków wykonujących endoskopową cholangiopankreatografię wsteczną i zabiegi protezowania dróg żółciowych. Obecnie jest jedynym ośrodkiem w Polsce Północnej, wykonującym zabiegi drenażu endoskopowego ograniczonej martwicy trzustki.

Klinika Chorób Nerek i Nadciśnienia Dzieci i Młodzieży jest jedynym ośrodkiem nefrologii dziecięcej w województwie pomorskim, przyjmującym pacjentów od Elbląga po Koszalin. Udziela świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia chorób nerek i dróg moczowych, prowadzi hemodializę i dializę otrzewnową oraz diagnostykę i leczenie nadciśnienia tętniczego.

Klinika Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca jest jedyną tego rodzaju placówką w Polsce Północnej i jedną z 8. referencyjnych w kraju wykonującą najbardziej skomplikowane zabiegi z zakresu kardiologii interwencyjnej u dzieci.

Klinika Neurologii Rozwojowej jest jedynym ośrodkiem w województwie pomorskim hospitalizującym dzieci z chorobami układu nerwowego od 3. miesiąca życia do 18. r.ż. Znaczną grupę hospitalizowanych pacjentów stanowią dzieci z różnymi incydentami napadowymi (omdlenia kardiogenne, napady afektywnego bezdechu, zaburzenia snu o charakterze lęków nocnych, narkolepsje, ruchy mimowolne, napady rzekomo padaczkowe psychogenne) wymagającymi różnicowania z napadami padaczkowymi.

Klinika Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani jest ważnym ośrodkiem referencyjnym w leczeniu nowotworów krtani i gardzieli.

Klinika Neurochirurgii jest jedynym pełno profilowym ośrodkiem w województwie pomorskim w swojej dziedzinie. Wprowadza nowe techniki operacyjne i następnie szkoli w nich lekarzy z innych oddziałów.

Pomimo dużych trudności organizacyjnych, jakie przeżywają obecnie kliniki zlokalizowane w Szpitalu Klinicznym, są one ważnymi ośrodkami konsultacyjnymi w zakresie ginekologii, onkologii ginekologicznej, położnictwa, neonatologii i urologii. Klinika Urologii wprowadziła niedawno nową technikę zamykania naczyń przy pomocy aparatu typu „Ligasure”, rozwija we współpracy z Kliniką Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej termoablację guzów nerek oraz unikalne w skali kraju operacje rekonstrukcyjne cewki moczowej.

Z tego krótkiego przeglądu dokonań i potencjału Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego wynika w sposób oczywisty, że szpital ten jest liderem w regionie Polski Północnej, stanowi niezmiernie ważne ogniwo w systemie opieki zdrowotnej. Odpowiadając na potrzeby zdrowotne społeczeństwa Pomorza, organizowana jest obecnie Klinika Chorób Tkanki Łącznej, w przyszłości planowane jest powołanie Kliniki Geriatrii.

Długotrwałe zadłużenie szpitala w znaczny sposób utrudnia jego pracę. Jestem jednak przekonany, że z pomocą władz centralnych i samorządowych, dzięki wysiłkowi wszystkich pracowników i zarządu szpitala oraz władz Uczelni, po oddaniu do użytku Centrum Medycyny Inwazyjnej i rewitalizacji starej części obiektu, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne stanie się nowoczesnym, na miarę XXI wieku, szpitalem, dobrze służącym społeczeństwu województwa pomorskiego i całego regionu.

Prof. Zbigniew Zdrojewski,
prorektor ds. klinicznych GUMed

Krzysztof Sworczak

W Lipinkach

Cisza się skrada
na palcach w ogrodzie
Jakby się promyk
przezsrebrzył po wodzie
liście umilkły
na zamarłych drzewach
i nikt nie woła
nie kocha
nie śpiewa
Cisza jest moja
choć trudna i ciężka
Cisza jest we mnie
Ona zwycięża



Sen

Sen tchnieniem
Twej twarzy
z boku
na bok
Nic
tylko Twoje oczy
oczy ciężko śnić
włosy pachną gorzko
żał za Szczaćciem
utraconym
z niczyjej winy

Rozterka

Biały anioł
musnął moją twarz
poczułem lekkie
tchnienie warg
ale nie wzruszyłem się
jak wtedy
To już minęło
jak wszystko
ból był ogromnie
nieznośny
podniosłem oczy
oddam się Diabłu
pomyślałem

Refleksja nad wileńską tradycją naszej Alma Mater

Inauguracja roku akademickiego 2009/2010 w naszej Uczelni, pierwszego pod nową nazwą Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, skłania do refleksji nad jej wileńską tradycją. Odeszli już na zawsze profesorowie Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, którzy wznosili zaraz po wojnie zręb Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Płynący nieubłaganie czas spowodował, że wśród zawodowo czynnych nie ma już tych, którzy bądź byli absolwentami USB, bądź osobiście zetknęli się z tradycją USB w inny sposób. Obecnie w gronie czynnych profesorów GUMed można jedynie spotkać osoby jeszcze urodzone na wschodnich rubieżach Rzeczypospolitej w latach II wojny światowej.

Aby nawiązać do tej tradycji prezentujemy Czytelnikom „Gazety AMG” rozmowę z profesorem Olgierdem Narkiewiczem, który jest dziś jednym z najstarszych spośród żyjących profesorów, wywodzących się z kresów wschodnich dawnej Rzeczypospolitej. Studia lekarskie ukończył już w powojennej Polsce, a w Gdańsku stał się bliskim współpracownikiem wybitnego wileńskiego anatoma, profesora Michała Reichera.

Prof. Wiesław Makarewicz

Rozmowa z prof. Olgierdem Narkiewiczem

Jakie koleje losu zaprowadziły Cię z ziemi wileńskiej do Gdańska?

Koleje te były dość złożone. Urodziłem się w 1925 r.; ojciec był lekarzem, pracował w Wilnie jako naczelny lekarz miasta. Ze środowiskiem ludzi związanych z USB stykałem się dość blisko. W Wilnie przed wojną i podczas okupacji przyjaźniłem się z Jasiem Hillerem, synem prof. Stanisława Hillera, który zginął w roku 1944 w akcji AK „Ostra Brama”. W szkole przez wiele lat siedziałem z Jasiem w jednej ławce i byłem częstym gościem w domu pp. Hillerów.

Z prof. Hillerem los zetknął mnie jeszcze podczas okupacji na tajnych kompletach, na których profesor występował w roli nauczyciela. Jako młody człowiek korzystałem także z okulistycznych porad lekarskich, naówczas młodego docenta Ignacego Abramowicza.

Po wybuchu wojny w 1939 r. i zajęciu Wilna przez Armię Czerwoną, sowieci aresztowali i wywieźli ojca, który niebawem zmarł w więzieniu w Niżnym Nowgorodzie. Po wybuchu wojny niemiecko-radzieckiej w 1941 r., już podczas okupacji niemieckiej, w naszym domu ukrywała się młoda Żydówka, Rachela Margolis, córka kolegi ojca, także lekarza. Po pewnym czasie sytuacja stała się bardzo niebezpieczna i wraz z matką wyjechalśmy do rodzinnego majątku Szotłpiany na Żmudzi, niedaleko Kłajpedy. Rachela nie zdecydowała się z nami wyjechać, poszła do lasu, do partyzantki. Udało jej się przeżyć i spotkałem ją w Wilnie już po wojnie.

W roku 1944 Wilno, po wkroczeniu oddziałów AK, które zaraz potem zostały rozbrojone i internowane przez Armię Czerwoną, było miejscem bardzo niebezpiecznym dla młodych mężczyzn. Aby uniknąć wywózki, ukrywałem się, w czym pomogli mi bardzo koledzy ojca, psychiatry, zaopatrując mnie w „lewe” papiery stwierdzające, że cierpię na otępienie epileptyczne!



Olgierd z ojcem

W maju 1945 r. razem z bratem i matką udało nam się repatriować do Polski 12. z kolei transportem. Początkowo zamieszkaliśmy z Łodzi, gdzie na podstawie posiadanych zaświadczeń z tajnego nauczania miałem możliwość urzędowego potwierdzenia matury. Zastanawiając się, jakie wybrać studia, pojechałem m.in. do Lublina, gdzie mieszkał mój wuj. Tam zostałem przez ówczesnego dziekana prof. Tadeusza Kielanowskiego przyjęty na studia medyczne w Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej. Po zaliczeniu pierwszego roku, ze względów rodzinnych, przeniostałem się w roku akademickim 1946/1947 na II rok Wydziału Lekarskiego do Akademii Lekarskiej w Gdańsku, którą ukończyłem w 1951 r.

W Gdańsku zostałeś bliskim współpracownikiem prof. Michała Reichera. Jaki to miało wpływ na Twoją zawodową i naukową karierę?

Zaraz po egzaminie z anatomii prawidłowej prof. Michał Reicher zaproponował mi zatrudnienie w Zakładzie Anatomii. Jak



Od lewej profesorowie: O. Narkiewicz, M. Reicher, W. Łasiński



Profesorowie M. Reicher i O. Narkiewicz

się okazało, w tym Zakładzie przepracowałem 49 lat aż do emerytury! Prof. Michał Reicher był niezwykle człowiekiem łączącym w sobie olbrzymią życzliwość i otwartość wobec innych, ogromną pracowitość, wspaniałe poczucie humoru i swoisty wdzięk. Cechowała go też rzadka umiejętność doskonałego równoważenia dwóch pasji – prowadzenia badań naukowych i nauczania. Warto również podkreślić, że jakkolwiek sam uprawiał raczej klasyczną anatomię opartą na badaniach antropologicznych i prymatologicznych, to rozumiał potrzebę i, co więcej, gorąco wspierał nowatorskie kierunki badań, jak na przykład moje zainteresowania neurobiologiczne.

Patrząc dziś wstecz na moje życie, mogę powiedzieć, że zawdzięczam mu właściwie wszystko. Dzięki niemu obroniłem doktorat niemal zaraz po ukończeniu studiów, jego skutecznej interwencji zawdzięczam, że w tych ponurych latach 50. nie wcielono mnie do wojska. Kiedy otrzymałem w latach 1961–1962 stypendium Rockefellera na wyjazd naukowy do USA, jego interwencja przekonała miejscowe władze partyjne, aby nie blokowały moich planów. Do końca doświadczałem jego

wsparcia i życzliwości. Stał się dla mnie na całe życie wzorcem postępowania.

Czy dzi odczuwasz jeszcze tęsknotę za tamtymi czasami, miejscami i ludźmi? Czy chętnie tam wracasz? Jakże temu towarzyszą emocje?

Chyba wszyscy tęsknimy do dawnych lat, bo przecież młodość to najpiękniejszy okres naszego życia. Chociaż tak naprawdę, dla nas wilnian, te lata wojny i najpierw sowieckiej, a potem hitlerowskiej okupacji to były lata straszne.

Z wielką przyjemnością i sentymentem odwiedzam teraz te strony, byłem już tam 4 razy! Kontakty ułatwia mi to, że biegle mówię po litewsku. Wiem, że niektórzy inni kresowiaci boją się tam pojechać, wolą nie odświeżać dawnych wspomnień. Mój rodzinny majątek na Żmudzi całkowicie zniknął z powierzchni ziemi. Pozostały jedynie rodzinne groby na dawnym cmentarzu z połowy XIX w. Doszukałem się jednej osoby, która coś o mnie słyszała. Podczas spotkania zapytała ze zdziwieniem – „to pan jeszcze żyje”?

Czas płynie nieubłaganie i ubywa tych, którzy mogli dzielić się osobistymi przeżyciami i doświadczeniami z tych dawnych wschodnich kresów Rzeczypospolitej. Czy Uczelnia dba o utrwalanie i przekazywanie tej tradycji następnym pokoleniom?

Mimo że gdańska uczelnia ma już 64 lata, wydaje się, że ta tradycja jest wciąż żywa i widoczna. Profesorowie wywodzący się z USB, którzy przybyli do Gdańska w latach 1945–1946, byli ludźmi wielkiego formatu, niezwykle. Niewątpliwie to spowodowało, że organizująca się w Gdańsku Akademia Lekarska od początku reprezentowała bardzo wysoki akademicki poziom. Do grupy tej należeli profesorowie: Ignacy Abramowicz, Stanisław Hiller, Kornel Michejda, Włodzimierz Mozołowski, Tadeusz Pawlas, Michał Reicher. Warto o tym pamiętać i dbać o kultywowanie tej tradycji. Z zadowoleniem stwierdzam, że tak się dzieje i oby tak pozostało! To się nawet rzuca w oczy wszystkim, którzy odwiedzają gabinet rektora! Zobaczą tam wiele akcentów związanych z wileńską tradycją.

Rozmawiał prof. Wiesław Makarewicz



Pamiątki z USB eksponowane w gabinecie rektora będące darem dr med. Anny Danuty Dybickiej z d. Hiller i prof. Jerzego Dybickiego dla Akademii Medycznej w Gdańsku, 2008 r.



Gdański Uniwersytet Medyczny w przyszłości

Precyzyjna odpowiedź na pytanie – „jaka będzie przyszłość?” jest ryzykowna dla podejmujących się udzielenia na nie odpowiedzi. Aby jednak nieco przybliżyć wizję przyszłości pragnąłbym, szczególnie przy dzisiejszej okazji, przedstawić nasze wyobrażenia, jaką uczelnią chcielibyśmy być, jak próbujemy to osiągnąć i jakie działania podejmujemy już teraz, zmieniając rzeczywistość Uczelni? Postaram się również poświęcić kilka słów rozważaniu, czy dokonująca się zmiana nazwy powinna pozostać jedynie usankcjonowaniem formalnych wymogów prawnych, czy może być czymś więcej dla przyszłości Uczelni. Na początek jednak krótko zarysujmy dzień dzisiejszy.

Gdzie jesteśmy dzisiaj?

Nasza Uczelnia zalicza się do mniejszych uczelni medycznych w Polsce, zarówno pod względem ogólnej liczby studentów (7% studentów wszystkich uczelni medycznych w Polsce), jak i wielkości przychodów oraz zatrudnienia. Obecnie GUMed oferuje kształcenie na wszystkich medycznych kierunkach, dla których prowadzi się studia wyższe. W porównaniu do innych uczelni Gdański Uniwersytet Medyczny charakteryzuje się wysokim, 58% udziałem studentów na kierunkach tradycyjnych (lekarski, lekarsko-dentystyczny i farmaceutyczny), przy średniej krajowej 48%. Mamy także jeden z najwyższych w kraju udział studentów jednolitych studiów stacjonarnych, a zarazem najmniejszy udział studentów stacjonarnych na 3-letnich kierunkach zawodowych. Jest to rezultatem mniej intensywnego ilościowego rozwoju nowych kierunków kształcenia w zawodach medycznych, nauczanych na poziomie wyższym po reformie szkolnictwa średniego i policealnego dokonanej w 1999 roku.

O wysokiej jakości kształcenia w naszej Uczelni świadczą bardzo dobre wyniki, jakie uzyskują nasi absolwenci kierunku lekarskiego (LEP) i lekarsko-dentystycznego (L-DEP) w wymaganych prawem egzaminach państwowych. W ostatnich latach kończący Gdański Uniwersytet Medyczny mają najlepsze wyniki LEP spośród wszystkich uczelni medycznych w Polsce. Także wyniki z L-DEP plasują nas w gronie najlepszych uczelni. Zestawiając te wskaźniki, można stwierdzić, że w latach 2006–2008 osiągnięte wyniki przez absolwentów GUMed w egzaminach na kierunkach medycznych były najlepsze wśród wszystkich uczelni medycznych w kraju.

Jednym z najistotniejszych czynników wpływających na wysoką jakość kształcenia jest poziom zatrudnianej kadry nauczycielskiej, jej wiedza, umiejętności, zaangażowanie. Miernikiem tych czynników jest m. in. liczba i jakość publikacji naukowych pracowników GUMed, która jest jedną z najwyższych w Polsce. Na tę ocenę składają się nie tylko wskaźniki ilościowe, międzynarodowy wskaźnik oddziaływania, ale i pozycja w rankingu cytowań i wysoka ocena jednostek Uczelni przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Wysokiej jakości kształcenia niewątpliwie sprzyja niska liczba studentów przypadających na jednego pracownika naukowo-dydaktycznego, która jest jedną z najniższych w kraju.

Wiemy jednak, że powinniśmy stawać się coraz lepsi, bowiem otoczenie zarówno krajowe, jak i zagraniczne jest coraz bardziej konkurencyjne. Musimy więc wybierać najsukcesywniejsze i najszybsze drogi rozwoju po to, by możliwie najefektywniej wypełnić swoją misję.

Jaki cel chcemy osiągnąć?

Prace nad strategią rozwoju Uczelni, rozpoczęte w ubiegłym roku akademickim, określiły wizję Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w 2015 roku jako wiodącej pod względem jakości



uczelni medycznej w Polsce. Skuteczna realizacja tej wizji oznaczałaby, że GUMed uznawany będzie w powszechnej ocenie za najlepszą uczelnię medyczną w Polsce w wymiarze dydaktycznym, naukowym i klinicznym, wyznaczającą standardy w dziedzinie nauk medycznych i farmaceutycznych, szeroko współpracującą z przemysłem oraz wdrażającą innowacyjne rozwiązania w praktyce medycznej.

Tak zdefiniowana wizja stawia na pierwszym planie aspekt jakościowy. Gdański Uniwersytet Medyczny zamierza bowiem skutecznie konkurować z innymi uczelniami pod względem jakości prowadzonej działalności dydaktycznej, naukowej i klinicznej. Konsekwencją takiej strategii jest skupienie uwagi i koncentracja wysiłków na dotychczas prowadzonych kierunkach kształcenia i działalności naukowej. Zaprezentowana wizja jest niewątpliwie bardzo ambitna, a jej urzeczywistnienie będzie wymagało wielkiego wysiłku i zaangażowania ze strony wszystkich pracowników naszej Uczelni.

Dokument strategiczny odnoszący się do powyższej wizji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w ubiegłym roku akademickim zaprezentowano naszej społeczności, poddano publicznej dyskusji, a w najbliższych tygodniach, w uzupełnionej i skorygowanej postaci, zostanie przedstawiony do akceptacji senatowi Uczelni.

Jak chcemy zrealizować tak ambitną wizję?

Posiadamy już program działania zaproponowany w dokumencie strategicznym. Podano w nim sposoby – osiągnięcia najwyższego poziomu dydaktycznego oraz efektywniejszego wspierania działalności badawczej i innowacyjnej. Propozycja programu uwzględni również czynności, które pozwolą na przełamanie najistotniejszych dziś barier rozwojowych – trudnej sytuacji szpitala klinicznego, nieskutecznych metod zarządzania Uczelnią, zwłaszcza niedostatku mechanizmów wspierających rozwój pracowników, dających im satysfakcję i poczucie identyfikacji z Uczelnią. Ten zarys programu w ciągu bieżącego roku akademickiego powinien stać się konsekwentnie wdrażanym programem rozwoju Uczelni, a uzupełniony o szczegóły, obejmie uporządkowane hierarchicznie i czasowo działania. Jednocześnie program powinien pozostać elastyczny, by można było nanosić konieczne korekty powodowane naturalną niedoskonałością procesu planowania.



zapytaj dokąd idziemy



*JM Rektor zaprasza
na otwarte spotkanie
poświęcone dyskusji
nad*

kierunkami
rozwoju
Uczelni
do 2015
roku

12 marca 2009 (czwartek)
o godz. 12.00
sala im. S. Hillera
Collegium Biomedicum

Program spotkania:

1. Wprowadzenie
2. AMG na tle innych uczelni medycznych w Polsce
3. Prezentacja dokumentu
„Kierunki Rozwoju Uczelni do Roku 2015”
4. Dyskusja i odpowiedzi na pytania
5. Możliwości finansowania projektów rozwojowych Uczelni
6. Podsumowanie



Budynek Centrum Medycyny Inwazyjnej na krótko przed zawieszeniem wiechy

////////////////////////////////////
Budynek dla PET-CT na ukończeniu





Budynki Wydziału Farmaceutycznego w trakcie termomodernizacji...
zyskują przyjazny wygląd



Konkurs na opracowanie koncepcji programowo-przestrzennej
Szpitala-Centrum Medycyny Nieinwazyjnej w Gdańsku



Elementem realizacji wizji są również te czynności, które podejmujemy już dzisiaj. Wśród nich najbardziej przemawiają do wyobraźni spektakularne inwestycje – nowe mury, czyli inwestycje infrastrukturalne. Nasza Uczelnia to dziś jeden z największych inwestorów na Pomorzu, bowiem inwestycja szpitalna Akademickiego Centrum Kliniczno-Innowacyjno-Dydaktycznego ma wartość blisko pół miliarda złotych, pochodzących ze środków budżetu państwa. Pozyskujemy również, z coraz większymi sukcesami, środki z unijnych funduszy strukturalnych, funduszy inwestycyjnych Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Dzięki nim powstaje nowa baza dla medycyny laboratoryjnej, a także nowy moduł medycyny nuklearnej mieszczący funkcję PET-CT. Przygotowujemy pomieszczenia dla pracowni symulowanego pacjenta i szkoleniowej apteki dla farmaceutów. Przy wsparciu funduszy unijnych inwestujemy znaczące środki w zakupy nowoczesnego sprzętu dydaktycznego i badawczego do pracowni w nowym budynku medycyny laboratoryjnej oraz pracowni umiejętności pielęgniarstwa i położnictwa. W trosce o środowisko i racjonalne wydatkowanie środków publicznych od kilku już lat realizujemy kompleksowy program termomodernizacji, który ocieplonym budynkom pozwala nadać również nowy, przyjazny wygląd.

Zabiegamy o kolejne środki, zarówno z budżetu państwa, jak i z funduszy unijnych pozostających w gestii naszego regionu na modernizację bazy dydaktycznej. W tym celu przygotowaliśmy koncepcje projektowe: nowego budynku dla klinik niezabiegowych – Centrum Medycyny Nieinwazyjnej; rozbudowy Wydziału Farmaceutycznego; zmodernizowania infrastruktury sportowej połączonej z budynkiem dydaktycznym dla potrzeb nauczania fizjoterapii; unowocześnienia skomplikowanego systemu wentylacji jednego z największych naszych budynków – Collegium Biomedicum. Wspólnie z Uniwersyteckim Centrum Klinicznym pozyskujemy środki unijne na zakupy nowej aparatury diagnostycznej i terapeutycznej służącej leczeniu chorób nowotworowych i układu sercowo-naczyniowego. Gotowy jest również szczegółowy program funkcjonalno-użytkowy dla zintegrowanej



Inauguracja projektu „Nauka i Biznes”

bazy stomatologicznej, dziś rozproszonej w kilku budynkach. Przewidziano także dalszą termomodernizację budynków.

