



# GAZETA GDAŃSK **AMG**

ISSN 1506-9745

Rok 17

Marzec 2007

nr 3 (195)



## Z życia Uczelni



Dr Tomasz Zdrojewski wśród 100 najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia, zob. str. 10



Rektor prof. Roman Kaliszan wręcza dyplom absolwentowi Wydziału Lekarskiego zob. str. 17



Prof. Grażyna Świątecka wygłasza wykład podczas sympozjum poświęconego pamięci Doktor Aleksandry Gabrysiak zob. str. 30

**W numerze...**

Z życia Uczelni . . . . .	2
Nagrody Naukowe Miasta Gdańska . . . . .	3
Minister Zdrowia w Gdańsku i w naszej Uczelni . . . . .	4
Wywiad z ministrem zdrowia . . . . .	6
Niezwykły początek roku 2007 w Klinice Kardiologii AM w Gdańsku . . . . .	7
Doniosła wizyta parlamentarzystów w Uczelni . . . . .	8
Prof. Jacek Jassem uhonorowany . . . . .	9
O naprawie służby zdrowia . . . . .	10
Prof. S. Bakula ekspertem PKA . . . . .	13
Nowy system identyfikacji wizualnej AMG . . . . .	13
Diagnostyka i terapia kardiologiczna w programie ZdP 2005-2013 . . . . .	14
Z Senatu AM w Gdańsku . . . . .	16
Dyplomatorium na Wydz. Lekarskim . . . . .	17
Działalność transplantacyjna w 2006 r . . . . .	18
Program „Akcja Dawca” . . . . .	20
Nowi doktorzy na Wydziale Lekarskim . . . . .	21
Kalendarium Rektorskie . . . . .	21
Wizerunek Uczelni – studenci o Uczelni . . . . .	22
Symposium „Eozynofilie – przyczyny, rozpoznawanie, leczenie” . . . . .	26
Kaliningradzcy studenci w AMG . . . . .	26
O szczepieniu przeciwko grypie . . . . .	27
Kadry ACK . . . . .	27
Polecamy czytelnikom . . . . .	28
Towarzystwa i Konferencje . . . . .	29
Pamięci Doktor Aleksandry Gabrysiak . . . . .	30
Kadry AMG . . . . .	30
Szósty Bal Karnawałowy Pracowników AMG . . . . .	31
Bal najmłodszych . . . . .	32

**GAZETA AMG**

**Redaguje zespół:** dr Marek Bukowski, Michał Burdyński, dr hab. Piotr Czauderna, prof. Brunon Imieliński, lek. Marek Labon, mgr Józefa de Laval (z-ca red. naczelnego), prof. Wiesław Makarewicz (red. naczelnego), dr hab. Antoni Nasal, prof. AMG., dr hab. Roman Nowicki, prof. AMG (rzecznik prasowy AMG), dr Tomasz Zdrojewski, red. tech.: mgr Tadeusz Skowyrza, współpraca graficzna mgr Sylwia Scisłowska. Fot. Dariusz Omernik

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

Druk: **Drukonsul**. Nakład: 700 egz.

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów nie zamówionych, a także prawo do skracania i adiustacji tekstów oraz zmiany ich tytułów.

**Warunki prenumeraty:**

Cena rocznej prenumeraty krajowej wynosi 36 zł, pojedynczego numeru 3 zł; w prenumeracie zagranicznej – 3 USD.

Należność za prenumeratę należy wpłacać na konto Akademii Medycznej w Gdańsku z dopiskiem: prenumerata „Gazety AMG”:

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

# Nagrody Naukowe Miasta Gdańska

W dniu 28 stycznia 2007 r. odbyła się w sali Wielkiej Wety Gdańskiego Ratusza Głównomiejskiego uroczystość wręczenia Nagrody Naukowej Miasta Gdańska im. Jana Heweliusza za rok 2006. Naukowa Nagroda Miasta Gdańska im. Jana Heweliusza ma już długą tradycję, w tym roku będzie przyznawana po raz dwudziesty i cieszy się ogromnym prestiżem w środowisku naukowym Trójmiasta.