Urzeczywistnienie powyższych planów inwestycyjnych udoskonali jakość infrastruktury dydaktycznej i badawczej, z pewnością zwiększy możliwość pozyskiwania projektów innowacyjnych, w tym badań klinicznych, realizowanych dla potrzeb firm farmaceutycznych. Poprawie współpracy z gospodarką posłuży również uruchomiony niedawno wspólny projekt naszej Uczelni i pomorskich parków naukowo-technologicznych, promujący GUMed jako partnera do współdziałania z firmami, a także rozwijający przedsiębiorczość wśród kadry akademickiej.

GUMed jako uczelnia uniwersytecka

Pierwsza inauguracja roku akademickiego w naszej Uczelni jako uniwersytecie medycznym skłania do zastanowienia się nad tym, czym w przyszłości wyrażać się będzie nasza „uniwersyteckość”. Czy nowa nazwa nie powinna stać się istotnym punktem zwrotnym, swoistym „kamieniem milowym” w rozwoju Uczelni?

W licznych dyskusjach prowadzonych w ostatnich latach pojawia się czasami pogląd, że rozwój nowych kierunków kształcenia w naukach o zdrowiu mógł doprowadzić do obniżenia rangi akademickiej wyższych uczelni medycznych. Obawy te wynikały przede wszystkim ze znaczącego zwiększenia liczby studentów i niewielkiego wzrostu liczebności kadry akademickiej. Myślę, choćby na przykładzie naszej Uczelni, że obawy te nie są uzasadnione. W porównaniu z innymi uczelniami nie zanotowaliśmy ogromnego przyrostu liczby studentów, ale rozszerzyliśmy istotnie profil kształcenia, przez co otworzyliśmy perspektywy i możliwości rozwoju nowych kierunków badawczych. Pozwoliło to również na spełnienie formalnych wymogów uzyskania statusu uniwersyteckiego.

Nikt od nas obecnie nie wymaga masowego kształcenia na najniższym zawodowym poziomie nauczania. Myślę, że prawdziwym wyzwaniem dla naszej przyszłości jako uniwersytetu medycznego będzie dalszy rozwój



Centrum Naukowo-Badawcze Medycyny Laboratoryjnej niedługo otwiera podwoje



kształcenia na poziomach magisterskim i doktorskim, powiązany z badaniami naukowymi we wszystkich dyscyplinach obecnie uprawianych w rozszerzonym profilu naszej Uczelni. Będzie to proces wieloletni, wymagający przede wszystkim odpowiedniej kadry, jednak dający szanse prowadzenia wartościowych, interdyscyplinarnych badań, typowych dla uczelni o uniwersyteckim statusie.

Cechą charakterystyczną współczesnych uniwersytetów jest aktywne uczestnictwo w międzynarodowej wymianie dydaktycznej, naukowej i gospodarczej. Działania służące „umiędzynarodowieniu” naszej Uczelni powinny być zatem intensywniejsze, lepiej zorganizowane i zdecydowanie wykraczające poza powierzchniowy wymiar mobilności studentów i nauczycieli. Szczególną uwagę powinniśmy zwrócić na wzmocnienie potencjału naszej Uczelni i jej poszczególnych jednostek do podejmowania roli partnera w znaczących krajowych i międzynarodowych projektach badawczych, budujących najefektywniej prestiż uniwersytecki. W dbałości o międzynarodową pozycję naszej Uczelni powinniśmy również szybko rozważyć stosowanie, podobnie jak w wielu innych renomowanych, zagranicznych uniwersytetach, odrębnych ścieżek kariery akademickiej – nauczyciela, badacza bądź organizatora nauki i dydaktyki. Podążanie wyspecjalizowanymi ścieżkami kariery pozwoliłoby na optymalne spożytkowanie indywidualnych predyspozycji i preferencji oraz, najprawdopodobniej, na efektywniejsze wykorzystanie potencjału Uczelni jako całości.

Nowoczesne uniwersytety to również ośrodki aktywnie popularyzujące wiedzę w społeczeństwie, dlatego szczególnego znaczenia nabierają opracowane i realizowane przez pracowników Uczelni i Szpitala programy profilaktyki i promocji zdrowia. W tej dziedzinie posiadamy liczne osiągnięcia wyróżniające nas w kraju i na forum międzynarodowym, np. cieszący się ogromnym zainteresowaniem „Pomorski Pilotażowy Program Badań Wczesnego Wykrywania Raka Płuca” finansowany ze środków norweskich i województwa pomorskiego oraz program „Zdrowie dla Pomorza” realizowany z naszym znaczącym udziałem przez samorząd wojewódzki. Będziemy kontynuować i wzbogacać o nowe elementy, odbywające się z coraz większym rozmachem i sukcesem medialnym imprezy informacyjno-promocyjne o zdrowiu i naukach medycznych, takich jak Piknik na Zdrowie czy Medyczny Dzień Nauki. Wszyscy szukajmy wciąż nowych form komunikowania się ze społecznością lokalną.

Podsumowanie

W dużej instytucji, a taką jest Gdański Uniwersytet Medyczny, dokonywane zmiany, zarówno pod kątem oceny procesu ich wdrażania, jak i oczekiwanych efektów, muszą mieć perspektywę przynajmniej kilkuletnią. Końcowe oceny wymagają zatem cierpliwości. Także w odniesieniu do zmiany naszej nazwy, dopiero upływający czas pokaże, czy sprostaliśmy oczekiwaniom i w jakim stopniu osiągnęliśmy wysoki uniwersytecki poziom na tle krajowym i międzynarodowym.

Na zakończenie chciałbym stwierdzić – aby wyjść oczekiwaniom naprzeciw nie wolno pozostawać biernym, należy myśleć o przyszłości, budować i realizować kolejne scenariusze, modyfikować je, a niekiedy porzucać, gdy okażą się nieżyłowe czy nieskuteczne. W ten sposób będziemy aktywnie projektować naszą przyszłość. Trawestując słowa W. Churchilla o historii – „której łaskawości się nie obawiał, bowiem zamierzał ją napisać” – przyszłość będzie dla nas łaskawsza, gdy sami spróbujemy tworzyć ją już dzisiaj.

Prof. Jacek Bigda,
prorektor ds. rozwoju i współpracy z zagranicą

Pierwszym regionalnym towarzystwem lekarskim powołanym do życia po wojnie było Gdańskie Towarzystwo Lekarskie, działające w latach 1945–1950.

Jego założycielem i pierwszym przewodniczącym był prof. Włodzimierz Mozołowski, znakomity biochemik, charyzmatyczny nauczyciel i wielki patriota. Po przyjeździe z Wilna do Gdańska z właściwą mu pasją zaangażował się w budowanie życia naukowego lekarzy i w kontynuowanie etosu lekarskiego. Zastępcą przewodniczącego został prof. Tadeusz Bilińkiewicz, wybitny psychiatra, historyk medycyny oraz nauczyciel akademicki o niezwykłym uroku i talencie. Od 1951 r. Gdańskie Towarzystwo Lekarskie funkcjonowało już jako regionalny Oddział Polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Niezwykłe osobowości lekarskie, którym dobrze znana była doniosła rola PTL w okresie międzywojennym w szerzeniu wiedzy, etyki, patriotyzmu i służby choremu, wytyczyły kierunki i styl działania towarzystwa, a także integrowały lekarzy różnych specjalności.

Wśród osób szczególnie zasłużonych dla rozwoju Polskiego Towarzystwa Lekarskiego należy wymienić doc. Tadeusza Dyka. Jak pięknie pisał o nim we wspomnieniu prof. Brunon Imieliński („Gazeta AMG” nr 4/2000): to była niezwykła postać wspaniałego lekarza, nauczyciela, humanisty i wielkiego patrioty. Docent Dyk przez całe swoje życie zawodowe był niezwykle zaangażowany w działalność szkoleniowo-naukową PTL. Był najczęstszym prelegentem na posiedzeniach lekarskich, konferencjach i zjazdach organizowanych nie tylko przez Gdański Oddział PTL, ale i inne regionalne oddziały w kraju. Odnaczał się encyklopedyczną pamięcią. Pełnił z pasją i zaangażowaniem kilkakrotnie funkcję przewodniczącego Gdańskiego Oddziału PTL oraz wielokrotnie wchodził z wyboru do zarządu Oddziału Gdańskiego.

Do charyzmatycznych mistrzów z pasją zaangażowanych w działalność PTL niewątpliwie należał prof. Tadeusz Zieliński, lekarz o wielkim talencie dydaktycznym, niezwykłej życzliwości i pogodzie ducha oraz głęboko humanistycznym stosunku do chorych, jak zgodnie wspominają liczni jego uczniowie. Prof. Zieliński był przewodniczącym Gdańskiego Oddziału PTL w latach 1966–1970. Ponadto aktywnie uczestniczył w pracach



Dr Romuald Pruszyński

lekarz, epidemiolog i specjalista chorób zakaźnych, społecznik, szczególnie zaangażowany w działalności Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, członek Pomorskiego i Głównego Zarządu, przewodniczący gdańskiego Zarządu Sekcji Medycyny Komunikacyjnej PTL (1972–2000). W latach 1940–1946 wraz z matką i starszym rodzeństwem wywieziony do północnego Kazachstanu, gdzie pracował przy

budowie kolei oraz jako pomocnik felczera w sowieckiej lecznicy. W 1957 r. ukończył studia na Wydz. Lekarskim AMG, stopień doktora medycyny uzyskał w 1963 r. W latach 1957–1967 asystent w Klinice Chorób Zakaźnych AMG, 1967–1969 ordynator Oddz. Zakaźnego w Łasinie k. Grudziądza i wykładowca w Studium Doskonalenia Lekarzy w Bydgoszczy. W latach 1990–2007 konsultant ZUS z zakresu orzecznictwa lekarskiego chorób zakaźnych i wątroby oraz oboźnie chorych w miejscu ich pobytu. Laureat licznych nagród, m.in. nagrody im. dr Aleksandry Gabrysiak.

Ludzie AMG w Polskim Towarzystwie Lekarskim



W dniu 16 stycznia 2004 r. podczas konferencji naukowo-szkoleniowej nt. „Współczesne zasady leczenia choroby nadciśnieniowej i jej powikłań” prof. Julian Stolarczyk wręczył prof. Irenie Jabłońskiej-Kaszewskiej odznakę „Bene Meritus”. Przyznawana jest „za ofiarną służbę w ochronie zdrowia i życia ludzkiego, za tworzenie nieprzemijających wartości dla dobra społeczeństwa oraz za wybitne zasługi dla Polskiego Towarzystwa Lekarskiego”

naszej Uczelni, pełniąc funkcje prodziekana i dziekana w latach 1958–1966 oraz prorektora ds. nauki w latach 1972–1975.

Na przełomie dekad 70. i 80. powierzono przewodnictwo Gdańskiego Oddziału PTL lek. Tadeuszowi Bienieckiemu, posiadającemu dużą wiedzę medyczną i dysponującemu talentem pedagogicznym i wysoką kulturą bycia. Prowadził zebrania szkoleniowo-naukowe z perfekcyjnym wstępem do dobrej tematyki omawianych zagadnień.

Przykładem wieloletniej aktywności – na przestrzeni kilku kadencji – wykazał się prof. Stefan Raszeja, b. rektor AMG, w funkcji przewodniczącego Komisji Rewizyjnej Gdańskiego Oddziału PTL.

Największe zasługi dla działalności i przetrwania Polskiego Towarzystwa Lekarskiego miał niewątpliwie prof. Julian Stolarczyk. Na posiedzeniu Rady Wydziału Lekarskiego poświęconej jego pamięci tak go wspominano: Profesor Julian Stolarczyk był wybitną osobistością Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, pełnił funkcję przewodniczącego przez 5 kadencji do marca 2006 r. – niemal przez 20 lat, a w poprzednich latach przez kilka kadencji był wiceprzewodniczącym. Podczas licznych posiedzeń z właściwą sobie pasją i zamiłowaniem prezentował znakomite umiejętności wykładowcy oraz ogromną i wszechstronną wiedzę w dziedzinie medycyny. To dzięki jego determinacji i zapałowi trwała ożywiona działalność Gdańskiego Oddziału PTL. Wymienić tu należy powstanie – przy współudziale Gdańskiego PTL – licznych towarzystw specjalistycznych oraz samorządu lekarskiego.

Duże zasługi dla gdańskiego PTL położyła prof. Irena Jabłońska-Kaszewska, w latach 1985–2006 wiceprzewodnicząca Oddziału Gdańskiego, a w latach 1987–1991 i 2003–2006 członek Zarządu Głównego; obecnie pełni funkcję członka Komisji Rewizyjnej Oddziału Pomorskiego.

Na uwagę zasługuje fakt, że w latach 60. i 70. zebrania oraz konferencje szkoleniowo-naukowe PTL cieszyły się ogromną frekwencją lekarzy nie tylko z Gdańska ale z całego województwa oraz województw sąsiednich. Odbywały się w sali wykładowej im. Prof. L. Rydygiera w godzinach popołudniowych. Prelekcje wywoływały ożywione dyskusje, w których uczestni-

czyli, niemal zawsze obecni na sali, wielcy klinicyści i erudyci, jak profesorowie: Marian Górski, Jakub Pen-son, Mieczysław Gamski, Ignacy Abramowicz, Tadeusz Kielanowski, Zdzisław Kieturakis, Jerzy Giedroyc, Romuald Sztaba, Jarosław Iwaszkiewicz i inni.

Tematyka zebrań nie zawsze miała charakter ściśle medyczny. W latach 1963–1965, kiedy Gdańskiemu Oddziałowi PTL przewodniczył prof. Wiktor Bincer, prelegentami byli m.in. Jerzy Waldorff ze znakomitym wykładem o Konstantym Ildefonsie Gałczyńskim i jego poezji oraz prof. Władysław Czerny z wykładem o humanistycznym budownictwie i architekturze. Natomiast prof. Wiktor Bincer w swoich referatach omawiał zagadnienia medyczne m.in. w twórczości Szekspira oraz w filatelistyce polskiej i światowej.

Polskie Towarzystwo Lekarskie po rozwiązaniu Izb Lekarskich w 1950 r., jako największe stowarzyszenie lekarskie, wypełniało lukę w środowisku medycznym i przyjęło funkcję nie tylko szkoleniowo-naukową oraz informacyjną o postępach w medycynie, ale także misję szerzenia etyki lekarskiej i reprezentowania środowiska lekarskiego. Grono najwybitniejszych polskich autoritetów medycznych z prof. Józefem Boguszem na czele opracowało „Zasady etyczno-deontologiczne polskiego lekarza”. Standardy te, rozumiane jako wzór w wychowywaniu studentów i podstawa oceny postępowania lekarza, stanowiły przedmiot wielu ze-

brań szkoleniowo-naukowych.

PTL wytrwale walczyło o reaktywowanie Izb Lekarskich. Z chwilą powstania Solidarności już w październiku 1980 r. na zebraniu Oddziału Gdańskiego PTL prof. Tadeusz Kielanowski przedstawił w znakomitej prelekcji postulaty reaktywowania tych izb. Wykład utrwalony na taśmie magnetofonowej przedłożono Zarządowi Głównemu PTL w Warszawie. Jak wspomina prof. Bogusz – tezy przedstawione w tym wykładzie zostały wykorzystane do reaktywowania Izb Lekarskich.

Prof. Janusz Siebert, obecnie pełniący funkcję dziekana Wydziału Lekarskiego naszej Uczelni, podjął się przewodniczenia Gdańskiemu Oddziałowi PTL w kwietniu 2006 r., w najtrudniejszym okresie jego działalności – w czasie ciężkiej choroby prof. Juliana Stolarczyka. Prof. Siebert dba o wysoki poziom szkoleniowo-naukowy. Organizowane comiesięczne konferencje o charakterze sympozjalnym cieszą się wysoką frekwencją, pomimo że odbywają się w wolne soboty.

Polskie Towarzystwo Lekarskie ustanowiło w 1990 r. medal „Gloria Medicinae”, który nadawany jest za wybitne zasługi dla medycyny i przyznawany każdego roku tylko 10. lekarzom w świecie. Spośród absolwentów gdańskiej Akademii Medycznej to wysokie odznaczenie otrzymali: prof. Andrzej Manitius (1991), prof. Mirosław Mossakowski (1996), dr med. Romuald Pruszyński (1998), prof. Julian Stolarczyk (1999), prof. Irena Jabłońska-Kaszewska (2006), prof. Stefan Angielski (2007) oraz prof. Grażyna Świątecka (2008). Godność członka honorowego PTL została nadana prof. Marianowi Górskiemu oraz prof. Adamowi Bilikiewiczowi, którego Zarząd Główny PTL w 1990 r. powołał na członka nowo powstałej Kapituły Medalu „Gloria Medicinae”. Te prestiżowe wyróżnienia przyznawane wybranym przedstawicielom zawodu lekarskiego, to także wyraz uznania dla naszej Uczelni i środowiska akademickiego.

Dr med. Romuald Pruszyński
członek Pomorskiego Zarządu i Zarządu Głównego PTL

Rozważania o dydaktyce – wczoraj, dziś, jutro

Wczoraj... trochę wspomnień

W 1964 roku rozpoczynałam studia w naszej Akademii Medycznej. Doskonale pamiętam moment, gdy po raz pierwszy przekroczyłam progi Uczelni. Nie wiedziałam, jak studiuję się medycynę, czy sprostam zadaniom, jaką specjalność wybiorę i jak potoczą się moje dalsze losy po studiach. Podczas studiów pełniłam funkcję starościny roku. Wówczas było to niezwykle odpowiedzialne zadanie, traktowane również przez władze Uczelni bardzo poważnie.

Do dziś pamiętam moją pełną mobilizację we wrześniu, układanie planu zajęć dla poszczególnych grup, stały kontakt z ich starostami i spotkania organizacyjne w Klubie „Medyk”. Omawialiśmy nasze sprawy – począwszy od problemów z nauką, skończywszy na kłopotach czysto ludzkich. Corocznie organizowaliśmy bale roku – w „Medyku” lub w Klubie Studenckim „Żak”. Wielkim zaszczytem dla nas była obecność podczas balu naszych nauczycieli i opiekunów lat.

Nasz rok liczył ponad 200 osób, a mimo to znaliśmy się wszyscy. Mieliśmy dla siebie więcej czasu, większość z nas nie musiała pracować dodatkowo. Integrował nas wspólnie spędzany czas podczas zajęć, spotkań towarzyskich lub często organizowanych Białych Niedzieli. Te ostatnie miały dla nas wielkie znaczenie, bo były namiastką prawdziwej pracy. A przede wszystkim były doskonałą szkołą medycyny.

Z perspektywy lat z całą stanowczością mogę powiedzieć – mieliśmy w większości do czynienia z mistrzami, osobowościami, ludźmi o szerokiej wiedzy, a zewnętrznym wyrazem ich dostojęstwa był nieskazitelny biały fartuch. Każda wizyta w gabinecie profesora była naprawdę wielkim przeżyciem. Większość z nas spotykała dziekanów, prorektorów lub rektora podczas wykładów, które najczęściej z upodobaniem prowadzili. Trudno się zatem dziwić, że frekwencja była duża.

Oglądałam ponownie mój indeks nr 7932 – z wpisanymi godzinami wykładów i ćwiczeń. Nazwiska profesorów bez żadnych omyłek! O to dbał student lub starosta grupy, który wypełniał indeksy sam, żeby było jednakowo i elegancko. Studiowanie było wówczas znacznie prostsze. W indeksie – typowe przedmioty przedkliniczne na dwóch pierwszych latach, potem kliniczne, języki, wychowanie fizyczne, wojsko – łącznie 59 przedmiotów, obecnie 87. Proces Boloński, punkty ECTS, Erasmus – to pod koniec lat sześćdziesiątych była pieśń odległej przyszłości. Tylko nieliczni studenci wyjeżdżali w okresie wakacji na zagraniczne praktyki. Przed otrzymaniem dyplomów wystosowaliśmy w czerwcu 1970 roku memoriał do władz Uczelni, w którym przekazaliśmy nasze uwagi dotyczące procesu dydaktycznego na wszystkich latach studiów.

Po studiach otrzymałam asystenturę w Klinice Pediatrii. Marzenia się spełniły, stałam się pracownikiem Akademii. Minęły lata. Klinika stała się niemal drugim domem, kolejno przeszłam wszystkie szczeble kariery zawodowej i akademickiej, pełniąc wiele funkcji w Uczelni.

Dziś...

Dziś jako prorektor ds. studenckich mam omówić dydaktykę, podsumować pracę moich znakomitych poprzedników zajmujących to stanowisko i przedstawić prognozy na przyszłość. Wyrażone poniżej opinie są wynikiem wielu spotkań ze studentami, nauczycielami akademickimi, emerytowanymi profesorami oraz oglądu poprzez pryzmat funkcji, którą dziś pełni posiadaczka indeksu nr 7932.

Truizmem jest stwierdzenie, że zapewnienie najwyższej jakości kształcenia jest priorytetowym celem naszej Uczelni. W



jaki sposób ten cel osiągnąć? Na czym należy się oprzeć, z jakich wzorów korzystać? Dysponujemy wieloma narzędziami i regulacjami prawnymi, które doskonale mogą uzupełnić istniejącą tradycję. W czerwcu 1999 roku ministrowie odpowiedzialni za szkolnictwo wyższe z 29. krajów Europy podpisali Deklarację Bolońską. Zobowiązali się do utworzenia wspólnego Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego (European Higher Education Area). Na poziomie krajowym prowadzeniem procesu zajmuje się głównie Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, które koordynuje jego realizację, dostosowuje krajowe akty prawne dotyczące szkolnictwa wyższego do postanowień przyjętych na spotkaniach ministrów oraz kieruje akcją informacyjną. W naszej Uczelni wprowadzanie zaleceń Procesu Bolońskiego, w tym udział naszych studentów w programie Erasmus/Socrates, datuje się od roku akademickiego 1998/1999.

W Procesie Bolońskim istotną rolę odgrywa system punktów ECTS – system transferu i akumulacji punktów. Ułatwia on zaliczanie przez uczelnię macierzystą okresu studiów odbytych przez studenta w uczelni zagranicznej. System ECTS opracowano w drugiej połowie lat 80. w toku realizacji ówczesnego Programu Erasmus. Od tego czasu jest wdrażany przez coraz większą liczbę uczelni europejskich, a najszerzej wykorzystywany w uczelniach uczestniczących w wymianie studentów. Podstawą tego systemu jest przejrzystość programu studiów i zasad zaliczania zajęć. Uznawanie okresu studiów jest jednym z podstawowych warunków wyjazdów w ramach programu Socrates/Erasmus. Oznacza to, że okres studiów odbytych za granicą (w tym egzaminy lub inne formy oceny) zastępuje porównywalny okres studiów w uczelni macierzystej, niezależnie od tego, że treść uzgodnionego programu studiów za granicą może się różnić od programu w uczelni macierzystej.

W październiku 2008 r. odbyła się w Berlinie międzynarodowa konferencja „The Structure of Medical Education in Europe. Implementing Bologna – On the way to a European success story?”. Spotkanie zorganizowano na zaproszenie i pod protektoratem Konferencji Rektorów Uniwersytetów Niemieckich (HRK) oraz Unii Europejskiej. Celem konferencji była ocena zaawansowania prac nad wprowadzaniem założeń Procesu Bolońskiego w nauczaniu medycyny w krajach unijnych. Oma-

wiano liczne zagadnienia dotyczące nowoczesnego kształcenia w uczelniach medycznych (możliwości wprowadzenia dwustopniowego systemu nauczania [Bachelor / Master of Medicine], nauczania opartego na modułach programowych, a także możliwości zatrudnienia absolwentów szkół medycznych). Następnie oceniano organizację egzaminów medycznych i problematykę jakości kształcenia medycznego. Omawiano kwestię zwiększenia udziału studentów medycyny w procesie badań naukowych. Interesującym głosem w dyskusji była wypowiedź przedstawicieli Międzynarodowej Federacji Studentów Medycyny (IFMSA). Wyrażając swoje zasadnicze poparcie dla inicjatywy reform edukacji medycznej w ramach Procesu Bolońskiego, wskazali jednak na liczne słabe strony tej idei: zdecydowany brak dostatecznych postępów w zakresie zwiększenia mobilności studentów i wymiany międzynarodowej. Studenci podkreślili także bardzo mocno potrzebę starannej oceny jakości kształcenia medycznego. Taka kontrola pozwala studentom m.in. obiektywnie ocenić i wybrać najlepsze uczelnie medyczne, w których chcieliby kontynuować naukę.

Niezależnie od uregulowań o charakterze europejskim niezbędnym jest dostosowanie systemu kształcenia w Uczelni do zmieniającego się dynamicznie oblicza wiedzy medycznej, do oczekiwań studentów, pracowników dydaktycznych, do możliwości metodologicznych współczesnej dydaktyki. Zmiany te winny oprzeć się na najlepszych tradycjach naszej Uczelni.

Zasadniczym niedostatkim obecnego systemu nauczania wydaje się brak myśli przewodniej, jaka ma przyświecać kształceniu. Studentom nie przedstawiamy programu studiów. Nie pokazujemy w nim, dlaczego konieczne jest mozolne uczenie się teoretycznych detali i w jaki sposób są one ze sobą powiązane. Zastrzeżenie powyższe dotyczy niemal całości tzw. treści programowych. Wynika to zapewne z tego, że nie wskazano precyzyjnie kierunków i celów kształcenia. Czy ukształtować lekarza praktyka, posiadającego minimum wiedzy teoretycznej i praktycznej niezbędnej dla skutecznego oraz bezpiecznego leczenia, czy też badacza, naukowca aspirującego do wielkich odkryć w medycynie? Studenci zdają sobie, oczywiście, doskonale sprawę z istniejącej sytuacji.

Niedoskonały program nie jest jedyną bolączką Uczelni. Kolejnym istotnym problemem jest zauważalne zagubienie misji dydaktycznej. W praktyce oznacza to, niestety często, lekceważenie studentów – deklarowanie drugorzędnej roli nauczania, nieprzestrzeganie czasu zajęć, wypełnianie seminariów prezentacjami ze zjazdów lub innymi niewnoszącymi wiele do dydaktyki.

Nie bez winy są też studenci. Gdyby te rozważania miały dotyczyć sposobu kwalifikacji na studia, a przez to do zawodu – uzasadnionymi byłyby uwagi na ich temat. Rozwiązanie winno zatem polegać na zmianie filozofii tworzenia programu studiów. Nie powinniśmy zapominać, że kształcimy przede wszystkim praktyków – lekarzy, farmaceutów, rehabilitantów, ratowników, pielęgniarki i innych bardzo ważnych w zawodach medycznych specjalistów. W znakomitej większości będą oni pracować w szpitalach, poradniach, aptekach, na co dzień opiekując się chorymi, więc należy ich wyposażyć w solidną wiedzę fachową, mając świadomość niebezpieczeństwa „przeobrażenia”, jakie czyha w chwili definiowania tego, co nazywamy solidną wiedzą. Wyposażenie studentów w odpowiednią wiedzę może uchodzić, na pierwszy rzut oka, za proste zadanie. Wystarczy „odchudzić” programy, usuwając z nich nadmiar szczegółów oraz specjalistycznych zagadnień, a ponadto zwrócić większą uwagę na dyscyplinę studiów. Wydaje się jednak, że opisane powyżej postępowanie nie przyniesie spodziewanych efektów. Kolejne pokolenie naszych absolwentów wykształconych jedynie z cieńszej książeczki opanowanej na pamięć i na wrywki nie będzie posiadało większej wiedzy niż ich starsi koledzy uczeni „tradycyjnie”.

Jutro...

Oto kilka propozycji mogących stanowić punkt wyjścia planowanych zmian:

1. Opracowanie programu studiów dla poszczególnych kierunków. Dysponujemy wytycznymi/treściami programowymi, które w przypadku wielu przedmiotów obejmują zaledwie kilka zdań. Poszczególne katedry i zakłady traktując swój przedmiot jako „pojedynczy”, realizują go w sposób całkowicie oderwany od tego, co nauczane jest w innych jednostkach. Efekty są znane: nieuzasadnione powtarzanie partii materiału, pomijanie innych, przedstawianie jednego zagadnienia z wielu punktów widzenia, co na studenckim poziomie wiedzy i zrozumienia prowadzi do coraz większego chaosu. Należy zaproponować zintegrowany program, który powinien czytelnie przedstawiać nie tylko zakres wymaganego materiału, ale wskazywać na oczywiste powiązania pomiędzy poszczególnymi jego partiami, np. anatomia przewodu pokarmowego → histologia przewodu pokarmowego → fizjologia (treść pokarmowa, enterohormony, motoryka) → objawy chorób przewodu pokarmowego → farmakoterapia → endoskopia → chirurgia → dietetyka.

Każdy z wymienionych powyżej tematów dotyczy innego przedmiotu, wykładanego na różnych latach – ideałem byłoby opracowanie wspólnego i spójnego programu obejmującego całość zagadnienia. Ułatwiłoby to rozumienie (a nie opanowanie pamięciowe) dużej ilości informacji. Student na pierwszym roku otrzymywałby program studiów, ukazujący stopniowe poszerzanie wiedzy na przestrzeni lat. Powiązanie przedmiotów podstawowych z klinicznymi uzasadniałoby konieczność opanowania anatomii, histologii etc., jako podstaw przedmiotów wykładanych na dalszych latach studiów (klinicznych).

2. Udoskonalenie nauczania praktycznego, zwrócenie większej uwagi na podstawowe, rutynowe czynności, jak również istotę tego zawodu, czyli kontakt i komunikację z chorym.
3. Umożliwienie studentom proponowania tematów zajęć fakultatywnych. Dzięki temu te zajęcia będą mogły stać się bardzo istotnym pod względem wartości merytorycznej i organizacyjnej ogniwem łańcucha edukacji.
4. Zamierzenia opisane w punktach 1 i 2 realizowane będą pełniej, jeżeli zadbamy o doskonalenie umiejętności dydaktycznych asystentów. Lektura dostępnych czasopism, np. „Medical Teacher”, „Medical Education”, to nie wszystko.
5. Wdrożenie w GUMed systemu planowania zajęć i wykorzystania pomieszczeń dydaktycznych. Jesteśmy chyba jedyną uczelnią, w której „plany lekcji” opracowują opiekunowie roku. Zamieszanie z tym związane jest bardzo negatywnie odbierane przez studentów i pracowników (w pierwszym rzędzie przez osoby odpowiedzialne za rezerwację sal i opiekunów poszczególnych lat i kierunków).
6. Wprowadzenie do programu nauczania zajęć fakultatywnych dla studentów interesujących się pracą naukową. Służyłyby one przygotowaniu metodologicznemu do prac badawczych, a także uczyły wnioskowania o finansowanie badań, rozliczania przyznaných dotacji oraz umiejętności przygotowywania publikacji, plakatów, prezentacji etc.

W lutym br. został powołany Dział Oceny Jakości Kształcenia, podlegający prorektorowi ds. studenckich, którego zadaniem jest wdrożenie i nadzór nad rozwojem systemu oceny jakości kształcenia. Do obecnego Zespołu Oceny Jakości Kształcenia planujemy włączyć: dziekanów (prodziekanów), przedstawicieli wszystkich szczebli nauczycieli akademickich (wskazani, ale z zainteresowaniem), studentów, doktorantów. Przewodniczący powołany spośród nauczycieli akademickich będzie również pełnomocnikiem rektora ds. jakości kształcenia.

Działalność Zespołu będzie obejmować:

- Przygotowywanie rankingu dydaktycznego GUMed
- Identyfikację słabych i silnych jednostek dydaktycznych
- Identyfikację najczęstszych „problemów” w skutecznej dydaktyce
- Wypracowanie założeń prawidłowego, efektywnego prowadzenia dydaktyki
- Pomoc w poprawie jakości dydaktyki w poszczególnych jednostkach – organizacja kursów, szkoleń z zakresu dydaktyki zgodnie z anglosaskim systemem „Masters in Clinical Education” – MCLinEd, krajowych i zagranicznych staży dla nauczycieli
- Proponowanie środków zaradczych, kar i wyróżnień dla jednostek
- Ocenę i wprowadzanie nowoczesnych metod nauczania – *Office-based teaching, Bedside teaching, Standardized Patient Program, Pre/Clinical Study Case System, Peer-to-Peer Education System.*

Uczelniany system zapewniania jakości w dydaktyce wymaga, oczywiście, odpowiedniego finansowania prac koncepcyjnych i merytorycznych na etapie planowania, działań naprawczych i wdrażania innowacyjnych metod nauczania.

Pewną ocenę jakości kształcenia daje system anonimowych ankiet studenckich, który cieszy się dużym zainteresowaniem studentów, aktualne wyniki poznamy pod koniec września br. Należy dodać, że, korzystając z uwag nauczycieli akademickich i studentów, ankieta ta ulegnie modyfikacji w roku akademickim 2009/2010.

Najbliższe plany dotyczące dydaktyki są sformułowane i zawarte w opracowaniu dotyczącym celów strategicznych GUMed do 2015 roku. W dokumencie tym, w module dotyczącym dydaktyki, wskazano dwa główne cele strategiczne: najwyższy poziom kształcenia i najlepsze przygotowanie do wykonywania zawodu. Realizacja tych celów ma zaowocować wykształceniem dobrego lekarza, najlepiej przygotować absolwenta do pracy zawodowej. To ostatnie zadanie można realizować pod warunkiem zasadniczej poprawy bazy dydaktycznej, która już w chwili obecnej jest ogromną bolączką wszystkich jednostek każdego wydziału naszej Uczelni.

Rok akademicki 2009/2010 planujemy poświęcić pracom dotyczącym jakości dydaktyki i przygotowaniu do reformy studiów medycznych, której wprowadzenie przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego przewidziano w Polsce w roku akademickim 2010/2011.

Dr hab. Barbara Kamińska,
prorektor ds. studenckich



Medykalia 2009 (USS)

Uczelniany Samorząd Studencki

Podstawowym jego zadaniem jest stać na straży praw i obowiązków studenta, dbać o dostęp do kształcenia o jak najwyższej jakości oraz reprezentować jego opinie i interesy zarówno w realiach GUMed, jak i na arenie międzyuczelnianej oraz ogólnopolskiej.

Inicjatywa poszczególnych członków odpowiednio pokierowana i skoordynowana poprzez sprawnie działający Zarząd, tak samo jak zacieśniona i efektywna współpraca z licznymi organizacjami, takimi jak: IFMSA Poland, STN, PTSS, Młoda Farmacja, Forum Analityków Medycznych, MUGED, AZS jest prawdziwą siłą i źródłem wielu sukcesów.

Uczelniany Samorząd Studencki jest bardzo często kojarzony wyłącznie z działalnością rozrywkową, jednak nasze poczynania wykraczają daleko poza sferę imprezową. Świadczą o tym liczne akcje społeczne przy udziale Urzędu Miasta Gdańsk („Biała Sobota”) w dzielnicach, takich jak Morena, Orunia, Brzeźno, Śródmieście, a także innych gminach i miastach. Wielkim sukcesem okazały się organizowane przy pomocy Urzędu Miasta Kwidzyn obozy naukowe i kilkakrotnie w ciągu roku powtarzana „Wampiriada”, czyli akcja pobierania krwi. Uczelniany Samorząd Studencki jest organizatorem kolejnych już Akademickich Targów Medycznych.

Ważnym polem działania USS jest niezaprzeczalnie dydaktyka. Przedstawiane są bieżące problemy studentów, propozycje usprawniania procesu nauczania. Należy wspomnieć o aktywnym udziale studentów w pracach Senatu, rad wydziałów i wszystkich komisji senackich związanych z procesem dydaktycznym.

Istotnym wydarzeniem ostatnich dwóch lat był udział naszych reprezentantów w pracach zespołu powołanego przez minister zdrowia Ewę Kopacz dla opracowania reformy systemu edukacji na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym. Obecna przewodnicząca USS jest członkinią Prezydium Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego działającego przy Parlamencie Studentów Rzeczypospolitej Polskiej.

Ograniczeniem działalności USS jest stosunkowo niski budżet, który mimo ministerialnych cięć udaje się stopniowo zwiększać, głównie dzięki przychylności obecnych władz i administracji GUMed. Trudności finansowe skłaniają nas do intensyfikacji poszukiwań nowych sponsorów i dodatkowych źródeł finansowania. Każda pozyskana złotówka umożliwi poszerzenie działalności o dodatkowe projekty.

Bardzo nam zależy na tym, aby pokazać studentom, że praca w Uczelnianym Samorządzie Studenckim przynosi widoczne efekty, pozwalające zmienić akademicką rzeczywistość. Naszym celem będzie również usprawnienie współdziałania z innymi organizacjami funkcjonującymi w naszej Uczelni, jak i samorządami studenckimi pozostałych uczelni Wybrzeża. Gorąco zachę-



Uczestnicy „Białej Soboty” w Staniszewie (USS)

camy wszystkich studentów do jak najaktywniejszego udziału w pracach Uczelnianego Samorządu Studenckiego!

Anna Krystyna Kaźmierczak,
przewodnicząca Zarządu USS GUMed

Studenckie Towarzystwo Naukowe (STN)

STN jest organizacją z ponad 50-letnią tradycją. Powstało w roku akademickim 1954/1955, gdy rektorem był prof. Wilhelm Czarnocki. Pierwszym przewodniczącym był Edmund Walec, a pierwszym opiekunem docent Stanisław Sokół. Kolejnymi przewodniczącymi Studenckiego Towarzystwa Naukowego byli m.in. profesorowie: Andrzej Myśliwski, Andrzej Kopacz, Andrzej Hellmann, Janusz Moryś, Jacek Bigda.

Głównym zadaniem Studenckiego Towarzystwa Naukowego było zrzeszanie studentów zgromadzonych w studenckich kołach naukowych (SKN). Wspieranie działalności badawczej opierało się na informowaniu członków SKN o możliwościach zdobycia dofinansowania prowadzonych projektów badawczych, a także możliwości uczestniczenia w studenckich konferencjach naukowych w kraju i za granicą.

Studenckie Towarzystwo Naukowe corocznie organizuje Międzynarodową Studencką Konferencję Naukową (International Student Scientific Conference), która w tym roku odbyła się po raz siedemnasty. Konferencja ma na celu umożliwienie studentom Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, a także studentom z innych uczelni medycznych w kraju i za granicą, przedstawienie wyników swojej działalności badawczej prowadzonej w ramach studenckich kół naukowych. Daje również możliwości wymiany doświadczeń z kolegami z zagranicy, a dzięki uczestnictwu w konferencji znakomitych gości, możliwość wysłuchania wykładów dotyczących najnowszych odkryć z różnorodnych dziedzin medycyny.

Obecnie Studenckie Towarzystwo Naukowe zmienia swój formalny status. Trwają prace nad nowym statutem, który określi nowy profil działalności STN jako organizacji studenckiej. Studenci mogą w tych pracach liczyć na pomoc ze strony prof. Michała Woźniaka z Katedry i Zakładu Chemii Medycznej i dr. hab. Marcina Gruchały z I Katedry i Kliniki Kardiologii. Zmiany pozwolą na zrzeszenie wszystkich studenckich kół naukowych, co umożliwi lepsze wsparcie działalności naukowej studentów. Inicjatywa zmiany statusu formalnego STN wymaga zaangażowania, a przychylne stanowisko władz Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego ułatwia studentom dążenie do tego celu.

Magdalena Alicja Jankowska



„Kobiety w czerwieni” i „Faceci w czerni” (IFMSA-Poland)

O IFMSA-Poland słów kilka ...

Międzynarodowa Federacja Stowarzyszeń Studentów Medycyny – IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations) to dzisiaj 95 państw i blisko dwa miliony członków. Dane te potwierdzają, że IFMSA jest obecnie największą organizacją studencką na świecie! W Polsce w ramach tej ogólnoświatowej federacji działa Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny IFMSA-Poland. Na jego wizerunek codziennie pracuje blisko dwa tysiące młodych ludzi – dynamiczni i ambitni medycy łamiący stereotyp kujona z nosem w książkach.

Czym się zajmuje IFMSA-Poland? Nasza działalność opiera się na sześciu programach stałych. W celu poprawy jakości kształcenia medycznego powołano SCOME (Standing Committee on Medical Education), czyli program ds. edukacji medycznej, w którym organizuje się spotkania, ciekawe szkolenia i kursy. Szeroko pojęte zdrowie publiczne jest przedmiotem zainteresowania SCOPH (Standing Committee on Public Health), ten program pracuje nad pogłębieniem świadomości medycznej społeczeństwa, profilaktyką schorzeń i podstawowymi badaniami diagnostycznymi. Celem zaś programu SCORA (Standing Committee on Reproductive Health Including AIDS) jest szerzenie wiedzy o sposobach rozprzestrzeniania się chorób wenerycznych oraz problematyce HIV i AIDS. Ludzie działający w SCORP (Standing Committee on Refugees and Peace) dbają o dobro uchodźców i pokój na świecie, przyłączając się do akcji UNICEF. Program międzynarodowej wymiany naukowej SCORE (Standing Committee on Research Exchange) zapewnia możliwość rozwoju zainteresowań w zakresie pracy naukowej.

Praktyki wakacyjne za granicą. Jedną z głównych akcji w ramach działalności IFMSA jest organizacja praktyk zagranicznych w programie SCOPE (Standing Committee on Professional Exchange). Co roku ponad 300. polskich studentów wyjeżdża, aby spędzić miesiąc życia i pracy w Tunezji czy Japonii, podpatrywać pracę lekarzy we Włoszech lub Brazylii, a przy okazji zwiedzać kraj w towarzystwie tamtejszych studentów – to nagroda dla członków za ich ciężką pracę.

Co robimy w Oddziale Gdańsk? W roku akademickim 2008/2009 zorganizowaliśmy ponad 100 akcji, które objęły swoim zasięgiem tysiące studentów i mieszkańców Trójmiasta. W ramach edukacji rówieśniczej prowadzimy projekty „Zaburzenia odżywiania” czy „Pierwsza wizyta u ginekologa”, realizują je młodzi medycy podczas spotkań z uczniami szkół średnich i gimnazjów. W „Szpitalu pluszowego misia”, bawiąc się z przedszkolakami, walczyliśmy z syndromem białego fartucha. Przyszli chirurdzy na „Kursie szycia chirurgicznego” mają szansę posiadać umiejętność zakładania szwów. Podczas akcji „Ko-



Konferencja „Piękna i bestia” – kobieta w walce z rakiem (STN)

biety w czerwieni” i „Faceci w czerni” w Galerii Bałtyckiej studenci przeprowadzają badania profilaktyczne mieszkańcom Gdańska. Włączamy się w światowe obchody „Dnia bez tytoniu” w projekcje „Antytobacco” oraz zbieramy pieniądze na prezenty gwiazdkowe dla chorych dzieci. Sami dokształcamy się, biorąc udział w „Badaniu USG-FAST” oraz licznych szkoleniach i warsztatach m.in. „Komunikacja lekarz-pacjent”. Te i wiele innych inicjatyw daje członkom Oddziału Gdańsk IFMSA-Poland nieograniczone możliwości rozwoju i zdobywania doświadczeń.

Chcesz się przyłączyć? Członkiem może zostać każdy student medycyny. Wejdź na stronę Oddziału Gdańsk www.ifmsa.gumed.edu.pl i skontaktuj się z Zarządem Oddziału. Już na początku października zapraszamy na spotkanie informacyjne, tu na własne oczy zobaczysz, czym jest IFMSA-Poland.

Karolina Basiak

Studium Wychowania Fizycznego i Sportu

Zajęcia z wychowania fizycznego są obowiązkowe na pierwszym roku studiów na wszystkich wydziałach i na trzech latach studiów kierunku ratownictwo medyczne. Proponujemy też studentom inne formy ruchu, jak: zajęcia z aerobiku, jogi, siłownię, gry sportowe, pływanie. Utworzyliśmy specjalistyczne programy dla kierunku fizjoterapeutycznego przez opracowanie i wdrożenie zajęć z gimnastyki, tańca i technik relaksacyjnych. Dla kierunku ratownictwo medyczne (90 godzin rocznie) opracowano test sprawności specjalnej. Od roku akademickiego 2009/2010 po drugim roku studiów po raz pierwszy przyszli ratownicy pojadą na obóz specjalistyczny – ratownictwo wodne, ratownictwo górskie, ratownictwo techniczne. Obóz ten będzie kończył II rok studiów.

Reprezentanci naszej Uczelni współzawodniczą w dwóch rodzajach mistrzostw:

1. Mistrzostwa Polski Uczelni Medycznych (organizowane przez SWFiS poszczególnych uczelni) w cyklach dwuletnich dla każdej z 10. dyscyplin cieszących się największą popularnością wśród studentów: gry sportowe – koszykówka, siatkówka, siatkówka plażowa, piłka nożna, futsal, pływanie, tenis stołowy, tenis ziemny, biegi przełajowe oraz narciarstwo alpejskie.
2. Mistrzostwa Polski Szkół Wyższych (organizowane przez AZS). Młodzież trenuje w 11. sekcjach sportowych, z których judo, aerobik sportowy i sporty walki biorą udział właśnie w tych mistrzostwach.