Prestiżowe nagrody, zwane popularnie Gdańskimi Noblami, są przyznawane w dwóch kategoriach: nauk humanistycznych oraz nauk ścisłych i przyrodniczych. Tym razem laureatami byli: prof. Jerzy Limon, teatrolog z Uniwersytetu Gdańskiego – w dziedzinie nauk humanistycznych, a w kategorii nauk ścisłych i przyrodniczych, prof. Andrzej Czyżewski z Politechniki Gdańskiej, specjalista w dziedzinie technologii multimedialnych.

Termin wybrany na tę uroczystość nie był przypadkowy, tego dnia przypadała 396-rocznica urodzin sławnego gdańskiego astronoma.

Laureaci z ostatnich kilku lat otrzymywali, oprócz dyplomu i nagrody finansowej także statuetkę z brązu, stanowiącą miniaturę pomnika Heweliusza sprzed Ratusza Staromiejskiego. Postanowiono tym razem obdarzyć tym symbolem wszystkich laureatów z poprzednich lat. Warto przypomnieć nazwiska naukowców z naszej Uczelni, wcześniejszych laureatów tej prestiżowej nagrody:

prof. dr hab. med. Stefan Angielski – 1990 r.  
prof. dr hab. med. Olgierd Narkiewicz – 1994 r.  
prof. dr hab. Mariusz Żydowo – 1998 r.  
prof. dr hab. farm. Roman Kaliszan – 2000 r.  
prof. dr hab. med. Bolesław Rutkowski – 2004 r.  
prof. dr hab. med. Janusz Limon – 2005 r.

Godnym podkreślenia jest fakt, że wśród wymienionych laureatów aż trzech to rektorzy naszej Uczelni.

Od roku 2003 przyznawane były nagrody naukowe „Młody Heweliusz” dla badaczy poniżej 30. roku życia. W tym roku postanowiono zmienić patrona tej nagrody i nosi ona imię Jana Uphagena – zasłużonego mecenasa nauk i sztuki w dawnym Gdańsku. Uroczystość wręczenia tej nagrody odbyła się 9 lutego 2007 r. w Domu Uphagena przy ul. Długiej 12. Laureatami byli dr Monika Bokiniec (nauki humanistyczne) i mgr Karol Horodecki (nauki ścisłe i przyrodnicze) z Uniwersytetu Gdańskiego.



Fot. Leonard Szmaglik

# Minister Zdrowia w Gdańsku i w naszej Uczelni

W poniedziałek 26 lutego br. w Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Gdańsku minister zdrowia prof. Zbigniew Religa podpisał z władzami województwa pomorskiego i rektorem naszej Uczelni porozumienie dotyczące pilotażowego programu związanego z planowanym wejściem w życie ustawy o sieci szpitali. Projekt ustawy o sieci szpitali przedstawiony pod koniec ub. roku przewiduje wytypowanie placówek najważniejszych w danym regionie i zagwarantowanie im na tyle wysokich kontraktów z NFZ, by mogły leczyć bez ograniczeń. Gdy ustawa wejdzie w życie (być może jeszcze w tym roku), w sieci znajdą się także placówki, które spełnią określone kryteria, dobrze wyposażone, z kadrą o wysokich kwalifikacjach, świadczące usługi medyczne na najwyższym poziomie. Na działaniu w ramach sieci zyskają stabilizację finansową, dzięki pewnemu i wyższemu niż do tej pory kontraktowi z Funduszem. Szpitale o mniejszym znaczeniu strategicznym dla regionu, które pozostaną poza siecią, o kontrakty z Funduszem będą musiały szczególnie zabiegać, restrukturyzować się, zamykać niektóre oddziały. Aby znaleźć się w sieci, szpitale będą musiały spełnić określone w ustawie kryteria, np. dysponować odpowiednią liczbą łóżek, bazą diagnostyczną, wykształconą kadrą medyczną. Nie muszą natomiast obawiać się o swoje zadłużenie, bo dla ustawodawcy miarodajna jest jakość usług oferowanych pacjentowi.