Studenci reprezentujący naszą Uczelnię zajmują wysokie pozycje na zawodach o mistrzostwo Polski. W rankingach ogólnych plasujemy się zazwyczaj w środkowej, górnej strefie tabeli, ponieważ nie startujemy we wszystkich punktowanych



Studenci sekcji tenisa stołowego zdobywcy złotych medali podczas I Drużynowych Mistrzostw Polski Akademii Medycznych (13–15.03.2009)

Kolejne wyróżnienie dla dr. Marcina Skrzypskiego

W czasie tegorocznej konferencji European Respiratory Society, która odbyła się w Wiedniu w dniach 12–16 września 2009 r. dr Marcin Skrzypski z Kliniki Onkologii i Radioterapii otrzymał prestiżową nagrodę *Assambley of Molecular and Cell Biology and Functional Genomics* za pracę pod tytułem *Prognostic significance of microRNA profiling in early squamous cell lung carcinoma*. Jest to kolejne wyróżnienie przyznane temu młodemu lekarzowi, który w 2008 roku otrzymał prestiżową *Merit Awards* Amerykańskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, a w roku bieżącym – nagrodę dla młodych naukowców Gdańskiego Towarzystwa Naukowego.

Prof. Jacek Jassem

zawodach. Przyczyną są ograniczenia finansowe. W ostatnich dwóch latach siatkarze zdobyli srebrny medal, siatkarki VI miejsce, pływacy złote i srebrne medale indywidualnie. W minionym roku akademickim 2008/2009 reprezentacja siatkówki plażowej kobiet zdobyła medale srebrny i brązowy, tenisa stołowego mężczyzn – złoty medal, tenisa ziemnego kobiet – złoty medal. Wybitne osiągnięcia ma sekcja aerobiku sportowego. Od wielu lat współzawodnicząc w Mistrzostwach Szkół Wyższych jeje członkowie zdobywają medale.

Baza sportowo-rekreacyjna SWFiS obejmuje dwie sale (11 m x 24 m oraz 8 m x 12 m), dwie siłownie (8 m x 6 m oraz 6 m x 2,5 m) i stadion sportowy, niestety, w fatalnym stanie technicznym. Wystąpiliśmy z wnioskiem o fundusze unijne na modernizację starej bazy. Powstanie w ten sposób centrum fizjoterapeutyczno-sportowe na miarę potrzeb uniwersytetu. W SWFiS prowadzone są również od 11. lat zajęcia dla emerytowanych pracowników naszej Uczelni, które cieszą się powodzeniem.

Osiągnięcie dobrostanu psycho-fizycznego zależy od wielu składowych, a jedną z nich jest właściwie rozumiana kultura fizyczna. Ufamy, że jako zespół Studium WFIS wnosimy istotny wkład w rozwój młodzieży studiującej w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym.

Mgr Anna Kubicka,
kierownik Studium Wychowania Fizycznego i Sportu



Uhonorowanie kobiecego zespołu za zdobycie srebrnego medalu na Mistrzostwach Wyższych Szkół Medycznych w siatkówce plażowej (12.05.2009)

Polska będzie wolna od dymu tytoniowego

Działające przy Zakładzie Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej naszego Uniwersytetu Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych (PTPZ) zostało poproszone przez biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce o zorganizowanie spotkania, którego celem byłaby aktywizacja oraz integracja środowisk chcących wesprzeć proces legislacyjny tzw. ustawy nikotynowej. Spotkanie odbyło się 17 września br. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie i było skierowane do organizacji pozarządowych z terenu całego kraju. Zaproszenie przyjęli: Ogólnopolska Federacja Organizacji Pozarządowych, Fundacja Urszuli Jaworskiej, Stowarzyszenie MANKO (organizator akcji „Lokal bez papierosa”), IFMSA-Poland oraz regionalne stowarzyszenia, a także pracownicy Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej oraz studenci z działającego przy Zakładzie koła naukowego. W spotkaniu uczestniczyli twórcy ustawy oraz osoby zaangażowane w jej procedowanie w polskim parlamencie: poseł Aleksander Sopiński, szef sejmowej podkomisji zdrowia publicznego, Tadeusz Parchimowicz z Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, dr Konstanty Radziwiłł, prezes Naczelnej Izby Lekarskiej, Anna Koziet z polskiego biura WHO. Wśród wykładowców znaleźli się przedstawiciele naszej Uczelni: prof. Jacek Jassem (jeden z głównych twórców ustawy), dr Tomasz Zdrojewski (reprezentujący urząd doradcy prezidenta RP ds. zdrowia).

Celem spotkania było zawiązanie koalicji lokalnych organizacji, by wesprzeć procedowany w Sejmie projekt ustawy antytytoniowej. Projekt ustawy budzi ogromny sprzeciw lobby producentów i dystrybutorów wyrobów tytoniowych, ale i wielu restauratorów, właścicieli pubów obawiających się spadków zysków po wprowadzeniu zakazu palenia w ich lokalach. Te środowiska, jak się okazało, były na tyle skuteczne w swych dotychczasowych działaniach lobbingsowych, że projekt ustawy autorstwa prof. Jacka Jassema, już trzeci rok jest przedmiotem prac w Sejmie. Obecnie jednak pojawiła się wielka szansa,

by nowelizacja stała się faktem. Projekt został „przepracowany” podczas 10. posiedzeń podkomisji zdrowia publicznego i trafił we wrześniu br. do Komisji Zdrowia, mógłby być przekazany na przełomie 2009/2010 roku pod obrady Sejmu. Niestety, wielu lobbystów z pewnością będzie utrudniało prace, przekonując posłów, by nie popierali projektu.

Nowa ustawa dostosowałaby polskie prawodawstwo do podpisanej przez Polskę w 2004 r. Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu. Tym samym wprowadziłaby szerszą ochronę przed biernym paleniem m.in. we wszystkich środkach transportu publicznego, miejscach pracy, restauracjach, pubach (zainteresowani mogą zapoznać się z projektem na stronach Sejmu: druk 1030).

Chociaż nauka oraz zdrowy rozsądek przemawiają za uchwaleniem nowego prawa, jest to proces polityczny, który zależy od wielu czynników. Dotychczas wydawało się, że jedyne widoczne zwolenniki proponowanych uregulowań są osoby ze środowisk eksperckich biorących udział w tworzeniu przepisów, jak prof. Jacek Jassem oraz środowisko skupione wokół prof. Witolda Zatońskiego z Centrum Onkologii w Warszawie i Koalicji „Tytoń albo zdrowie”. Spotkanie miało pokazać, że ochrona przed biernym paleniem nie leży jedynie w interesie środowiska lekarskiego, ale jest szeroko rozumianym interesem społecznym. Wspólnie uznano, że politykom należy uzmysłowić pozytywny stosunek społeczeństwa dla miejsc wolnych od dymu tytoniowego. Badania pokazują, że proponowane regulacje popiera od 80 do 93% społeczeństwa krajów, w których one weszły w życie, w tym, co ważne, ponad 70% palaczy. Tych danych nie znają prawdopodobnie politycy, którzy boją się spadku popularności w wypadku poparcia uregulowań antytytoniowych.

Uczestnicy spotkania zgodnie stwierdzili, że potrzebne są działania rzecznicze wśród parlamentarzystów i innych decydentów. Rzecznictwo (jak wskazała jedna z prelegentek), któ-

rego nie należy mylić z lobbingsiem, jest rozumiane jako występowanie w sprawie, w imię wartości, w sposób przejrzysty i etyczny. Uznano, że konieczne są indywidualne spotkania z posłami; organizowane przez regionalne organizacje. Jednak każde działania, np. listy poparcia, e-maile wysłane do polityków, opinie osób będących autorytetami, zainteresowanie mediów sprawą będą bardzo pożądane w najbliższym czasie.

Na zakończenie konferencji ustalono plan dalszych działań organizacji, których celem jest lokalne wsparcie ogólnopolskich poczynań rzeczniczych prowadzonych przez Obywatelską Koalicję „Tytoń albo zdrowie”; PTPZ ma zaszczyt być najmłodszym jej członkiem.

Łukasz Balwicki,
asystent w Zakładzie Zdrowia
Publicznego i Medycyny Społecznej,
członek Zarządu Polskiego
Towarzystwa Programów Zdrowotnych



Czy warto było tworzyć wspólny wydział i kształcić biotechnologów?

W tym roku studenci Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii Uniwersytetu Gdańskiego i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego po raz 17. zainaugurują rok akademicki. Wydział jest do dzisiaj jednostką unikatową w skali kraju, należy bowiem do dwóch uczelni wyższych. Obecna kadencja władz Wydziału jest szóstą z kolei; w dwóch pierwszych, bardzo ważnych dla powstania i rozwoju Wydziału, dziekanem był prof. Wiesław Makarewicz, późniejszy rektor AMG, przez dwie kolejne, zaliczane do bardzo udanych – prof. Jacek Bigda, obecny prorektor GUMed.

Wydział był pomyślany jako jednostka elitarna. W pierwszych latach przyjmowaliśmy na pierwszy rok studiów zaledwie 30. studentów na pięcioletnie studia magisterskie, od ośmiu lat studia są trójstopniowe, a limit przyjęć został podniesiony do 50 na studiach licencjackich i 40 na studiach magisterskich. Wspólnie z Wydziałem Chemii UG prowadzimy studia doktoranckie, na które przyjmujemy corocznie około 12. studentów.

Posiadamy od roku 2002 akredytację Państwowej i Uniwersyteckiej Komisji Akredytacyjnej na prowadzenia studiów licencjackich i magisterskich z biotechnologii. W ciągu minionych 16. lat wypromowaliśmy 405. magistrów biotechnologii i 50. doktorów nauk biologicznych w zakresie biochemii. Warto dodać, iż do czasu uzyskania w roku 1999 uprawnień do doktoryzowania, 36. doktorantów z naszego Wydziału zostało wypromowanych na Wydziale Biologii, Geografii i Oceanologii UG i Wydziale Lekarskim GUMed. Zawsze mieliśmy bardzo dobrze przygotowanych i ambitnych studentów, stąd wysoki, wynoszący ponad 90% odsetek studentów, którzy kończą rozpoczęte na Wydziale studia. Ten niewątpliwie sukces edukacyjny to ogromna zasługa studentów, ale także nauczycieli akademickich i pracowników zatrudnionych na Wydziale.

Pierwsza inauguracja roku akademickiego na Wydziale odbyła w październiku 1993 roku, przede wszystkim dzięki staraniom prof. Anny J. Podhajskiej, prof. Wiesława Makarewicza, prof. Macieja Żylicza oraz rektorów prof. Stefana Angielskiego (AMG) i prof. Zbigniewa Grzonki (UG).

Sukcesem Wydziału było uzyskanie już w roku 1994 środków z Unii Europejskiej na realizację 4-letniego projektu edukacyjnego TEMPUS S-JEP 07191 pt. Creation and development of a novel Faculty of Biotechnology. Na realizację projektu w latach 1994–1996 uzyskano finansowanie w wysokości 473 000 ecu.



Otrzymany grant zapewnił wsparcie materialne nowo utworzonemu Wydziałowi i stworzył nowe możliwości współpracy międzynarodowej. Partnerami projektu były uniwersytety w Oksfordzie, Bradford, Bremie oraz National Institute des Sciences Appliquees de Lyon. Środki unijne pozwoliły sfinansować udział studentów i wykładowców w dorocznych Szkołach Letnich oraz zapewniły zakupy podstawowego sprzętu badawczego i komputerowego. Dzięki temu projektowi pojawiły się realne możliwości wyjazdów naszych studentów do instytucji partnerskich, które dla młodzieży były wówczas niezwykle atrakcyjne. Środki tego programu przyczyniły się znacząco do rozszerzenia początkowej oferty dydaktycznej, przygotowania materiałów dydaktycznych, informacyjnych i promocyjnych.

Już w tym samym roku rozpoczęliśmy trwającą do dziś tradycję organizowania Letnich Szkół Biotechnologii. Zorganizowaliśmy dotychczas 15 Szkół, w których wzięło w sumie udział kilkudziesięciu profesorów i wykładowców polskich i zagranicznych z większości krajów europejskich i USA. Pierwsze Szkoły zorganizowano dzięki wsparciu finansowemu firm Beckman i Promega. Goście kolejnych Szkół wygłosili łącznie ponad 500 wykładów, które wystuchali nie tylko studenci naszego Wydziału, lecz także innych uczelni polskich i zagranicznych. Koncepcja Szkoły Letniej jako możliwości wykorzystania do nauki okresu wakacyjnego („trzeci semestr”) i uzupełnienia programowych zajęć pochodziła od prof. A. Podhajskiej i odegrała bardzo ważną rolę w kształceniu studentów i późniejszym rozwoju Wydziału; w osiągnięciu przez Wydział pozycji „integratora” polskiego i zagranicznego środowiska biotechnologicznego. Waleorem ich było m. in. to, że pozwalały na bezpośredni kontakt studentów z zapraszającymi znakomitymi wykładowcami, wśród których było wielu wybitnych uczonych, jak: prof. Władysław Kunicki-Goldfinger, prof. Robert Huber (laureat Nagrody Nobla), prof. Ewa Bartnik, prof. Adam Jaworski, prof. A. Legocki, prof. Piotr Stępień, dr Philippe



Heizman, prof. Klaus Hahlbrock, prof. Richard P. Sinden, prof. Rob. Verpoorte, prof. Jacques Weil, prof. Robert Wells, prof. Brigitte Wittmann-Liebold.

Letnia Szkoła Biotechnologii, która odbyła się w lipcu br. miała szczególny charakter, gdyż była połączona z Polsko-Rosyjskimi Warsztatami poświęconymi biotechnologii molekularnej roślin. Równocześnie ze Szkołą odbyły się też Dni Nauki organizowane przez Wydział w ramach koordynowanego przez Urząd Marszałkowski programu „InnoPomorze”.

Od roku 1996 przystąpiliśmy do europejskiej sieci uniwersytetów kształcących w dziedzinie biotechnologii. Wraz z 10. uniwersytetami europejskimi współtworzyliśmy, funkcjonujący od roku 2001, program „Job Creation Biotechnology Diploma”, koordynowany przez prof. Marię Violę Magni z uniwersytetu w Perugii. Program ten ukończyło dotychczas szesnaścioro naszych studentów; wszyscy z wyróżnieniem.

W roku 2006 rozpoczęliśmy współpracę z University of Houston Downtown. Corocznie kilku studentów z tej uczelni odbywa letnie staże naukowe w laboratoriach naszego Wydziału. Gościliśmy też kilku wykładowców z tego uniwersytetu, a nasi wykładowcy wygłaszali wykłady w Houston. W roku 2008 rozpoczęliśmy współpracę z University of Chicago i University of Virginia; ośmiu naszych studentów magistrantów uzyskało specjalne, roczne stypendia ufundowane przez te uczelnie.

W ramach programu Socrates/Erasmus mamy od lat umowy z 13. uczelniami europejskimi, dzięki którym w wymianie międzynarodowej uczestniczy corocznie średnio około dwudziestu studentów.

W roku 2002 uzyskaliśmy status Europejskiego Centrum Doskonałości w zakresie badań nad biobezpieczeństwem i biomedycyną molekularną – BioMoBiL. Prof. Jacek Bigda został koordynatorem 3-letniego projektu finansowanego przez Komisję Europejską. W jego realizacji współpracowaliśmy ściśle z naukowcami z Wydziału Biologii, Geografii i Oceanologii UG oraz Wydziałów Lekarskiego i Farmaceutycznego AMG. Prace te kontynuujemy, rozwijając krajową i zagraniczną współpracę naukową i dydaktyczną, a także prowadząc transfer technologii i wiedzy do lokalnych środowisk naszego regionu.

Wydział nasz aktywnie uczestniczy w działalności stowarzyszenia ScanBalt, grupującego największe uniwersytety, kliniki i firmy biomedyczne z krajów skandynawskich i nadbałtyckich. Prof. Anna J. Podhajska i prof. Ewa Łojkowska pełniły, w poprzednich kadencjach, funkcje wiceprezydentów ScanBalt; prof. Jacek Bigda i prof. Ewa Łojkowska wchodzi w skład Komitetu Zarządzającego tej organizacji. Uczestniczyliśmy w realizacji, finansowanego w latach 2006–2007 w ramach programu Interreg III, projektu ScanBalt Campus. Prof. Ewa Łojkowska była koordynatorem ScanBalt Network on Molecular Diagnostics; w przyszłości zamierzamy utworzyć w Gdańsku centrum kształcenia w zakresie diagnostyki molekularnej.

Rozwój projektu ScanBalt Campus II wiąże się nieodłącznie z najnowszą inicjatywą, w której od samego początku uczestniczy nasz Wydział, jest to idea powołania w Gdańsku Bałtyckiego Centrum Biotechnologii i Diagnostyki Molekularnej – BioBaltica. Partnerami tej nowej inicjatywy są Uniwersytet Gdański, Gdański Uniwersytet Medyczny, Politechnika Gdańska i samorząd województwa pomorskiego. Wspierają ją władze miasta Gdańska, Pomorska Specjalna Strefa Ekonomiczna oraz Gdański i Pomorski Parki Technologiczne. Zarządza tym unikatowym przedsięwzięciem pracownik naszego Wydziału prof. UG, dr hab. Krzysztof Bielawski. W ramach unijnego programu Innowacyjna Gospodarka ubiegamy się o

30 milionów euro na utworzenie infrastruktury naukowo-badawczej dla BioBaltica.

W trakcie 16-letniej historii istnienia Wydziału ze środków finansowych KBN, FNP oraz sponsorów prywatnych, wybudowaliśmy i wyposażyliśmy dwa budynki, w których mieszczą się nasze pracownie naukowe. Budynek Instytutu Biotechnologii UG powstał dzięki staraniom profesorów Karola Taylora i Macieja Żylicza. Natomiast budynek Trójmiejskiej Akademickiej Zwierzężarni Doświadczalnej, mieszczący także laboratoria badawcze, wybudowany został dzięki staraniom prof. Jacka Bigdy. W ostatnim roku wyremontowano i zaadaptowano kolejne pomieszczenia, udostępnione przez UG z przeznaczeniem na laboratoria: diagnostyki molekularnej, biochemii lipidów roślinnych, biotechnologii sinic i badania struktury biopolimerów i symulacji układów biomolekularnych. O wysokim poziomie prowadzonej pracy badawczej najlepiej świadczy fakt, iż w wyniku oceny parametrycznej MNiSzW nasz Wydział uzyskał najwyższą, I kategorię wśród jednostek akademickich kształcących w zakresie biologii i biotechnologii. Tę wysoką pozycję Wydział zajmuje od początku wprowadzenia klasyfikacji. W pracowniach naukowych Wydziału były i są realizowane liczne projekty naukowe finansowane ze źródeł Komisji Europejskiej w ramach 5., 6. i 7. Programu Ramowego, projekty indywidualne, zamawiane i promotorskie KBN i MNiSzW, projekty finansowane z funduszy na badania własne UG i GUMed. Jeden z pierwszych podpisanych przez UG i GUMed kontraktów na realizację projektu finansowanego w ramach 7. Programu Ramowego będzie prowadzony na naszym Wydziale przez zespół prof. Antoniego Banasia, dotyczy on uzyskania roślin transgenicznnych wytwarzających wysokoenergetyczne tłuszcze.

Wydział gościł wielu znamienitych, o światowej sławie badaczy. Wielokrotnie wykładowcą był prof. Wacław Szybalski, doktor *h.c.* UG, AMG i PG, wybitny polski biolog molekularny pracujący w University of Wisconsin-Madison, wielki przyjaciel i, rzec można, ojciec chrzestny MWB. Naszymi gośćmi byli: wybitny polski wirusolog, twórca szczepionki przeciw polio prof. Hilary Koprowski, którego imieniem został niedawno nazwany Gdański Park Naukowo-Technologiczny, prof. Robert Huber, laureat Nagrody Nobla, prof. Fritz Melchers i prof. Klaus Hahlbrock z Max Planck Institute, prof. Antony Kosiakoff z uniwersytetu w Chicago, prof. Atilla Tarnok z uniwersytetu w Halle oraz wielu wybitnych naukowców polskich, a wśród nich niemal wszyscy laureaci nagrody FNP w dziedzinie nauk biologicznych.

Historia Wydziału liczy zaledwie 16 lat! W powszechnej opinii odnieśliśmy wielki sukces! Sukces ten zawdzięczamy w pierwszym rzędzie znakomitej kadrze, którą Wydział skupił. O dynamicznym rozwoju tego niewielkie-





go zespołu najlepiej świadczy to, że w tym krótkim przecieź czasie, 13. badaczy habilitowało się, a 10. uzyskało tytuł profesora. Pracownicy naszego Wydziału są laureatami prestiżowych nagród i stypendiów naukowych, takich jak granty Wellcome Trust (prof. Jarosław Marszałek i prof. Igor Konieczny), European Molecular Biology Organization (prof. Igor Konieczny), nagrody głównej FNP (prof. Maciej Żylicz), programu TEAM (prof. K. Liberek), stypendium MISTRZ FNP (prof. Igor Konieczny), stypendium Homing FNP (dr Anna Ignatowicz), stypendium START (16. doktorantów MWB).

Kończąc, chciałabym spróbować odpowiedzieć na pytanie, jakie korzyści przyniosło Gdańskiemu Uniwersytetowi Medycznemu współtworzenie MWB? Sądzę, iż swoim dorobkiem naukowym przyczyniliśmy się w sposób znaczący do podniesienia renomy naukowej tej uczelni. Rozwinęliśmy pionierski w Polsce kierunek studiów o szczególnym profilu – biotechnologii zorientowanej na aplikacje biomedyczne.

Dzięki temu AMG była pierwszą polską uczelnią medyczną oferującą kształcenie na poziomie magisterskim w zakresie biotechnologii. Potencjał naukowy Wydziału pozwala z pożytkiem realizować liczne wspólne projekty badawcze. Nasi absolwenci, cieszący się bardzo dobrą opinią, w znaczący sposób zasilają liczne zespoły naukowe GUMed, szczególnie te zajmujące się badaniami podstawowymi i diagnostyką z wykorzystaniem technik biologii molekularnej. Wielu z nich jest już obecnie cenionymi pracownikami naukowymi lub doktorantami w jednostkach GUMed, np. w Katedrach: Biologii i Genetyki, Histologii i Immunologii, Biochemii, Biochemii Klinicznej, Medycyny Sądowej, Mikrobiologii, Immunologii Klinicznej i Transplantologii, Biologii i Botaniki Farmaceutycznej, ale także w Klinikach: Hematologii i Transplantologii oraz Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii.

Wreszcie *last but not least*, uprawnienie MWB do doktryzowania w dziedzinie nauk biologicznych w zakresie biochemii przyczyniło się do tego, że Akademia Medyczna w Gdańsku mogła z sukcesem ubiegać się o zmianę nazwy na Gdański Uniwersytet Medyczny.

Prof. Ewa Łojkowska,

działek Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG-GUMed

U ruchomienie w Akademii Medycznej w Gdańsku studiów anglojęzycznych, adresowanych do obcokrajowców i przyjęcie przed 7. laty pierwszych studentów było poprzedzone ponad 2-letnim okresem przygotowań.

Nie było to zadanie łatwe; nakładało na Uczelnię i kadre akademicką oraz administrację wiele nowych obowiązków, a także wymagało przełamania licznych stereotypów. Ale chyba możemy mówić o sukcesie, gdyż studia te rozwijają się bardzo dynamicznie i dzisiaj nowy rok akademicki rozpoczyna w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym ogółem blisko 500. studentów obcokrajowców, a dwa pierwsze roczniki, już z lekarskimi dyplomami, opuściły mury naszej Uczelni. Studia anglojęzyczne, oprócz oczywistych korzyści finansowych, przynoszą wiele różnorodnych pożytków. Wymagane na nich wysokie standardy przenieszone są też w dużej mierze na studia polskojęzyczne i przyspieszają modernizację naszego procesu dydaktycznego. Ponadto rozszerzają naszą ofertę przyjęcia studentów zagranicznych w ramach europejskiej wymiany w programie Socrates/Erasmus. Co najważniejsze, przyczyniają się w bardzo znaczący sposób do promocji i budowy korzystnego wizerunku Uczelni, wprowadzając ją do sieci powiązań międzynarodowych. Trzeba więc o nie dbać i doskonalić, byśmy mogli je dalej pomyślnie rozwijać.

Rekrutacja na studia anglojęzyczne w roku akademickim 2009/2010

Już po raz ósmy Wydział Lekarski Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego otwiera swoje drzwi dla chcących kształcić się na studiach anglojęzycznych. Wśród ponad trzystu aplikacji zgłoszonych elektronicznie (232. dopełniły wszystkich warunków, co daje blisko dwie osoby na miejsce) pojawili się kandydaci urodzeni w 40. różnych krajach. Jak co roku dominowali kandydaci ze Skandynawii – dzięki współpracy z agencją Barbary i Andrzeja Jedlińskich, którzy bardzo szczegółowo informują i pomagają kandydatom z tamtego obszaru. Ich działania przekładają się później na przyjęcie do nas wielu dobrych studentów. Kolejnym obszarem pod względem liczebności kandydatów były Stany Zjednoczone i Kanada, a na trzecim miejscu – Arabia Saudyjska. To wzrastające zainteresowanie studiowaniem w GUMed, pomimo zwiększającej się konkurencji, jest wysoce korzystne, gdyż świadczy o renomie, jaką cieszy się Uczelnia poza granicami Polski, wymaga jednak prowadzenia bardzo starannej rekrutacji. W wielu krajach kandydaci uzyskują świadectwa ukończenia szkół średnich w bardzo różnych terminach (np. w Szwecji otrzymują świadectwa już w maju, zaś w Wielkiej Brytanii – dopiero w sierpniu). Dlatego też komisja rekrutacyjna, która pracowała w składzie: przewodnicząca – prodiakan prof. Maria Dudziak, przedstawicielka Uczelnianego Biura Rekrutacyjnego – Anna Kiszka oraz piszący te słowa, rozpoczęła pracę na początku marca, aby przygotować testy egzaminacyjne. Egzamin w tym roku przeprowadzono w Sztokholmie, Göteborgu, Filadelfii, Warszawie, Gdańsku i w Londynie. Wszyscy kandydaci po przedstawieniu świadectw potwierdzających ukończenie nauki biologii i chemii na poziomie szkoły średniej, przystępowali do pisemnego egzaminu z tych dwóch przedmiotów na poziomie polskiej matury w stopniu rozszerzonym. Dla wielu z nich było to bardzo emocjonujące wydarzenie, gdyż był to pierwszy w ich życiu egzamin (m. in. w Szwecji nie przeprowadza się egzaminu odpowiadającego naszej maturze). Następnie kandydaci odbywali rozmowę kwalifikacyjną, podczas której oprócz umiejętności językowych prezentowali swoją sylwetkę, podawali powody, dla których wybrali studia medyczne oraz odpowiadali na podstawowe pytania dotyczące nauk przyrodniczych. Ostatecznie na rok akademicki 2009/2010 przyjęto 150 studentów, a w gronie osób, które uzyskały największą liczbę punktów w procedurze rekrutacji.

Lekarskie studia anglojęzyczne z bliska...

tacyjnej, znaleźli się: Christofer Malm (100% możliwych punktów), Anna Szalek (98%), Hans Patrik Jansson (96%), Johan Peter Lindén (92%) oraz Aso Esmail Nejad (90%). Wielu tegorocznych kandydatów mówiło, że ich rodzeństwo, krewni bądź przyjaciele studiują już w GUMed i ich zachęta miała duży wpływ na wybór naszej Uczelni. Mam nadzieję, że już niedługo nowo przyjęci studenci nie tylko będą zadowoleni z dokonanego wyboru, ale i sami staną się gorącymi orędownikami studiowania w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym.

Dr Sławomir Wójcik,
opiekun I roku ED

Studenci kierunku lekarskiego anglojęzycznego

Rok akademicki	Studenci przyjęci na I rok studiów	Absolwenci
2002/2003	16	
2003/2004	25	
2004/2005	67	
2005/2006	92	
2006/2007	116	
2007/2008	152	19
2008/2009	125	7
2009/2010	150	

Peter Deeg, absolwent English Division z 2009 r. w rozmowie z „Gazetą AMG”

Gratuluje otrzymania dyplomu i proszę się krótko przedstawić.

Nazywam się Peter Deeg, pochodzę z Niemiec i rozpocząłem studia w AMG w 2003 roku. Wybrałem Polskę i Gdańsk, ponieważ mam tutaj rodzinę i mówię po polsku. Jako Niemiec miałem też możliwość studiowania w języku niemieckim w Budapeszcie albo w Szeged, ponieważ jednak mam rodzinę w Gdańsku, to zdecydowałem się na GUMed.

Przedstaw proszę swoje koleżanki i kolegów, którzy razem z Tobą odebrali w tym roku dyplomy lekarskie naszej Uczelni.

Było nas łącznie 27 osób, które rozpoczęły studia w Gdańsku. Troje studentów przeniosiło się do Warszawy, gdyż chcieli poznać jeszcze inną uczelnię oprócz Gdańska i zdobyć nowe doświadczenia. Nie byli pewni poziomu, programu i organizacji kształcenia na świeżo utworzonym English Division w Gdańsku i woleli studiować w uczelni, która miała większe doświadczenie w kształceniu obcokrajowców. Inny student przeniósł się, bo uzyskał miejsce na studiach w języku szwedzkim. Wreszcie wielu nie poradziło sobie z egzaminami albo brali urlopy dziekańskie z powodów osobistych. Tak więc ostatecznie zostało nas siedmioro, którzy mogli odebrać dyplomy.

Czy AMG była dla Was przyjazną Uczelnią? Czy trudno było studiować w Polsce i co sprawiło Wam największą trudność?

Wszystkie początki są trudne. Czasami czuliśmy się jak króliki doświadczalne. Ponieważ byliśmy drugim z kolei rocznikiem, odczuwaliśmy, że jeszcze nie wszystko było dobrze zaplanowane i zorganizowane, lecz w miarę upływu lat było coraz lepiej i zaadaptowaliśmy się do systemu. Z drugiej strony fakt, że pierwsze trzy lata studiów lekarskich były takie pracowite i wymagające pracy po nocach, nie czynił tej adaptacji łatwą. Kiedy rozpoczęły się zajęcia kliniczne, było już trochę więcej wolnego czasu i było nam lepiej.

Niektórym spośród nas trudno było zrozumieć i przyzwyczaić się do polskich zwyczajów i panujących reguł. Szczególnie frustrujące były kontakty z administracją. Studenci, którzy byli przyzwyczajeni do tego, że administracja uczelni powinna być w pełni skomputeryzowana i oparta na technologii elektronicznej, nie mogli poradzić sobie z taką ilością pieczętek, pism, podpisów i różnych dokumentów, jaką musieli zdobywać i przedstawiać w ciągu kilku ostatnich lat.

Wydaje mi się, że niektórzy studenci mieli, i zapewne jeszcze nadal mają, poważne trudności w dostosowaniu się do systemu obowiązującego w Polsce, co stwarza im niewątpliwie wiele problemów, utrudniając skupienie uwagi na merytorycznej stronie studiów.

Dla młodych ludzi oddalenie od domu, wejście w nowe otoczenie jest dodatkowym wyzwaniem i stresem, z którym nie wszyscy umieją sobie poradzić. Na pierwszym roku mieliśmy trudności ze zrozumieniem niektórych wykładowców i profesoro-



rów. Nie wszyscy spośród nauczycieli mówili po angielsku w sposób dla nas zrozumiały. Upłynęło trochę czasu do momentu, gdy zaczęliśmy się rozumieć, a konwersacja stała się możliwa. Podsumowując te uwagi, mogę powiedzieć, że potrzeba nam było dwu do trzech trudnych lat, by w pełni przyzwycząić się i zaadaptować do nowej sytuacji.

Dlaczego wybraliście studia w Polsce? Co Was w Polsce najbardziej zdziwiło i zaskoczyło?

Większość z nas trafiła tutaj za pośrednictwem agencji rekrutacyjnej p. Jedlińskiego. Niektórzy – ze względu na koneksje rodzinne, jak ja czy Adam Kawiński, którego rodzice są absolwentami gdańskiej Akademii Medycznej.

Jedną z istotnych różnic jest to, że system nauczania w Polsce oparty jest w głównej mierze na wykładach i jest mniej interaktywny. Nawet seminaria nie są prawdziwie interaktywne. Zdziwienie budzi także fakt braku dobrej komunikacji pomiędzy różnymi jednostkami prowadzącymi dydaktykę i pomiędzy tymi jednostkami a administracją oraz pomiędzy tutorami a jednostkami dydaktycznymi. Współdziałanie jest bardzo istotną rzeczą, tymczasem jako studenci stale odnosiliśmy wrażenie, że głowa nie wie, co czyni ogon.

Czy czujecie się dobrze przygotowani do pracy zawodowej? Jak oceniacie proces kształcenia w Uczelni, który właśnie zakończyliście?

Nauczyliśmy się tutaj dużo, a ci co chcieli, mogli się nauczyć jeszcze więcej. Akademia oferowała nam wiele możliwości. Obecnie czekamy na rozpoczęcie stażu, podczas którego znacznie się główna część naszej nauki. Teraz okaże się, czy nauczaliśmy się wystarczająco dużo, aby podjąć pracę. Z całą pewnością mamy w głowach dużą wiedzę teoretyczną. Szkoła, że podczas studiów nie mieliśmy więcej zajęć praktycznych. Sądzę jednak, że jedni wolą zajęcia praktyczne, a inni przywiązują większą wagę do dobrego opanowania teorii. Obecnie jedynie dziekani i rektorzy mogliby ocenić, jak jesteśmy przygotowani do zawodu. Naszą opinię będziemy mogli wyrazić za kilka miesięcy czy lat po zakończeniu stażów.

Co ze stażem podyplomowym? Jakie macie plany na przyszłość?

Większość z nas powraca na staż do macierzystych krajów. Norwegia na przykład miejsca stażowe przydziela drogą losowania. Większość studentów będzie rozpoczynała staż w sierpniu. Ci, którym się nie powiedzie w losowaniu, będą musieli czekać na następne losowanie w lutym. W Szwecji należy ubie-

gać się o staż bezpośrednio w szpitalach. Po rozmowie kwalifikacyjnej z dyrektorem możesz być przyjęty lub nie. W USA wymagane jest zaliczenie drugiego testu USMLE, aby rozpocząć rezydenturę. W Niemczech sześciolatnie studia lekarskie obejmują już staż, a na zakończenie studiów zdaje się obszerny państwowy egzamin, który jest podobny do polskiego LEP-u lecz trwa trzy dni i obejmuje także patologię i patomorfologię, farmakologię, historię medycyny i wszystkie przedmioty kliniczne.

Jeżeli o mnie chodzi, to mogę przystąpić do tego egzaminu w Niemczech lub pozostać w Polsce i odbyć staż tutaj. Staż w Polsce wydaje się mieć szerszy program aniżeli w Niemczech i pozwala na lepsze zapoznanie się z różnymi specjalnościami medycznymi zanim rozpocznie się właściwą specjalizację. Ponieważ jeszcze nie jestem zdecydowany, jaka specjalność będzie mnie interesowała, wydaje się to być dobrą alternatywą. Następnie mógłbym zdawać LEP po polsku albo po angielsku.

Mam nadzieję, że w przyszłości będziemy mogli spotkać się znowu, a Gdańsk umożliwi to nam po raz drugi. Teraz wszystko zależy od stażu. W zależności od tego, jak sobie na nim poradzimy, wybierzemy sobie specjalności najbardziej odpowiadające naszym możliwościom i zainteresowaniom.

Gratuluję raz jeszcze dyplomu i dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał prof. Wiesław Makarewicz

„Gazeta AMG” rozmawia z opiekunami studentów English Division

I roku – dr. Sławomirem Wójcikiem (SW) z Zakładu Anatomii i Neurobiologii oraz IV roku – dr Anną Drobińską-Jurowiecką (ADJ) z Katedry i Kliniki Gastroenterologii i Hepatologii

Jak Państwo oceniacie przygotowanie i motywację do nauki studentów ED?

(SW) Pracuję ze studentami ED od początku uruchomienia tego kierunku w naszej Uczelni. Z motywacją ich do nauki, którą miało być uzyskanie ciekawego i poważanego zawodu, spełnienie marzeń, zabezpieczenie przyszłych korzyści materialnych, nie było większych problemów. Natomiast przygotowanie do nauki i studiów pozostawiało czasami wiele do życzenia. Początkowo mała liczba studentów pozwalała na nadrobienie zaległości większym wkładem pracy ze strony nauczycieli akademickich. Teraz, gdy liczba studiujących znacznie wzrosła, mimo najlepszych chęci, nie można zająć się problemami merytorycznymi każdego studenta z osobna. Na szczęście, przygotowanie studentów stopniowo ulega poprawie. Egzamin wstępny, sprawdzające podstawowe informacje z biologii i chemii, przez które musi obecnie przejść każdy kandydat, spełniają swoją rolę. Zaczyna też coraz lepiej działać współpraca pomiędzy studentami i wyraźnie widać efekty pomocy, jaką udzielają studenci z wyższych lat.

(ADJ) Należy przede wszystkim podkreślić, że z każdym kolejnym rocznikiem przyjmowanym na naszą Uczelnię poziom studentów wyraźnie wzrasta. Obecnie przyjmowani są kandydaci na bardzo dobrym poziomie. Prowadząc zajęcia na pierwszym typowo klinicznym roku, jakim jest rok IV, mamy do czynienia również z dobrze przygotowanymi teoretycznie studentami, którzy zdobyli i świadomie wykorzystują wiedzę z nauk podstawowych w praktyce klinicznej. Zwraca jednak uwagę fakt dość dużego kontrastu między studentami – w każ-





dym roczniku wyraźnie wybijają się studenci świetnie przygotowani, bardzo ambitni i zmotywowani oraz tacy, którzy zarówno poziomem wiedzy, jak i podejściem do zajęć oraz prowadzących je asystentów, bardzo wyraźnie odstają od pozostałych. Wydaje się jednak, że ta dysproporcja z roku na rok jest coraz mniejsza na niekorzyść tych ostatnich.

Co w Uczelni najbardziej utrudnia właściwą organizację dydaktyki na ED?

(SW) W mojej opinii, właściwa organizacja dydaktyki nie jest możliwa, jeżeli baza dydaktyczna nie jest wystarczająca. Dostępne powinny być więc sale wykładowe, seminaryjne i ćwiczeniowe umożliwiające prowadzenie zajęć przez wszystkie zakłady w odpowiednich warunkach. Myślę, że wielu nauczycieli akademickich, niezależnie od tego, na jakim kierunku prowadzi zajęcia, spotyka się z tym problemem.

(ADJ) Nie mamy jeszcze zbyt dużego doświadczenia w nauczaniu anglojęzycznym – dopiero drugi rocznik studentów ED zakończył kształcenie w naszej *Alma Mater*. Wydaje się jednak, że już dość płynnie wdrożyliśmy się zarówno jako instytucja, jak i kadra nauczycielska w te zajęcia. Nie oznacza to jednak braku problemów. Niektóre wynikają z samej specyfiki kształcenia w języku obcym. Dla studentów, co często sami podkreślają, problemem jest brak dostatecznej znajomości języka polskiego. Utrudnia to w znacznym stopniu na latach klinicznych kontakt z pacjentem i ogranicza możliwość pełnego zrozumienia specyfiki oraz obrazu klinicznego danej jednostki chorobowej. Studenci podkreślają, że brak należytej komunikacji z chorym stanowi szczególnie problem w przedmiotach z zakresu interny oraz na zajęciach z psychiatrii. Przyczyny braku lub bardzo słabej znajomości naszego języka należy chyba upatrywać w zbyt małej motywacji studentów do rzetelnej jego nauki. Ich zdaniem, język polski jest dla nich językiem bardzo trudnym, językiem, z którym większość z nich nie miała nigdy do czynienia, i którego właściwie nie

będą w przyszłości używać, gdyż ogromna większość z nich wraca po studiach do pracy do swych rodzimych krajów.

Na pewno jednym z większych problemów w obliczu coraz liczniejszych roczników przyjmowanych do naszej Uczelni, jest problem lokalowy, a szczególnie brak odpowiedniej liczby dużych sal wykładowych, ale także sal seminaryjnych oraz konieczność godzenia równolegle prowadzonych zajęć z grupami polskojęzycznymi.

Jakie są pożądane kwalifikacje i predyspozycje nauczycieli akademickich do nauczania na ED?

(SW) Nie wydaje mi się, aby, prócz umiejętności dobrej komunikacji w języku angielskim, nauczyciel akademicki uczący studentów ED musiał mieć jakieś specjalne predyspozycje, odmienne od tych, którymi powinien dysponować na studiach polskojęzycznych. Umiejętność łatwego i ciekawego przekazywania wiedzy, tolerancja, zdolność nawiązywania kontaktów to przecież cechy, które są pożądane u każdego nauczyciela akademickiego, niezależnie czy uczy studentów ED, czy studentów polskojęzycznych. Najważniejsze jest pozytywne podejście i chęć pracy ze studentami; bez tego nawet przy wszystkich innych walorach i możliwych kwalifikacjach trudno myśleć o efektywnym nauczaniu czy to po polsku, czy też po angielsku. A studenci to pozytywne podejście i chęć do pracy z nimi wyzywają natychmiast.

(ADJ) Jest oczywiste, że poza rzetelną wiedzą medyczną z danej dziedziny oraz umiejętnościami dydaktycznymi, osoba prowadząca zajęcia ze studentami ED musi wykazać się bardzo dobrą znajomością języka angielskiego mówionego oraz bogatym słownictwem medycznym. W miarę nabywania doświadczenia przy prowadzeniu kolejnych roczników ED przyjść natomiast powinna umiejętność radzenia sobie z wielonarodowościową grupą młodych ludzi – wywodzących się z różnych kultur i religii, nierzadko pozytywnie, ale też i negatywnie zaskakujących nas podejściem do chorego, kolegów z grupy czy też asystentów prowadzących zajęcia.

Co w Państwa opinii w procesie rekrutacji i nauczaniu anglojęzycznym należy zmienić lub poprawić?

(SW) Stały, coroczny wzrost liczby zgłaszających się kandydatów, rozwój informatyzacji i nabywanie doświadczenia (w tym wymiana informacji w ramach współpracy z European Association for International Education) w znacznym stopniu zmieniły proces rekrutacji studentów. Dalsze zmiany, mające



na celu wyselekcjonowanie najlepszych kandydatów, planuje się na rok akademicki 2010/2011.

Od momentu rozpoczęcia nauczania na ED celem było zbliżenie nauczania polskojęzycznego i anglojęzycznego zarówno na poziomie wymagań, jak i całości procesu kształcenia. Połączenie doświadczenia, jakie pracownicy Uczelni nabyli przez lata kształcenia polskich lekarzy (jak pokazuje egzamin LEP przynoszące dobre efekty) z nowościami, jakie trzeba wprowadzić do procesu nauczania (konieczność stosowania międzynarodowych podręczników etc.) jest, moim zdaniem, bardzo dobrym rozwiązaniem. Proces nauczania jest bardzo zróżnicowany w poszczególnych jednostkach i trudno tu podać jakiś ogólny pomysł, mający go usprawnić. Wiele wskazówek można usłyszeć bezpośrednio od studentów podczas rad pedagogicznych, bo czasami nawet znikoma zmiana (np. wywieszenie informacji w języku angielskim o tym, gdzie należy zostawiać indeksy) może wpłynąć na usprawnienie procesu nauczania.

(ADJ) Niewątpliwie, coraz lepszy poziom naszych studentów ED zawdzięczamy większej liczbie kandydatów oraz bardziej restrykcyjnym kryteriom naboru. Selekcja kandydatów powinna uwzględniać zarówno wiedzę merytoryczną zdobytą w szkole średniej przez kandydatów, jak również dobrą znajomość języka angielskiego.

Nasza Uczelnia i jej kadra przez lata zdobywały doświadczenia w edukacji młodych adeptów sztuki medycznej. Lekarze naszej Uczelni dobrze zdają egzaminy państwowe i są cenionymi pracownikami w kraju i zagranicą. Wydaje się więc, że te doświadczenia należy w równej mierze wykorzystywać w nauczaniu anglojęzycznym. Wielokrotnie w rozmowach ze studentami ED słyszymy, że chcieliby być traktowani na równi ze studentami polskojęzycznymi – nie lepiej i bardziej pobłażliwie, bo płacą za studia i są tu tylko „gośćmi”. Ale też i nie gorzej, bo są obcy i mniej zdolni czy mniej zmotywowani. Wydaje mi się, że w tych postulatach, ale też w innych, jak choćby o nieoddzielaniu ich od polskich studentów w akademikach czy umożliwieniu stworzenia samorządu studenckiego ED, jest przemożna chęć stanowienia integralnej części naszej Uczelni. Powinniśmy starać się temu sprostać.