Prof. Religa podziękował i pogratulował wojewodzie, marszałkowi, starostom i władzom Akademii Medycznej umiejętności szybkiego działania, gdyż jako pierwsi w kraju, na podstawie danych epidemiologicznych i demograficznych, opracowali koncepcję zmian w pomorskich szpitalach.

W części drugiej spotkania z ministrem zdrowia rektor AM w Gdańsku prof. Roman Kaliszan przedstawił plan modernizacji szpitala klinicznego AMG.

Prof. Religa powiedział, że złoży wniosek w Polskiej Radzie Transplantacji o zgodę na wykonywanie przeszczepów serca w Klinice Kardiologii Akademickiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. W przyszłym roku Gdańsk ma otrzymać fundusze na wykonanie 20. przeszczepów.

Minister zdrowia Zbigniew Religa odwiedził Klinikę Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego Akademickiego Cen-

trum Medycyny Morskiej i Tropikalnej SPSK AMG w Gdyni. Wizyta prof. Religi związana była z dofinansowaniem przez MZ zakupu nowego, specjalistycznego wyposażenia ratunkowego dla Kliniki Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego.

Dyrektor Szpitala i kierownik KOMH dr n. med. Zdzisław Sićko oprowadził gości po Klinice. Klinika Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego jest jedyną tego typu placówką w kraju, stąd też decyzją ministra zdrowia pełni rolę Krajowego Ośrodka Medycyny Hiperbarycznej. Jest to również ośrodek referencyjny European College of Baromedicine w systemie edukacji z zakresu medycyny hiperbarycznej w Europie. Przyjmowani są tu pacjenci z całego kraju w systemie stałego dyżuru. Trafiają tu osoby z wypadków nurkowych i z zatorami gazowymi, jak również chorzy ze zgorzelą gazową. Główną inwestycją to zakup komory prostokątnej (o przekroju prostokątnym – tradycyjnie jest to koło) do leczenia tlenem hiperbarycznym z pełnymi możliwościami intensywnej terapii wewnątrz. Obok Niemiec i Szwecji Polska jest trzecim krajem w Europie dysponującym tą technologią. Kolejne zakupy to ambulans hiperbaryczny do przewożenia hiperbarycznej komory transportowej, którą można podłączyć do systemu komór w ośrodku. Jest to jedyne tego typu rozwiązanie w Polsce. Z kolei podwozie kontenerowe służy do przewozu kontenerowej stacji dekompresyjnej, która pozostaje w stałej gotowości, aby dotrzeć do każdego miejsca w Polsce celem zabezpieczenia ratowniczej akcji nurkowej lub dużej akcji pożarowej, wycieku siarkowodoru itp. Pozostały sprzęt to bronchoskop intubacyjny, defibrylatory, respirator do pracy w ciśnieniu i specjalna pompa infuzyjna do ciśnienia. Ośrodek dysponuje też namiotem szpitalnym, przewoźnymi agregatami prądowymi, sprężarkami, sprzętem do leczenia hipotermii. Klinika jest specyficznym oddziałem ratownictwa medycznego, wyspecjalizowanym w technologii hiperbarycznej do zabezpieczenia wszystkich akcji wymagających takiej specyfiki, łącznie z zabezpieczeniem nurków saturowanych (jak na platformie wiertniczej). Pracownicy ośrodka brali udział, m.in. w akcji podniesienia helikoptera z jeziora Śniardwy i wypompowania ropy z wraku promu „Heweliusz”.

□



Minister zdrowia prof. Zbigniew Religa odwiedził Klinikę Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego ACMMiT AMG w Gdyni

## DEKLARACJA

ogłoszona w Gdańsku w dniu 21 lutego 2007 r.

W celu podjęcia bardziej wszechstronnych, opartych na wnikliwych analizach działań strategicznych w zakresie ochrony zdrowia oraz poprawy efektywności wykorzystywania publicznych środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia rozszerza się Deklarację o współpracy podpisaną w dniu 21 lutego 2005 r. przez Samorząd Województwa Pomorskiego oraz Akademię Medyczną w Gdańsku.