Rozmawiał prof. Wiesław Makarewicz

Garść wspomnień...

To już 7 lat minęło! Doskonale pamiętam dzień, w którym prof. Janusz Moryś przyszedł do Zakładu z wiadomością o uruchomieniu na Wydziale Lekarskim studiów lekarskich w języku angielskim przeznaczonych dla zagranicznych studentów. Otrzymałem wówczas propozycję objęcia funkcji opiekuna I roku, na którą chętnie przystałem. Czekano nas wszystkich niełatwe zadanie. Należało bowiem od podstaw zorganizować nauczanie przedmiotów w języku angielskim.

Zaczęliśmy od mozolnego ustalania planu. Polegało to na wypełnianiu luk w istniejącej od dawna siatce godzin, która już wtedy wydawała się mieć jedynie bardzo małe oczka... W końcu, z niemałym trudem, udało się nam ułożyć plan zajęć dla pierwszego roku English Division, obejmującego dwie grupy studentów.

Rekrutację przeprowadziła dla nas agencja dr. Jedlińskiego ze Skandynawii. Otrzymaliśmy listę obco brzmiących nazwisk i wspólnie z Magdą Śliwińską, z dziekanatu Wydziału Lekarskiego, rozpoczęliśmy organizację pobytu zagranicznych studentów w Gdańsku. Na ich potrzeby z części akademika przy ul. Dębowej wydzielono jedno piętro. Przystąpiono także do wykonania niezbędnych prac remontowych.



Studia na nowo otwartym kierunku rozpoczęły się trzytygodniowym kursem przygotowawczym, w czasie którego przyszli studenci mieli okazję zetknąć się z językiem polskim i przyswoić podstawowe zwroty. Kurs ten, obejmujący także elementarną wiedzę z zakresu biologii, chemii i fizyki, z jednej strony pozwolił nam ocenić przygotowanie studentów, a z drugiej – umożliwił choć częściowe wyrównanie poziomu.

Przyjazd nowych studentów zrobił na mnie niemałe wrażenie. Najbardziej w pamięć zapadł mi dzień pierwszy. Rano pojawiłem się w akademiku i zebrałem wszystkich przy portierni. Przedstawiłem Magdę Śliwińską i siebie, a następnie przeczytałem, nie bez trudności, nazwiska obecnych, po czym wyruszyliśmy na spacer. Biblioteka, Studium Języków Obcych, Dziekanat, Collegium Biomedicum... Na koniec udaliśmy się do sali wykładowej, gdzie krótko opowiedziałem o naszej Uczelni, organizacji roku akademickiego, przedmiotach; o tym, jak się poruszać w gąszczu regulaminów, przepisów, egzaminów, zaliczeń, kolokwium. Oczywiście, nie zapominałem wspomnieć o najważniejszym – o nauce, która odtąd miała stać się ich chlebem powszednim. Patrząc z perspektywy lat, chyba część z nich przez długi czas pozostawała głodna...

Wracając myślą do ówczesnej sytuacji w kraju, to trzeba przyznać, że nie była ona szczególnie pomyślna dla naszych zagranicznych studentów. Byliśmy w Europie, właściwie w niej nie będąc. Obowiązek meldunkowy, wizowy, karta pobytu, formularze do wypełniania w języku polskim, PESEL, oryginały zaświadczeń, pieczętki, podpisy, kolejki w urzędach, w których, na szczęście, powoli nastawał nowy ład i porządek... W obliczu tego całego zamieszania, zdziwienie, malujące się często na twarzach nowych studentów, było czymś naturalnym i zrozumiałym.

Trzy tygodnie upłynęły jak przysłowiowy trzask z bicia. Naszych pionierów czekało przyjęcie w poczet społeczności akademickiej, a mnie – zaszczyt prowadzenia tej ważnej dla wszystkich uroczystości. Było to dla mnie zupełnie nowym i niezwykłym doświadczeniem. Do dziś pamiętam zwroty protokołu immatrykulacji. Potem parę słów bardziej osobistych skierowanych do nich, do studentów... Mam nadzieję, że zebrani nie słyszeli wzmocnionego przez aparaturę bicia serca, jakie towarzyszyło mi w czasie tego przemówienia.

Sześć lat później otrzymałem zaproszenie na dyplomatorium. Rozpoznałem, choć nie bez problemu, twarze pierwszych studentów i z nieukrywanym wzruszeniem, w czasie wygłoszonego przemówienia, nawiązałem do słów wypowiedzianych przed laty podczas immatrykulacji.

Dr med. Jerzy Dziewiątkowski

Z pamiętnika starej, doświadczonej lekarki

W okresie naszego życia zawodowego dokonał się ogromny postęp, zarówno w diagnostyce i leczeniu, a także w sposobie komunikowania się. Nie zdawałam sobie sprawy, że wprowadzenie telefonu komórkowego, a dokładniej możliwości komunikowania się drogą SMS-ów, może pomóc w relacjonowaniu stanu zdrowia chorego, wyznawania uznania i podziękowania lekarzowi prowadzącemu. Oto doświadczenie ostatnich miesięcy mojej lekarskiej służby, którym chciałabym się podzielić.

Stało się to za sprawą 80-letniego chorego, uroczego trójmiejskiego profesora (z obcej mi zupełnie branży). Ów pan został do mnie skierowany na leczenie uzupełniające cytostatykami po zabiegu operacyjnym z powodu raka jelita grubego. Biorąc pod uwagę wiek kalendarzowy chorego, robiłam to z wielką dozą ostrożności, więcej – pomimo wieloletniego doświadczenia – z wielkim strachem, pamiętając o zasadzie *primum non nocere*.

Miałam nosa, wszystko szło jak po grudzie: nudności, wymioty. Po pierwszym kursie zadzwoniłam z pytaniem o tolerancję leczenia. No i zaczęło się SMS-owanie. Pozwolę sobie przytoczyć kilka najciekawszych spośród nadesłanych wiadomości:

– Szanowna i Droga pani Doktor. Ależ to wspaniała niespodzianka. Żaden lekarz jeszcze do mnie nie telefonował, zgłaszam Panią do nagrody Nobla.

Potem pojawiły się bóle jamy brzusznej – wizyta w przychodni, po badaniu:

– ... poczułem ciepło Pani rąk, po którym ból ustąpił. Jest Pani pierwszym lekarzem tak uspokajająco wpływającym na mnie.

W czasie kolejnej wizyty poprosiłam o wizytę u kardiologa.

– ... Mój kardiolog z AMG, gdy dowiedział się, że jestem pod opieką dr Karnickiej, zapytał, jak Pan się dostał do „najlepszego” specjalisty, odpowiedziałem, że Aniołowie doprowadzili mnie. Tak, jesteś moim Aniołem. Czy Anioła można całować? Ja odważę się i to nie tylko ręce. Sługa Anioła.

W styczniu profesor wyjechał samodzielnie do Krakowa.

– ... kochany Dobry Duszku Mój, serdeczne pozdrowienia z zaczarowanego Krakowa śle niemal całkowicie zdrowy Fryderyk. Nie ma żadnego problemu, wszystko gra.

No i przestało, bo następnego dnia pacjent przewrócił się, złamanie czaszki i wylew, na szczęście w niegroźnej okolicy mózgu, utrata przytomności na 3 dni, pobyt w Klinice Neurologii w Krakowie, a następnie na Zaspie. Chemioterapia została oczywiście odroczone.

– ... o Pani Moja, jestem radosny, że nie zapominasz o mnie powoli dochodzącym do siebie. W twojej intencji oddałem w Sopocie krew. Serdeczności.

I tak powoli dochodzi do siebie, chociaż w międzyczasie atak padaczki, trepanacja na neurochirurgii. Trochę dużo jak na 80-latkę, ale co znaczy chęć życia !!!

– Drogi i Szanowny Mój Najlepszy Duszku, od 13-tej jestem w domu, nareszcie głowa przestała dokuczać. Najbardziej oczekuję kontaktu z Wielką Hanną. Jesteś jak Najśrodszy Plaśter. Nie wyobrażam sobie Innego Opiekuna, który byłby bardziej czuły. Bez Ciebie, bez twojego Słowa życie upływa mi smutno. Nie mogę się doczekać wizyty we wtorek. Jestem „otulony” bandażami przez AMG. Fryderyk Sęskniony.

Po wizycie w poradni:

– Szanowna i Droga Opiekunko Moja, jeszcze raz dziękuję za wczorajsze użyczenie chwili niezbędnej człowiekowi takiemu jak moje, chciałoby się rzec „przyszłe zwłoki”. Dzisiaj czuję się trochę lepiej, to reakcja na twoje Wspaniałe Dłonie. Życz, by takich Dłoni było więcej, Twoje gorąco całują. Fryderyk Stary.

– Dziękuję Mej Przewodniczce Zdrowia za nadesłany do mojej córki katechizm lekarski, który wprowadzam w życie. Fryderyk Chemiczny.

W międzyczasie w badaniu palpacyjnym powiększona wątroba, w badaniu TK – przerzuty w wątrobie. W świetle powyższego musiałam zrezygnować z dalszej chemioterapii, tylko jak mu to wytłumaczyć. Po trudnej rozmowie:

– Wspaniała Pani Doktor, Droga Haneczko, słuchając Twego „wykładu” każdy pacjent oburącz podpisałby się pod Twoją decyzją leczenia. (W istocie nie leczenia!).

Pacjent został przekazany do dalszego leczenia miejscowego termo- i chemoablacją zmian w wątrobie, no i kolejne SMS-y może mniej medyczne. Czy to tylko medycyna, czy też może SMS-owe kochanie?

– Kochana moja Zbawicielko, jestem zszokowany, że będę mógł Cię zobaczyć dopiero za 2 miesiące. Będę przychodził częściej, by na Ciebie popatrzeć i ucałować Twe Piękne Dłonie. Twój Wielbiciel.

– Specjalnie dla Ciebie, Wybitnej Osobowości i Ukrytej miłości, niespożytych serdeczności, pozdrawia Wybraniec Bogów.

Relacja po zabiegu – wątroba ciągle mi dokucza, a po moim telefonie:

– Twój telefon był Cudownym Lekiem na moją psychikę. Byłem przekonany, że dochodzę do finiszu, dziękuję gorąco za Dryrgenturę MEJ OSOBY, jest to wspaniałe, czuję się blisko WYLECZENIA (dzięki Tobie) moja „nadgryziona” wątroba wraca do normy. Usłałbym Ci kwiatami dywan, życzę, by słońce dodawało Ci siłę i dotychczasowego temperamentu. NON STOP serdeczności.

Miłe są te wyznania u schyłku zawodowej kariery, czyż nie?

Hanna Karnicka-Młodkowska



Farmacja – zmieniająca się sylwetka absolwenta

Według elementarza Mariana Falskiego „Pan aptekarz to jak kucharz, co dla wszystkich strawę warzy...”. Taka „definicja” najlepiej świadczy o tym, jak bardzo zawód farmaceuty jest kojarzony z wykonywaniem leku. Nic nie jest jednak w rzeczywistości tak proste jak w elementarzu....

Współczesną definicję farmaceuty można oprzeć na zapisach w ustawie „Prawo farmaceutyczne”, które mówią, że „wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielanie usług farmaceutycznych”. Usługą farmaceutyczną jest natomiast: wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, sporządzanie leków recepturowych i aptecznych, udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych. W odniesieniu do aptek szpitalnych usługą farmaceutyczną jest również: organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne, ustalanie procedury wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych na oddziały oraz dla pacjenta, udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków, udział w racjonalizacji farmakoterapii, współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu, sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego i dojelitowego, przygotowywanie leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych, wytwarzanie płynów infuzyjnych, przygotowywanie roztworów do dializy, udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala, ewidencjonowanie próbek do badań klinicznych oraz uzyskiwanych darów produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

W ustawie jest więc mowa o farmaceutyce-aptekarzu. Aptekarzem jest „farmaceuta wykonujący zawód w aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej”. Trzeba jednak przyznać, że pomimo ugruntowania historycznego i prawnego, termin „aptekarz” nie cieszy się w środowisku popularnością.

Aktualnie mamy sytuację, że kończy studia magister farmacji, który jest farmaceutą, ale tylko może co 20. absolwent (brak oficjalnych danych) nie zostaje aptekarzem. Niestety, zbyt rzadko zdarza się, że farmaceuta trafia do firmy farmaceutycznej, gdzie bierze udział przy wytwarzaniu i badaniu leku lub zajmuje się informacją o leku (jeżeli tego ostatniego nie czyni absolwent AWF...).

Zmiany w dostępności miejsc pracy dla farmaceuty są na przestrzeni lat znaczące. Poniżej chciałabym przedstawić skróto ewolucję sylwetki absolwenta wydziału farmaceutycznego i związaną z tym ewolucję programów nauczania. Nie koncentruję się wyłącznie na Wydziale Farmaceutycznym naszej Uczelni, ponieważ zjawiska te dotyczą całego kraju i obowiązuje ogólnopolski program nauczania farmacji.

Lata przedwojenne

Farmaceuta-aptekarz powiernikiem, doradcą, mistrzem wykonania leku na recept

W latach 20. i 30. XX w. dużą uwagę w nauczaniu farmacji przykładano do chemii oraz biologii, jak też do przedmiotów dotyczących działania leków, ze szczególnym uwzględnieniem surowców roślinnych oraz technologii form leku. Nowoczesne podejście do zawodu realizowano poprzez kształcenie w dziedzinie toksykologii i nauk o środkach spożywczych. Ciekawe jest, że w dobie prywatnych aptek brakowało na wydziałach farmaceutycznych nauczania elementów ekonomii czy zarządzania. A przecież farmaceuci z powodzeniem prowadzili apteki jako przedsiębiorstwa i często też zakładali firmy farmaceutyczne. Zdobywanie umiejętności „menadżerskich” rezerwowano na okres stażowania w aptece pod okiem mistrza –

właściciela apteki. Podobnie, dopiero w czasie pracy w aptece farmaceuta uczył się doradzać pacjentowi, przede wszystkim dzięki podpatrywaniu doświadczonych kolegów, gdyż szerokiej wiedzy wymaganej w poradnictwie farmaceuta nie mógł pozyskać w trakcie 3–4-letnich studiów.

Szacunek i całkowite zaufanie pacjenta do aptekarza było powszechne, a nić porozumienia pomiędzy farmaceutą i pacjentem była zawsze silna, pomimo że nikt nie nauczał „komunikacji interpersonalnej”.

Lata 50. XX w.

Farmaceuta-aptekarz zdobywający nowe miejsca pracy

W nowej, powojennej rzeczywistości reformatorzy nauczania farmacji postulowali – „farmacja nie jest tylko zespołem pewnych mechanicznych czynności recepturowych, lecz w pierwszym rzędzie wytwarzaniem i kontrolą leków; bez znajomości chemii farmaceutycznej, bakteriologii czy farmakodynamiki farmaceuta staje się kupcem nie znającym się na towarze, który sprzedaje”.

Zmieniony został program zajęć – rozszerzono wymienione powyżej przedmioty, a zwłaszcza przedmioty chemiczne. W czasie już 5-letnich studiów magisterskich (reforma z roku 1957) nauczano chemii nieorganicznej, organicznej, analitycznej, analizy organicznej, chemii fizycznej i koloidów, chemii leków, a także technologii środków leczniczych (tzw. „synteza”). Uzasadnieniem dla tak rozbudowanego programu nauczania chemii były liczne stanowiska oczekujące na farmaceutów w laboratoriach analitycznych – przemysłowych, środowiskowych, klinicznych. Podejmowano też próby lepszego przygotowania farmaceuty do pracy w aptece szpitalnej, ale, w mojej ocenie, nigdy nie udało się zreformować studiów pod tym kątem.

Praktyczną naukę zawodu aptekarza umożliwiły miesięczne praktyki wakacyjne wprowadzone najpierw po III roku (w aptece otwartej), a potem również po IV roku (w aptece szpitalnej).

Lata 60. XX w.

Farmaceuta przygotowany do pracy w aptece, laboratorium klinicznym i analitycznym

Stojące otworem przed farmaceutą miejsca pracy w placówkach pozaaptecznych, głównie w laboratoriach analitycznych i klinicznych, przemyśle i laboratoriach galenowych, wymagały bardziej specjalistycznego przygotowania. Dlatego narodził się pomysł wprowadzenia po III roku kierunków (specjalizacji). Na Wydziale Farmaceutycznym AMG były to kierunki: farmacji aptecznej, analityki farmaceutycznej i analityki klinicznej. Na niektórych wydziałach pojawiały się też inne, np. technologiczny, zielarski. Studenci mogli odbywać praktyki wakacyjne po IV roku nie tylko w aptece szpitalnej, lecz w zależności od wybranego kierunku, w różnego typu laboratoriach.

Lata 70. XX w.

Farmaceuta w laboratorium i w przemyśle

Kontynuowana była idea nauczania ukierunkowanego na różne miejsca pracy. Miejsc takich nie brakowało w całej Polsce, ponieważ nadal prosperował monopolistyczny państwowy „Cefarm”, nie tylko zarządzający aptekami, lecz również posiadający laboratoria i wytwórnie (zwane „galenowymi”). Wielu farmaceutów zatrudnionych było w zakładach farmaceutycznych.

nych zjednoczenia „Polfa”. Oczywiście, większość absolwentów znajdowała zatrudnienie w aptece otwartej i szpitalnej.

Na niektórych wydziałach farmaceutycznych, na potrzeby szeroko rozumianej misji zawodowej, tworzono takie zakłady naukowo-dydaktyczne, jak „Organizacji i Ekonomiki Służb Farmaceutycznych”, „Biosyntezy Leków” czy „Badania Środowiska”.

Lata 80. XX w.

Próba wykreowania farmaceuty klinicznego

Pomimo dużego zainteresowania kierunkami analitycznymi, zdecydowana większość absolwentów, nawet po tych kierunkach, wybierała pracę w aptece. Mimo tej sytuacji nie zreformowano studiów, tak by absolwenci lepiej byli przygotowani do pracy z pacjentem. Prawdą jest jednak, że większą uwagę w kształceniu przykładano do nauczania biochemii i biofarmacji. Wynikało to m.in. z rozwijanej na świecie (głównie w USA) idei farmacji klinicznej. Niestety, w Polsce wszelkie próby umiejscowienia farmaceuty w zespole z lekarzem i pielęgniarką „przy łóżku chorego” skończyły się niepowodzeniem – nie wiadomo, czy dlatego, że nie nastąpiła reforma programu studiów, czy bardziej dlatego, że pomysł nie został zaakceptowany przez lekarzy. To niepowodzenie nie pomogło też intensywniej rozwijać nauczania kluczowych dla praktyki aptecznej przedmiotów, takich jak farmakologia i patofizjologia. Nadal dominowała w programie studiów chemia.

Lata 90. XX w.

Farmaceuta biznesmenem

Przeobrażenia ustrojowe po roku 1989 umożliwiły prywatyzację aptek, z czego bardzo chętnie skorzystali farmaceuci. Lata 90. to okres prawdziwej prosperity finansowej aptek. Jednocześnie wyraźnie wzrosło zainteresowanie studiowaniem farmacji i, co ciekawe, do zawodu zaczęli gnać się mężczyźni.

Pomimo ogromnych przeobrażeń zawodowych, system nauczania nie uległ zmianie przez całe dziesięciolecie i w efekcie brakowało wśród nauczanych przedmiotów takich, które przygotowywałyby do prowadzenia przedsiębiorstwa, jakim stała się apteka. Absolwenci odczuwali brak wiedzy z zakresu ekonomii, marketingu, zarządzania. Pojawily się też podejrzenia niewłaściwego pod względem ekonomicznym traktowania absolwentów odbywających po studiach obowiązkowy roczny staż apteczny.

Początek wieku XXI

Aptekarz wspierający lekarza w opiece nad pacjentem

Początek trzeciego tysiąclecia przyniósł poważne zmiany w systemie nauczania farmacji, które miały być odpowiedzią na oczekiwania środowiska zawodowego. W roku 2004 zaczęły obowiązywać ustalone przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego (faktycznie „podyktowane” przez Unię Europejską) standardy nauczania (minimalne wymagania programowe) na kierunku farmacja: zlikwidowane zostały kierunki i włączono do programu studiów obowiązkowy 6-miesięczny staż apteczny, co spowodowało wydłużenie okresu studiów do prawie sześciu lat. Z myślą o przygotowaniu studentów do przyszłej pracy w ramach nowoczesnego systemu opieki zdrowotnej wprowadzono nowe przedmioty, wśród których znalazły się: ekonomika i zarządzanie, farmacja praktyczna w aptece, farmakoterapia z informacją o lekach. W powstających pracowniach komputerowych rozpoczęto kształcenie studentów w zakresie obsługi programów aptecznych i wykorzystywania baz danych o lekach.

Szansę na ukierunkowanie wiedzy i umiejętności studenta miały dawać przedmioty fakultatywne, lecz nie na wszystkich wydziałach farmaceutycznych zadbane o uporządkowanie oferty takich przedmiotów, by pozwalały na specjalizację.

W roku 2001, wraz z uruchomieniem na wydziałach farmaceutycznych nauczania na kierunku analityka medyczna, przygotowywanie farmaceutów do pracy w laboratoriach klinicznych straciło sens.

W obliczu zachodzących zmian społecznych narodziła się idea opieki farmaceutycznej i aktualnie w dyskusjach nad programem studiów najwięcej uwagi poświęca się temu zagadnieniu – przygotowaniu farmaceuty do współdziałania z lekarzem w zakresie opracowania, wprowadzania i monitorowania planu farmakoterapii (przy jednoczesnej promocji zdrowego trybu życia). Nauczanie opieki farmaceutycznej prowadzone jest w ramach przedmiotu farmacja praktyczna w aptece oraz bardzo intensywnie – w szkoleniach podyplomowych. Idea rozwoju opieki farmaceutycznej jest niezwykle mocno wspierana przez Ministerstwo Zdrowia. Niestety, nadal brakuje kadr akademickich wykształconych w tej specjalności, a nauczanie na farmacji nadal niedostatecznie koncentruje się na przedmiotach klinicznych, niezbędnych przy prawidłowym doradzaniu pacjentowi. Niezmiennie, około 1/3 czasu zajęć poświęca się przedmiotom chemicznym (prawie 1000 godzin).

Warto jeszcze zwrócić uwagę, że w dobie przeobrażeń ekonomicznych wiele aptek rezygnuje w praktyce z wykonywania leku recepturowego (pomimo obowiązku prowadzenia tej działalności) i słyszy się nawet głosy krytykujące nauczanie wykonywania leku na studiach. Jest to całkowitym nieporozumieniem, ponieważ nowoczesna receptura apteczna, nastawiona na zindywidualizowaną terapię, to ważne i aktualne zadanie dla aptekarza, o czym świadczy renesans tej usługi w USA i innych krajach.

Na przestrzeni lat daje się więc zaobserwować bardzo duże zmiany w sylwetce farmaceuty, a o wiele mniejsze w sposobie nauczania zawodu. Można mieć obawy, czy twórcy programów wiedzą, gdzie trafiają do pracy absolwenci. A może należy właśnie kształcić wielokierunkowo, tak by farmaceuci znajdowali miejsca pracy nie tylko w aptekach, ale również w laboratoriach – klinicznych, środowiskowych, przemysłowych? To jest pytanie, na które należy udzielić w najbliższych latach jednoznacznej odpowiedzi, aby właściwie nauczać zawodu.

W mojej opinii, nadzieje na ponowne zaistnienie farmaceutów w laboratoriach analitycznych, w stacjach sanitarno-epidemiologicznych czy nawet przy produkcji i kontroli jakości leków, są nikłe – ogromna jest konkurencja biologów, biotechnologów, chemików, a farmaceuci oddali im te miejsca dobrych kilka lat temu, gdy apteka stała się bardziej atrakcyjnym finansowo miejscem pracy. Oczywiście jest, że farmaceuci nie mogą już konkurować o miejsca w laboratoriach klinicznych z kolegami – absolwentami wydziałów farmaceutycznych z kierunku analityka medyczna. Dobra kondycja finansowa aptek i duża dostępność miejsc pracy w aptekach nie służy poszukiwaniu przez absolwentów farmacji pracy w innych instytucjach, tak jak ma to miejsce w przypadku bezrobotnych absolwentów innych kierunków studiów. I chociaż zawsze będą zdarzać się przypadki podejmowania przez farmaceutę pracy w przemyśle farmaceutycznym czy laboratorium środowiskowym, to jednak stało się w ostatnich latach oczywiste, że farmaceuta = aptekarz.

W tej sytuacji następne 10-lecie powinno przynieść zmiany w programie nauczania, tak by absolwent był jeszcze lepiej przygotowany do funkcjonowania w systemie ochrony zdrowia. Dobrze się stało, że zreformowane zostało podyplomowe szkolenie specjalizacyjne i wprowadzono wymóg szkolenia ciągłego dla farmaceutów.





Uważam, że najpilniejsza jest obecnie potrzeba zagwarantowania wszystkich miejsc pracy w aptece wyłącznie dla farmaceutów, a tymczasem rośnie nieustannie grupa pracowników aptek z dyplomem technika farmaceutycznego. Są to absolwenci szkół policealnych, które coraz częściej są „szkółkami niedzielnymi”. Zaskakuje fakt, że w czasach powszechności dyplomów uniwersyteckich wiele osób wydających leki w aptece (szacuje się, że 30–50%, brak jest dokładnych danych) nie posiada wykształcenia wyższego, nawet niepełnego. Co gorsze, pacjent nie jest w stanie odróżnić tych osób od magistrów farmacji, ponieważ nie ma świadomości tego faktu, a noszenie identyfikatorów w aptece nie jest wymagane. Niestety, właściciele aptek bardzo chętnie zatrudniają osoby bez studiów wyższych, a środowisko magistrów farmacji nie zabiega wystarczająco energicznie o zmianę tej sytuacji, co nawet byłoby uzasadnione zwykłym poczuciem odpowiedzialności społecznej.

Ponieważ wydawaniu leku pacjentowi musi zawsze towarzyszyć informacja o leku, oznacza to, że technik farmaceutyczny, nieposiadający pełnego wykształcenia, nie jest przygotowany do wykonywania tej usługi. Zamiast więc pojawiającego się pomysłu szkolenia ustawicznego techników na wydziałach farmaceutycznych uniwersytetów medycznych, należałoby podjąć dyskusję nad likwidacją szkół dla techników i ewentualnym powrotem do idei licencjatu. Środowisko akademickie powinno podjąć się tego wyzwania i promować nowy model aptekarza, na miarę XXI wieku, intensyfikując działania reformujące programy nauczania, najlepiej we współpracy z samorządem aptekarskim.

Prof. Małgorzata Sznitowska,
prorektor ds. nauki GUMed
kierownik Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej,

Kadry UCK

Jubileusz długoletniej pracy obchodzą:

20 lat

Elżbieta Ropel
Beata Dytkowska
Anna Kwiatkowska
Iwona Graff
Katarzyna Pozorska
Beata Sobczak
Barbara Klejnow
Mariola Syldatk
Małgorzata Lewandowska
Grażyna Saczyńska
Katarzyna Komosa
Elżbieta Formela
Grażyna Dombrowska
Anna Skowrońska
Katarzyna Jajeśniak
Anna Chmielewska
Robert Kęska
Joanna Warda
Maria Milewczyk
Joanna Szpakowicz-Alsughari
Monika Łuczak
Marlena Radziwińska

25 lat

Bogusława Polańczyk
Teresa Hunek
Bożena Jóźwiak
Regina Sprengel
Jolanta Cieślak
Jolanta Myślińska
Beata Żukowska
Ewa Dzikowska
Jadwiga Gessner
Elżbieta Krzysztofik
Bożena Jabłońska
Krystyna Hawryluk

30 lat

Krystyna Basińska

Romuald Bujko
Grażyna Stęplewska
Irena Zajdowicz-Lipka
Mirosława Weilandt
Walery Grądkowski
Ewa Nowakowska
Grażyna Kalinowska
Wiesława Domżalska

35 lat

Bożena Lewandowska
Halina Freiwald
Elżbieta Pietruszyńska
Alicja Furtak
Grażyna Czerwińska

40 lat

Stanisława Markowska

Kadry GUMed

Na stanowisko adiunkta został mianowany

dr med. Jarosław Dzierżanowski

Na stanowisko starszego wykładowcy zostały mianowane:

dr med. Jolanta Pęgiel-Kamrat
dr farm. Czesława Orlewska

Pracę w Uczelni zakończyli:

lek. Marta Gross
mgr Anna Samoraj
dr n. med. Wojciech Skrobot
Danuta Sołtyś
dr inż. Anna Stanisławska-Sachadyn

Jubileusz długoletniej pracy w GUMed obchodzą

20 lat

Elżbieta Andrzejczak
dr med. Anna Delińska-Galińska
dr hab. Piotr Kowalski

Anna Krakowska
mgr fil. Elżbieta Krawczuk
dr n. med. Beata Ludkiewicz
mgr fil. Anna Wikarjak
mgr Adam Matuszewski
Tomasz Skrzyniecki
dr med. Aneta Szczerkowska-Dobosz

25 lat

dr hab. Leszek Bidzan, prof. nadzw.
dr med. Jacek Kozłowski
mgr inż. Beata Nowicka
dr hab. Krzysztof Preis, prof. nadzw.
Krystyna Różycka
mgr Maria Rudowska
Katarzyna Stachowska

30 lat

dr med. Maria Dąbrowska-Szponar
dr med. Leopold Glasner
dr med. Maria Korpal-Szczyrska
dr med. Ewa Semetkowska-Jurkiewicz
dr med. Iwona Szychlińska
dr hab. Marzena Wetnicka-Jaśkiewicz

35 lat

dr hab. Roman Hauser, prof. nadzw.
dr hab. Zbigniew Jankowski
dr hab. Alicja Renkielska
prof. dr hab. Zofia Szczerkowska
dr n. hum. Michał Woroniecki

40 lat

dr med. Zbigniew Afeltowicz

45 lat

prof. dr hab. Jan Ereciński

Zmiany w pełnieniu funkcji kierowników jednostek organizacyjnych

Od dnia 1.09.2009 r. dr n. med. Ricie Hansdorfer-Korzon powierzono funkcję p.o. kierownika Zakładu Fizjoterapii Katedry Rehabilitacji.

Polecamy Czytelnikom

Od rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Z prawdziwą przyjemnością chciałbym polecić czytelnikom książkę profesora Zdzisława Wajdy, rektora Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 1993–1999, pod znamienym tytułem „Pro memoria”. Jest ona w pewnym sensie kontynuacją wydanej z okazji obchodów 60-lecia Uczelni książki pod tytułem „Z dziejów gdańskiej chirurgii akademickiej i dyscyplin zabiegowych oraz anestezjologii w 60-leciu Akademii Medycznej w Gdańsku (1945–2005)”.

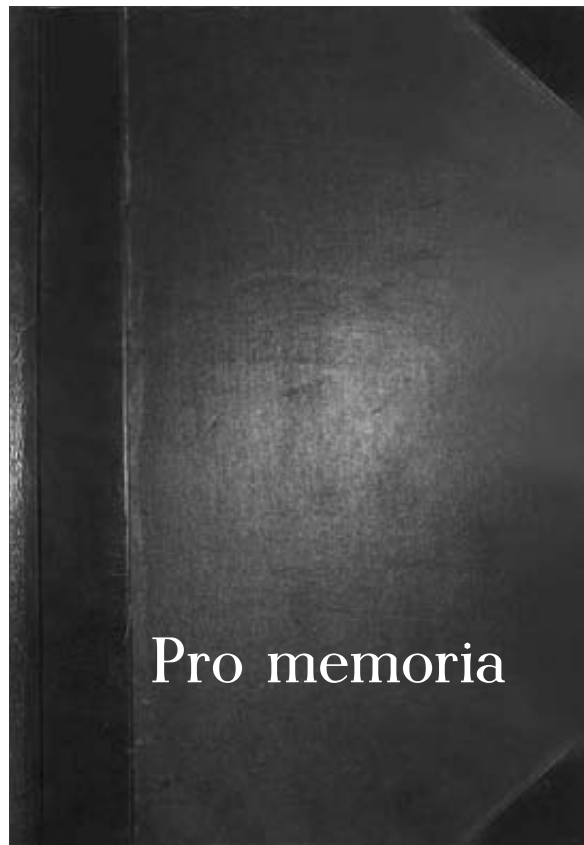
Książka nie jest opowiadaniem ani też sfabularyzowaną historią akademickiej chirurgii wileńskiej i gdańskiej, ale jest fotograficznym obrazem wpisów dokonywanych do „Złotej Księgi” przez osobistości ze świata polityki, władzy, Kościoła, biznesu, sztuki oraz nauki, które odwiedzały i przebywały w Klinikach. Z tych wpisów wylania się olbrzymi wysiłek kolejnych kierowników Klinik, wspaniałych mistrzów chirurgii, którzy nie tylko wychowywali kolejne pokolenia chirurgów polskich, ale dbali o pamięć i dobre imię swojej placówki. Począwszy od założyciela księgi i twórcy Kliniki Chirurgicznej, profesora Komela Michejdy jeszcze w ramach Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, poprzez profesora Zdzisława Kieturakisa do profesora Zdzisławy Wajdy, którego ostatni wpis z dnia 11 maja 2007 roku zamyka „Złotą Księgę”.

Książka składa się z dwu części, z których pierwsza zawiera fotokopie stron „Złotej Księgi” uzupełnione odczytanymi wpisami, podczas gdy w drugiej części umieszczono biogramy osób, które dokonały wpisu. Wpisy dokumentują wszystkie ważne wydarzenia, jakie miały miejsce w historii kolejnych klinik chirurgicznych. Pokazują przy tym, jacy znamienici goście uczestniczyli w tych wydarzeniach, często wpływając w istotny sposób na dalsze losy tej jednostki. Z zainteresowaniem odczytać można podpisy wielkich mężów stanu, jak np. marszałka Józefa Piłsudskiego czy premierów rządu RP. Warto również zwrócić uwagę na wpisy upamiętniające pracowników Klinik, którzy przez lata pracowali, zdobywali specjalizacje, stopnie naukowe i mogli korzystać z olbrzymiej wiedzy i doświadczenia wspaniałych mistrzów-chirurgów.

Młodzi czytelnicy będą mogli zapoznać się z wydarzeniami, jakie miały miejsce w trakcie tworzenia i rozwoju Klinik, które, często lakonicznie, opisane zostały przez osobistości je wizytujące.

Przygotowanie tego opracowania to wielki trud autora i osób zaangażowanych w jego powstanie. Stanowi ważny element dokumentujący także historię Akademii Medycznej w Gdańsku, pokazuje jej korzenie, chroni od zapomnienia wszystko to, co najważniejsze dla społeczności akademickiej i kolejnych pokoleń młodych lekarzy opuszczających mury tej Uczelni.

Prof. Janusz Moryś



Pro memoria / Zdzisław Wajda. – Pelplin: Wydaw. Bernardinum, 2009. – 371 s. – ISBN 978-83-7380-723-5

Życzenia, życzenia...

Życzę Gdańskiemu Uniwersytetowi Medycznemu, z okazji powołania do życia w nowej, doskonalszej formule, prostej drogi do odniesienia sukcesu we wszystkich obszarach działania, a przede wszystkim:

- Aby nie zabrakło w jego społeczności akademickiej zapału w wyznaczaniu nowych jednoznacznych kierunków rozwoju oraz odwagi i konsekwencji w ich realizacji.
- Aby zdołał wypracować mechanizmy precyzyjnego doboru kadry naukowo-dydaktycznej do realizacji kierunków rozwoju i postawionych zadań – bo istotą sukcesu są ludzie.
- Aby wypracował ambitne standardy nauczania młodzieży medycznej i osiągnął najlepsze wyniki w rankingach placówek edukacyjnych w Polsce, Europie i świecie.
- Aby uporał się z wszelkimi trudnościami związanymi z Uniwersyteckim Centrum Klinicznym, aby szpital ten stał się wzorcem organizacji, sztuki medycznej i wiodącym ośrodkiem innowacyjnej medycyny klinicznej.
- Aby władzom Uczelni udało się stworzyć taki model stanowiska pracy kadry naukowo-dydaktycznej, aby nie musiała ona uganiać się poza uczelnię „za chlebem” i mogła znaleźć czas na rozwój i refleksję.

- Aby kliniki kształciły wspaniale przygotowanych mistrzów dla medycznych ośrodków naszego regionu, kraju i Europy.
- Aby wyniki działalności naukowej lokowały Uczelnię na najwyższych pozycjach w rankingach, a jej kadra zasiadała w radach naukowych najbardziej poczytnych wydawnictw i organizacji naukowych w kraju i na świecie.
- Aby mecenat państwa pozwolił na dalsze, jakże potrzebne, inwestycje w infrastrukturę kliniczną i naukową, aby rozwój mógł następować w godnych warunkach.
- Aby rozwinął się prężnie działający ośrodek kształcenia podyplomowego i objął swoją opieką szkoleniową przede wszystkim lekarzy Pomorza w trakcie specjalizacji, umożliwiając im czerpanie wiedzy i doświadczenia od kadry uczelni tu, w Gdańsku, by mogła wyraźniej tworzyć się szkoła gdańskiej medycyny klinicznej.
- Aby zacieśniła się współpraca z Okręgową Izbą Lekarską w Gdańsku w umacnianiu pozycji zawodu lekarza i lekarza dentystry w naszym regionie i państwie.

Tego życzę Uczelni, mojej Uczelni i Uczelni tysięcy lekarzy, na tej nowej, bardziej odpowiedzialnej, uniwersyteckiej drodze.

Krzysztof Wójcikiewicz
przewodniczący
Okręgowej Rady Lekarskiej w Gdańsku

Solidarność to MY

krótkie wspomnienie z konspiracji

Moja przygoda z Solidarnością rozpoczęła się w 1978 roku podczas pracy w Katedrze i Zakładzie Mikrobiologii AMG, którą kierował niezapomniany, powiem miało – charyzmatyczny p. prof. Stefan Kryński.

Wtedy właśnie rodziła się idea, specyficzna mutacja metafizyczna naszego społeczeństwa, która doprowadziła do powstania międzyludzkiej solidarności w walce z ogarniającym nas złem. Moi przyjaciele i ja nauczyliśmy się drukować i kolportować ulotki, mówić otwarcie o podłości komunistów, ich zakłamaniu i naszym zniewalaniu.

Dla mnie był to bardzo ważny okres zarówno w rodzinie, jak i w rozwoju naszego kraju. Szczególnie my, młodzi (miałem wtedy 24 lata), staliśmy przed bardzo ważnymi życiowymi decyzjami. Marność i oszustwa polityków PRL były nam dobrze znane, mieliśmy zorganizowany drugi obieg nieocenzurowanych wydawnictw, dużo rozmawialiśmy. Jediną nadzieją dla nas i naszych dzieci, a miałem już wtedy pierwszego syna Krzysia, który urodził się w 1977 roku, była walka o obalenie komunizmu i nie było innej opcji!

Znam kulisy rozmów w Stoczni, wielki wysiłek zapomnianych dziś intelektualistów z uczelni wyższych i zaangażowanie zapomnianych dzisiaj robotników w prowadzenie strajków. To byli prawdziwi bohaterowie! W lipcu 1980 roku urodził nam się drugi syn Wojtek, 31 sierpnia zostały podpisane Porozumienia Sierpniowe, a mnie ciągnęło do biochemii i 22 września 1980 roku rozpocząłem pracę w Katedrze i Zakładzie Biochemii Akademii Medycznej w Gdańsku, którą kierował wtedy prof. Mariusz Żydowo. Uczyłem studentów biochemii, uczestniczyłem w zjazdach biochemicznych i prowadziłem drobne prace naukowe pod kierunkiem prof. Jerzego Klimka. Ale wróćmy do Solidarności i konspiracji.

Kiedy już wydawało się, że możemy być sobą, normalnie żyć i zagospodarowywać swoją strefę wolności, to nagle komuniści w grudniu 1981 roku wprowadzili stan wojenny. Zło uderzyło z impetem w ducha solidarności i prawdy. Muszę tu wspomnieć dr Izę Lipniewicz, dziewczynę z Mikrobiologii Klinicznej od dr. Sametę, która zorganizowała bukiety goździków i gdy czołgi podjechały pod Stocznnię Gdańską, zaczęła rozdawać żołnierzom kwiaty i wkładać je w lufy stojących pod stocznnią czołgów. Tak było!



Reprodukcja zdjęcia zamieszczonego w „Time” (12.09.1983)



Sławomir Stefan Czarnecki ukończył Wydział Biologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Z zawodu biolog molekularny, obecnie kieruje Pracownią Badań Molekularnych Swissmed Centrum Zdrowia S.A., wprowadził w szpitalu ISO 2000:9001, prowadzi szkoleniowy projekt „Promedicine” finansowany przez Unię Europejską, jest ekspertem programów UE i biegłym sądowym. Lubi pływać, chodzi i opisuje Czarnohorę oraz trasy Stefana Vincenza.

Zaczął się bardzo trudny okres, teraz zostaliśmy rzućmy na głębokie wody. Po szoku, który trwał kilka tygodni, podjęliśmy pracę od podstaw, zaczęliśmy organizować się konspiracyjnie. Tutaj muszę podkreślić wielką mądrość i zaangażowanie prof. Michała Woźniaka oraz śp. dr. Zbyszka Wypycha.

Pod koniec 1982 roku miałem już swoją małą drukarenkę w magazynie chemicznym, w piwnicach IBM, produkcja redagowanych ulotek szła bez przeszkód. Zacząłem prowadzić także bibliotekę drugiego obiegu, pod koniec 1984 roku miałem już prawie 2000 skryptów, książek i niezależnych wydawnictw, które krążyły między zainteresowanymi osobami. Wydawnictwa oznaczałem osobiście symbolami: „BN”, (Biblioteka Niezależna), „V” lub strzałką i kolejnym numerem, prowadziłem pisemny katalog wszystkich kolejnych tytułów. Celem wypożyczenia miałem kontakt tylko z dwoma osobami, a oni z dalszymi – tak to działało. Bardzo pomocny dla mnie i dla całej naszej sprawy był wtedy, wspaniały przyjaciel, śp. dr Staszek Żołnierowicz, młody, bardzo zdolny naukowiec.

Często z synem Wojtkiem w wózku i wraz z żoną Basią rozwoziliśmy ulotki po mieście do tak zwanych punktów. Miałem kilka swoich ulubionych miejsc zrzutu, najlepszy chyba był Dom Towarowy Sezam, poczta we Wrzeszczu, gdański budynek NOT oraz Rektorat.

AMG i IBM – tam wywieszałem transparenty na papierze komputerowym z 7 albo 6 piętra, które były tak długie, że sięgały aż do parteru, pewnie niektórzy to jeszcze pamiętają. Opracowałem też wtedy bezpieczną metodę „bawełnianej zawleczki”, polegającą na tym, że upakowane ulotki lub zwinięte transparenty umieszczałem w sprężystej folii, która związana była pojedynczą bawełnianą nitką. Po zawieszeniu zawiniątka



na zewnątrz budynku, nasączałem nitkę mieszanką odpowiednio stężonych kwasów. Zależnie od grubości, po 2–3 minutach nitka pękała, a ja już z bezpiecznej odległości obserwowałem całe sympatyczne zdarzenie.

Solidarność to była i jest ta moc ducha, którą mamy w sobie, to właśnie to coś, co zmienia życie jednej osoby i całych społeczeństw. To siła, która mówi, że jest coś więcej niż codzienny chleb i codzienne problemy, a prawda i uczciwość w stosunku do drugiego człowieka są najważniejsze.

W tym czasie spotykałem się z wieloma osobami z konspiracji i wyszło na to, że w „prezencie”, dostałem do dalszej pracy nowiutką radiostację ND11 A, 83,75 MT.

Stara, specjalnie zniszczona torba, magnetofon, zasilacz (czasami siadała elektryka w bloku), antena i bieżące kasety do odtwarzania. Mam to wszystko do dzisiaj i tak sobie myślę czasami, że może jeszcze kiedyś włączę się piracko na program TV?

Najlepszy i najszerzy społecznie odbiór był zawsze podczas „dobranocki”, wtedy dzieci wołały rodziców, że znika obraz i głos jakoś nie pasuje do bajki, i śpiewają: „wyrwij murom zęby krat, zerwij kajdany – potem bat (...)” A później krótka, przeważnie trwająca 5, maksymalnie 7 minut audycja; niektóre z nich przechowuję do dziś.

Audycje Radia Solidarność nadawałem z różnych miejsc Trójmiasta, z domów zaprzyjaźnionych ludzi, ze swojego mieszkania na Niedźwiedniku, bo był dobry zasięg, czasami z ogródków działkowych w Gdyni. Programy nadawałem też na Morenie, Przymorzu, Zaspie, w Oliwie i w Sopocie.