Wicemarszałek Województwa Pomorskiego Mieczysław Struk w imieniu Samorządu Województwa Pomorskiego; Prorektor Zbigniew Nowicki w imieniu Akademii Medycznej w Gdańsku; Wicewojewoda Pomorski Piotr Karczewski w imieniu Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego; Dyrektor Mirosław Górski w imieniu Narodowego Funduszu Zdrowia - Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego; Dyrektor Janusz Łyskawa w imieniu Wojewódzkiego Urzędu Statystycznego oraz Pani Janina Kwiecień w imieniu Konwentu Starostów Województwa Pomorskiego mając na uwadze potrzebę kontynuowania podjętych działań w zakresie kreowania regionalnej polityki zdrowotnej oraz wobec faktu niepokojących danych epidemiologicznych w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego oraz chorób nowotworowych w Regionie Pomorskim, deklarują wolę i gotowość znaczącego pogłębienia współpracy w celu poprawy zdrowia i zachowań zdrowotnych mieszkańców województwa poprzez udział w tworzeniu Pomorskiego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego i Chorób Nowotworowych „Zdrowie dla Pomorzan 2005–2013”.

Sygnatariusze Deklaracji stoją na stanowisku, że Program „Zdrowie dla Pomorzan 2005–2013” powinien stanowić ważny element Strategii Regionalnego Rozwoju Województwa Pomorskiego w latach 2005–2013 oraz być komplementarny z Wojewódzkim Planem Zdrowotnym.

Głównym celem Pomorskiego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego i Chorób Nowotworowych będzie zmniejszenie o 40% umieralności przedwczesnej oraz redukcja o 30% ryzyka zachorowania na choroby układu sercowo-naczyniowego i choroby nowotworowe w populacji mieszkańców regionu pomorskiego.

Efektom współpracy ww. instytucji ma być wypracowanie wytycznych w ochronie zdrowia województwa pomorskiego, określających w szczególności sposób kierunki działań w zakresie leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego, chorób nowotworowych, leczenia psychiatrycznego i organizacji opieki nad matką i dzieckiem.

Sygnatariusze Deklaracji zobowiązują się do dołożenia wszelkich starań w celu realizacji zapisów Deklaracji oraz zobowiązują się do monitorowania realizacji postanowień.

Deklarację sporządzono w sześciu jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.



Spotkanie ministra Zbigniewa Religi z władzami województwa pomorskiego w dniu 26 lutego br.



# Wywiad z ministrem prof. Zbigniewem Religą

rozmawiają redaktor naczelny *Gazety AMG* prof. Wiesław Makarewicz oraz pełnomocnik rektora AMG ds. Programu Zdrowie dla Pomorza 2005-2013 dr Tomasz Zdrojewski

## Jak Pan Minister ocenia rolę szpitali klinicznych w systemie ochrony zdrowia?

Jestem człowiekiem, który całe życie stawiał na odważną naukę, na wypracowywanie nowoczesnych metod terapii. Dlatego w pełni doceniam potrójną rolę szpitali: oprócz funkcji terapeutycznej kliniki prowadzą prace badawcze i kształcą studentów. W pierwszym roku realizacji trzyletniego programu rządowego wybraliśmy 11 jednostek właśnie ze względu na ich wyjątkową rolę.

## Szpitale kliniczne zwykle leczą bardziej skomplikowane i trudniejsze przypadki. Czy zgadza się Pan Minister z opinią, że obecny sposób finansowania usług stawia takie ośrodki w trudniejszej sytuacji?

To prawda, że obecny system finansowania nie do końca odpowiada roli szpitali klinicznych. Nie można stawiać na tej samej szali poziomu usług małych szpitali powiatowych i klinik dysponujących wykwalifikowanym personelem i nowoczesnym sprzętem, często – nie bądźmy zbyt skromni – na najwyższym poziomie europejskim.

## Czy zapisy ustawy o sieci szpitali są skierowane na naprawienie tej sytuacji?

Chcemy nareszcie wprowadzić zasadę referencyjności, jakości, tak żeby promować ośrodki, które chcą podnosić poziom swoich usług. Tak jak w innych dziedzinach – ten sam wyrostek operowany przez fachowca wysokiej klasy przy użyciu najbardziej nowoczesnego sprzętu powinien kosztować więcej od wyrostka operowanego przez lekarza z mniejszymi kwalifikacjami. Jakoś nas nie oburza wysoki rachunek za naprawę samochodu w autoryzowanej stacji obsługi w zestawieniu z cenami w przydomowym warsztacie. To może być szansa dla szpitali klinicznych.