Był to bardzo ciekawy, niebezpieczny, ale dający dużo satysfakcji okres, nigdy mnie nie złapali – ale bliskie spotkania z „pelengatorami” i ubecją miałem.

Nadawanie audycji z budynku IBM było bezpieczne, ale wejście na dach było od czasu do czasu obserwowane i zamykane. I tak kiedyś, schodząc już bocznymi schodami z siódmego piętra ze swoją ND11 A, zaczepił mnie biegnący do góry dyżurny ubek, pytając: – czy nie widział pan tu kogoś z radiostacją?

Seminarium się skończyło, studenci wyszli pół godziny temu, odrzekłem. A czemu z radiostacją? Aha, widzi Pan, ci paskudni studenci! Coś jeszcze przeklął i zeszedliśmy do czwartego piętra. Ja poszedłem do Katedry Biochemii, a on na dół do dyżurni.

Minęło tak kilka lat, duch solidarności zlikwidował w nas pokrętnie języki. Mieliśmy do siebie całkowite zaufanie i już tacy zostaliśmy, robimy swoje, bo solidarność to MY.

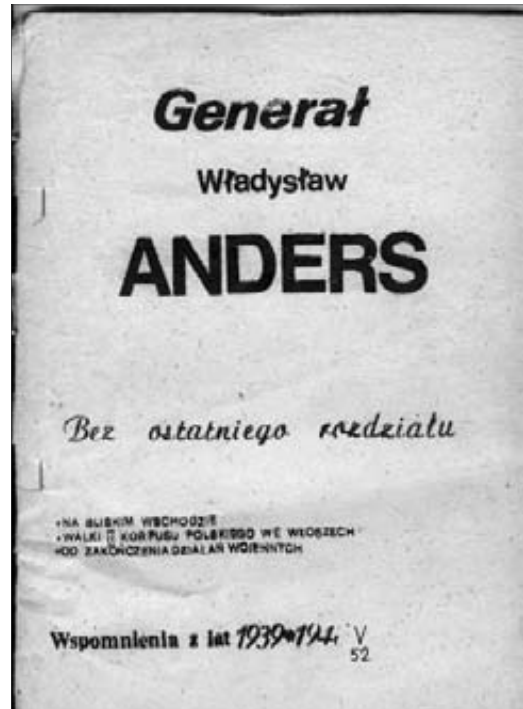
Sławomir Stefan Czarnecki

Życzenia, życzenia...

Fizycznie daleko... ale uczuciowo blisko. Życzę naszej Uczelni naboru najzdolniejszych studentów i nauczycieli, a im wszystkim szerokiej współpracy z najprężniejszymi ośrodkami medycznymi na całym świecie, mało lokalnej polityki i dużo interesującej pracy.

Pozdrowienia z odległej Kalifornii,

Maciej Kieturakis,
rok ukończenia AMG – 1978



Wydawnictwa podziemnej drukarni



Jak to ze zmianami nazw uczelni bywało

Nadanie gdańskiej uczelni medycznej nazwy Gdański Uniwersytet Medyczny ustawą nr 556 z dnia 19 marca 2009 r. upoważnia do przypomnienia ewolucji nazw, jaka miała miejsce w naszej *Alma Mater*.

Dekretem z dnia 8 października 1945 r. o utworzeniu Akademii Lekarskiej w Gdańsku, ówczesne władze powołały dwuwyziałową uczelnię. Stanowiło to nowość na mapie szkolnictwa medycznego w Polsce, ponieważ we wszystkich miastach posiadających uniwersytety, w ich strukturach nadal funkcjonowały wydziały lekarskie i farmaceutyczne. Nieco później, bo w 1948 r. utworzono odpowiednik tego typu uczelni w Rokitnicy na Śląsku, która była poprzedniczką Śląskiej Akademii Medycznej. Ujednolicenie nazw i statusu uczelni medycznych dokonało rozporządzenie Rady Ministrów nr 92 z dnia 8 marca 1950 r., stanowiło to dostosowanie systemu szkolnictwa medycznego do jednolitego wzorca obowiązującego w tzw. obozie socjalistycznym. Przeistoczenie wydziałów uniwersyteckich w odrębne uczelnie wymagało ogromnej pracy organizacyjnej. Po transformacji ustrojowej niektóre akademie medyczne powróciły do macierzystych lub dołączyły do nowych uniwersytetów, tworząc struktury o nazwie Collegium Medicum, jak w przypadku Krakowa i Bydgoszczy, lub też przekształciły się właśnie w Uniwersytety Medyczne (Warszawa, Poznań, Katowice, Łódź, Białystok, Lublin). Status uniwersytetu przysługuje szkole wyższej, którą tworzy co najmniej sześć jednostek uprawnionych do nadawania stopnia naukowego doktora.

Działając na podstawie wymienionej wyżej ustawy z dnia 19 marca 2009 r., Senat Akademii Medycznej w Gdańsku uchwałą nr 15 z dnia 18 maja 2009 r. zmienił nazwę Akademia Medyczna w Gdańsku na Gdański Uniwersytet Medyczny. Równocześnie stosowany skrót AMG zastąpiono nowym – GUMed.

Jak już wyjaśniliśmy w numerze lipcowym „Gazety AMG”, według nowego prawa o szkolnictwie wyższym, akademie są traktowane jako szkoły zawodowe. W światowym systemie edukacji medycznej, zwłaszcza w kręgu anglojęzycznym, kształcenie odbywa się wyłącznie na poziomie uniwersyteckim.

W przypadku naszej Uczelni przekształcenie jej w uniwersytet jest symbolicznym powrotem do uniwersyteckiej tradycji, gdyż w uwarunkowaniach historycznych czujemy się kontynuatorami Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.



Diennik Ustaw Nr 44 — 385 — Poz. 253 i 254

253
DEKRET
z dnia 8 października 1945 r.
o utworzeniu Akademii Lekarskiej w Gdańsku.

Na podstawie ustawy z dnia 3 stycznia 1945 r. o trybie wydawania dekretów z mocą ustawy (Dz. U. R. P. Nr 1, poz. 1) — Rada Ministrów postanawia, a Prezydium Krajowej Rady Narodowej zatwierdza, co następuje:

Art. 1. (1) Tworzy się Akademię Lekarską w Gdańsku.

(2) Obok wypełniania zadań, wynikających z ustawy o szkołach akademickich, stanowiąc one bądźże ośrodek przeszkolenia i dokształcania pracowników służby zdrowia i oddana zostaje pod zwierzchni nadzór Ministra Zdrowia.

Art. 2. (1) Akademia Lekarska w Gdańsku dzieli się na dwa wydziały: 1) lekarski i 2) farmaceutyczny.

(2) Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Oświaty może w drodze rozporządzenia powołać do życia nowe wydziały i oddziały.

Art. 3. (1) Pierwszego rektora i pierwszy skład profesorów Akademii Lekarskiej w Gdańsku mianuje Prezydent Krajowej Rady Narodowej na wniosek Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Oświaty.

(2) W okresie organizacyjnym, trwającym do dnia 31 sierpnia 1945 r., rektor Akademii Lekarskiej w Gdańsku ma kompetencje senatu akademickiego, dziekanów i rad wydziałowych.

(3) Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Oświaty może w drodze rozporządzenia ograniczyć kompetencje rektora, określone w ustępie (2).

Art. 4. Kompetencje przewidziane dla Ministra Oświaty w ustawie z dnia 15 marca 1933 r. o szkołach akademickich (Dz. U. R. P. z 1938 r. Nr 1, poz. 6) oraz w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 lutego 1928 r. o stosunku służbowym profesorów państwowych szkół akademickich i pomocniczych sił naukowych tych szkół (Dz. U. R. P. z 1933 r. Nr 76, poz. 551) w zakresie spraw unormowanych niniejszym dekretem przechodzą na Ministra Zdrowia. Osobne rozporządzenie określi, jakie sprawy dotyczące niniejszego dekretu będą unormowane przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Oświaty.

Art. 5. Wykonanie niniejszego dekretu porucza się Ministrowi Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Oświaty.

Art. 6. Dekret niniejszy wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Prezydent Krajowej Rady Narodowej:
Bolesław Bierut

Przes Rady Ministrów:
Edward Osóbka-Morawski

w/z Minister Zdrowia:
Jerzy Morzycki

Minister Oświaty:
Czesław Wycech

92
ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW
z dnia 8 marca 1950 r.
w sprawie zmiany nazwy wyższych szkół akademickich, podległych Ministrowi Zdrowia.

Na podstawie art. 16 i 19 ust. 3 dekretu z dnia 28 października 1945 r. o organizacji nauki i szkolnictwa wyższego (Dz. U. R. P. Nr 66, poz. 415) zarządza się, co następuje:

§ 1. W nazwach wyższych szkół akademickich, podległych Ministrowi Zdrowia, wyrazy „Akademia Lekarska” zastępuje się wyrazami „Akademia Medyczna”.

§ 2. Wykonanie rozporządzenia porucza się Ministrowi Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Oświaty.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów: *J. Cyrankiewicz*
Minister Zdrowia: w z. *J. Sztochelski*
Minister Oświaty: *St. Szczęsiewski*

USTAWA
z dnia 19 marca 2009 r.
o nadaniu Akademii Medycznej w Gdańsku nazwy „Gdański Uniwersytet Medyczny”

Art. 1. Akademii Medycznej w Gdańsku nadaje się nazwę „Gdański Uniwersytet Medyczny”.

Art. 2. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *L. Kaczyński*

Warto przypomnieć, że ta uczelnia była trzecim, najstarszym uniwersytetem na ziemiach Rzeczypospolitej Obojga Narodów. Założona przez króla Stefana Batorego w roku 1578 jako Akademia Wileńska, w 1780 r. zreformowana i przekształcona w Szkołę Główną Wielkiego Księstwa Litewskiego, w latach 1802–1832 funkcjonowała pod nazwą Uniwersytet Wileński. Uczelnię zamknięto carskim ukazem, reaktywowano w roku 1919 jako Uniwersytet Stefana Batorego, który działał do 1939 r. Obecnie uniwersytet w Wilnie jest największym na Litwie.

Można znaleźć wiele innych przykładów zmian w nazewnictwie uczelni. Uniwersytet Warszawski powstał pod nazwą Królewski Uniwersytet Warszawski, działał w latach 1816–1831 i został zamknięty przez władze carskie. Wznowiony w 1862 r. działał do 1869 r. jako Szkoła Główna Warszawska. Kolejna nazwa, jaką przyjął, to Uniwersytet Cesarski (1870–1915). W odrodzonej Polsce stał się po prostu Uniwersytetem Warszawskim, a po śmierci marszałka Piłsudskiego dodano do nazwy im. Józefa Piłsudskiego, w skrócie UJP. Do tej wersji, oczywiście, nie powrócono po II wojnie światowej.

Ciekawa jest też metamorfoza nazewnictwa Uniwersytetu Wrocławskiego. Założony w 1702 r. na mocy Złotej Bulli podpisanej przez cesarza w Wiedniu otrzymał za patrona św. Leopolda (stąd piękna Aula Leopoldina). W 1811 r. król pruski Fryderyk Wilhelm III połączył ten uniwersytet (o tradycjach katolickich) z uniwersytetem ewangelickim Viadrina we Frankfurcie nad Odrą. W 1945 r. na odbudowaną na ruinach uczelnię początkowo składała się także politechnika, wyodrębniona później jako samodzielna jednostka. Po śmierci Bolesława Bieruta (1956) do nazwy uczelni dodano jego imię i nazwisko (UBB). Odstąpiono od tego po odzyskaniu suwerenności.

Wracając do naszej Uczelni – należy jej życzyć, aby z nową nazwą kultywowała i utrzymywała najlepsze tradycje, a równocześnie spełniała oczekiwania stawiane uniwersytetem w XXI wieku.

Prof. B. L. Imieliński



Alina Boguszewicz

Kalendarium rektorskie

3.09.2009 – na zaproszenie wojewody pomorskiego Romana Zaborowskiego rektor prof. Janusz Moryś wziął udział w konsultacji w sprawie wyłonienia jednostki pretendującej do pełnienia roli Centrum Urazowego w województwie pomorskim.

21.09.2009 – rektor prof. Janusz Moryś podpisał umowę ze Szpitalem Marynarki Wojennej w Gdańsku, dzięki której studenci Wydziału Lekarskiego GUMed będą mogli odbywać zajęcia kliniczne na oddziałach Szpitala.

22.09.2009 – rektor prof. Janusz Moryś podpisał umowę ze Szpitalem Specjalistycznym w Kościerzynie, umożliwiającą studentom Wydziału Nauk o Zdrowiu z kierunku ratownictwo medyczne odbycie praktyk.

Mgr Urszula Skatuba

Życzenia, życzenia...

W roku 2009 Sejm Rzeczypospolitej powołał Gdański Uniwersytet Medyczny.

To wielka nobilitacja dla gdańskiej uczelni – wyraz uznania jej dorobku naukowego, poziomu nauczania, osiągnięć medycyny klinicznej i nauk teoretycznych, a także wyraz szacunku dla tradycji nauczania medycyny w Gdańsku.

To również hołd dla kadry naukowej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, która już w 1945 r. rozpoczęła kształcenie lekarzy w Gdańsku, krzewiąc tradycje wileńskiej uczelni wśród wielu roczników absolwentów i ratując tym samym część dziedzictwa narodowego.

Tworzyło to w gdańskiej uczelni szczególną atmosferę studiów i kontaktów między profesorami i studentami, wzbogacało każdego z nas, umacniało etos akademicki, zbudowało nierozzerwalną więź z *Alma Mater*. Z grona tego – z najwyższym szacunkiem i nostalgią wspominam, wraz z rocznikiem absolwentów 1968, zwłaszcza profesorów: Włodzimierza Mozołowskiego, Michała Reichera, Stanisława Czarnockiego i Ignacego Abramowicza. Mieliśmy zaszczyt i niepowtarzalną szansę być ich uczniami.

Z okazji szczególnej inauguracji roku akademickiego 2009/2010 – po raz pierwszy w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym – pragnę przekazać całej społeczności uniwersyteckiej serdeczne gratulacje i życzenia dalszego rozwoju nauczania medycyny, postępu w naukach medycznych, realizacji planów inwestycyjnych, sprostania wyzwaniom trudnych czasów transformacji, zwłaszcza w umacnianiu zdrowia Polaków.

Wszystkim – wiele satysfakcji z pracy i pomyślności w życiu osobistym.

... *Vivat Academia, vivant professores*
Semper sint in flores...

Z poważaniem,

Aleksander Soplński
poseł na Sejm RP

Ciechanów, 20 września 2009

Życzenia, życzenia...

Inauguracja roku akademickiego to w każdej uczelni święto wyjątkowe, zasługujące na szczególną uwagę. Dlatego czuję się zaszczycony, że będąc absolwentem tej uczelni, mam okazję na łamach *Gazety AMG* złożyć władzom uczelni, wszystkim pracownikom i studentom z tej okazji życzenia.

Tak się złożyło, że moje związki z gdańską Akademią Medyczną zaczęły się 46 lat temu i trwają do dzisiaj, najpierw byłem studentem, później asystentem i adiunktem Wydziału Farmaceutycznego, a teraz ściśle współpracuję z uczelnią jako pracownik Polpharmy, największej polskiej firmy farmaceutycznej, a jednocześnie sąsiadki, bo z siedzibą w Starogardzie Gdańskim.

Dosyć często mam kontakt ze studentami farmacji i medycyny na wykładach w ramach Pharmacy Wiedzy organizowanej cyklicznie w Polpharmie. Jako prezes zarządu Fundacji na rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny mam kontakt też z naukowcami i ich projektami badawczymi z zakresu farmacji i medycyny, które są finansowane z grantów Fundacji. Z tej perspektywy dostrzegam ogromny postęp, jaki dokonał się nie tylko w badaniach naukowych, ale także w kształceniu studentów. Absolwenci uczelni medycznych to naprawdę świetnie wyedukowani lekarze i farmaceuci. Poziom naukowy naszych doktorantów jest imponujący, legitymują się publikacjami w uznanych czasopismach naukowych, udziałem w kongresach i zjazdach, a ich rozprawy doktorskie są często wynikiem pracy w zagranicznych ośrodkach badawczych. Postęp badawczy byłby z pewnością większy, gdyby nie brak środków, których w Polsce na naukę i edukację jest ciągle za mało. Na szczęście, coraz częściej przemysł zwraca się do uczelni o pomoc przy opracowaniu nowych rozwiązań zwiększających jego konkurencyjność, a to przyczynia się do wzrostu potencjału badawczego warsztatu naukowego. Współpraca gdańskiej uczelni medycznej i innych gdańskich uczelni z naszą firmą jest dobrą ilustracją tej tezy.

W edukacji medyków i farmaceutów, w moim odczuciu, za mało czasu przeznaczają na problem współpracy z pacjentem (*compliance*), tak aby chciał w sposób systematyczny zażywać leki zgodnie z zaleceniami lekarskimi, co warunkuje skuteczną terapię. Większość z nas nie zdaje sobie sprawy, jaka ważna jest to kwestia z punktu widzenia pacjenta i płatnika świadczeń medycznych. Na złym *compliance* tracą wszyscy, oczywiście, najwięcej pacjenci. Dlatego, moim zdaniem, temat „Współpraca z pacjentem w leczeniu chorób przewlekłych” powinien być w programie wszystkich wydziałów uniwersytetu medycznego, ponieważ dobra współpraca z pacjentem zależy zarówno od lekarza, współdziałającej z nim pielęgniarki, jak i farmaceuty w ramach tzw. opieki farmaceutycznej.

Przyszli lekarze i farmaceuci powinni także mieć świadomość, jakie znaczenie ma monitorowanie i zgłaszanie informacji o dostrzeżonych niepożądanych działaniach leków. Wiedząc o nich, producenci mają większe szanse na podjęcie działań zmniejszających niekorzystne skutki farmakoterapii dla pacjentów. Przy czym, podobnie jak tematyka *compliance*, tak i wiedza o niepożądanych działaniach leków powinna być przekazywana nie tylko w ramach wykładów, ale także na ćwiczeniach i podczas staży w klinikach i aptekach. Wiem, jak trudno znaleźć czas zapracowanym nad miarę lekarzom, farmaceutom i pielęgniarkom, ale przecież wszystkim nam przyświeca zasada *primum non nocere*.

Jestem pewny, że Gdański Uniwersytet Medyczny w następnych latach będzie dynamicznie się rozwijał. Wierzę też, że prowadzone w nim badania naukowe będzie cechować wysoki poziom innowacyjności, a w nowych oddziałach powstającego szpitala akademickiego pacjenci będą leczeni skutecznie dzięki osiągnięciom dokonany w naukach medycznych i farmaceutycznych m.in. w tej uczelni. Jeszcze raz gratuluję osiągnięć i życzę dalszych sukcesów.

Dr n. farm. Wojciech Kuźmierkiewicz
dyrektor ds. polityki przemysłowej
Zakłady Farmaceutyczne POLPHARMA S.A.



W dniu 15.07.2009 r. odbyło się w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym posiedzenie Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, podczas którego dyskutowano m.in. o sytuacji szpitali klinicznych

W numerze...

Przemówienie inauguracyjne rektora GUMed prof. J. Morysia.	3
Rozmowa z minister zdrowia E. Kopacz ...	7
Laureaci programu POWROTY/HOMING ...	7
Wywiad z Zsuzanną Jakab, nowo wybraną dyrektorką Euro WHO	8
Muzealna interpretacja Uczelni – wystawa ...	11
Rektorzy kolejnych kadencji o naszej <i>Alma Mater</i>	12
Prof. August Heidland – dr h.c. GUMed ...	17
Uczelnia na drogach nauki światowej ...	18
Rola UCK w regionie Polski Północnej ...	22
Refleksja nad wileńską tradycją naszej <i>Alma Mater</i>	26
GUMed w przyszłości	28
Ludzie AMG w PTL	35
Rozważania o dydaktyce – wczoraj, dziś, jutro	36
Wyróżnienie dla dr. M. Skrzypskiego ...	40
Polska będzie wolna od dymu tytoniowego	41
Czy warto było tworzyć wspólny wydział i kształcić biotechnologów?	42
Lekarskie studia anglojęzyczne z bliska ...	45
Z pamiętnika starej, doświadczonej lekarki	49
Farmacja – zmieniająca się sylwetka absolwenta	50
Kadry GUMed i UCK	52
Polecamy Czytelnikom	53
Solidarność to MY	54
Jak to ze zmianami nazw uczelni bywało ...	56
Kalendarium rektorskie	57
Życzenia dla GUMed. ...	15, 17, 53, 55, 57, 58

GAZETA AMG

Redaguje zespół: Marek Bukowski, Wojciech Bruzdowicz (III r. WL), Brunon Imieliński, Józefa de Laval (z-ca red. naczelnego), Wiesław Makarewicz (red. naczelnego), Roman Nowicki (rzecznik prasowy GUMed), Renata Ochocka, Krzysztof Sworczak, Lubomira Wengler, Tomasz Zdrojewski, Krystyna Fryszak (sekr. red.), Tadeusz Skowryra (red. techn.), współpraca graficzna mgr Sylwia Scisłowska. Fot. Zbigniew Wszoborowski.

Adres redakcji: **Gazeta AMG:** Biblioteka Główna GUMed, Gdańsk, ul. Dębinki 1, tel. 0-58-349-14-83; e-mail: gazeta@amg.gda.pl; www: http://www.gazeta-gumed.edu.pl. Druk: **Drukonsul**. Nakład: 1000 egz.

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów nie zamówionych, a także prawo do skracania i adyustacji tekstów oraz zmiany ich tytułów. Wyrażane opinie są poglądami autorów i nie zawsze odzwierciedlają stanowisko redakcji oraz władz Uczelni.

Warunki prenumeraty:

Cena rocznej prenumeraty krajowej wynosi 36 zł, pojedynczego numeru – 3 zł; w rocznej prenumeracie zagranicznej – 36 USD, pojedynczy numer – 3 USD. Należność za prenumeratę należy wpłacać na konto Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z dopiskiem: prenumerata „Gazety AMG”:

Bank Zachodni WBK S.A. Oddz. Gdańsk
76 10901098 0000 0000 0901 5327

Immatrykulacje 2009/2010

W dniach 24, 25, 26, 28 września br. w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym odbyły się immatrykulacje studentów I roku wszystkich kierunków studiów





**Chór Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
im. Tadeusza Tylewskiego
pod dyрекcją Jerzego Szarańského**