## Jak Pan Minister ocenia Akademię Medyczną w Gdańsku pośród innych uczelni medycznych w kraju?

Jestem pod dużym wrażeniem wielu waszych osiągnięć. Jest to godna kontynuacja prac wybitnej uczelni wileńskiej, nie mówiąc już o oryginalnych, gdańskich korzeniach Waszej *Alma Mater*. Super, po prostu super.

Dzisiaj wizytował Pan Minister Klinikę Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego w MIMMiT. Jest to jedyna tego typu placówka w kraju, która pełni rolę Krajowego Ośrodka Medycyny Hiperbarycznej. Dzięki Ministerstwu Zdrowia dokonano tu ostatnio ważnych inwestycji. Główny zakup to komora prostokątna do leczenia tlenem hiperbarycznym z pełnymi możliwościami intensywnej terapii wewnątrz. Czy mogę poprosić o komentarz do tej wizyty?

Sam prosiłem o tę wizytę. O zastosowaniach medycyny hiperbarycznej czytałem jedynie w literaturze fachowej. Bardzo lubię się uczyć, robię to całe życie. To była świetna okazja do przekonania się, jak szerokie zastosowanie ma współczesna hiperbaria. Na miejscu dowiedziałem się też, że nasi naukowcy współtworzą nowoczesną naukę na poziomie europejskim: są współautorami podręczników, zasiadają w międzynarodowych gre-

miach. To jest taka medycyna, o której marzę! Na poziomie europejskim, ambitna.

Sytuacja finansowa szpitala klinicznego AM w Gdańsku jest bardzo trudna. Ten ważny ośrodek w regionie znalazł się na wstępnej liście ok. 11 szpitali, którym MZ chce pomóc jeszcze w tym roku. Zadłużenie jednak znacznie przewyższa możliwą pomoc z Ministerstwa Zdrowia. Jak Pan ocenia ambitny, ale trudny i dla niektórych „ratunkowy” (konieczność kredytu pod hipotekę) program modernizacji szpitala klinicznego AMG?

To jest czas na ambitne, odważne plany. Czas na wzięcie odpowiedzialności przez organy założycielskie. I do takich zachęcam, za takie plany trzymam kciuki.

Nie możemy nie zapytać Pana Ministra jako sławnego kardiochirurga i wielkiego autorytetu o ocenę dokonania naszej kliniki kardiochirurgicznej. Obserwujemy z jednej strony szybki rozwój technik małoinwazyjnych, z drugiej wdrażanie w ramach Narodowego Programu POLKARD u chorych pooperacyjnych niepowikłanych wcześniej kompleksowej rehabilitacji w domu z udziałem lekarza domowego. Czy udany pierwszy przeszczep serca, „rekord Polski” w prowadzeniu chorego przez 205 dni na sztucznej komorze prof. Religi oraz brak ośrodka transplantacji serca w Polsce północnej stwarzają przesłanki do powstania takiego ośrodka w szpitalu klinicznym AMG? Szczerze mówiąc, młody i ambitny zespół kardiochirurgów bardzo chciałby pójść śladami sukcesu programu transplantacji nerek, którym kieruje prof. Bolesław Rutkowski...

Będę o to występował na kolejnej Radzie Transplantacyjnej. Taki rekord to miód na moje serce! To jest duża sztuka i najlepszy test dla kardiochirurga, wymaga koordynacji wielu działań. Sztuczne serce jest moim ukochanym dzieckiem i cieszę się, że kolejny człowiek może – tym razem aż 205 dni – korzystać z tego wynalazku.

Jak Pan Minister ocenia program Zdrowie dla Pomorza prowadzony od 2. lat w celu integracji działań najważniejszych podmiotów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia na Pomorzu. Czy dotychczasowe prace i przyjęte dokumenty organizacji ochrony zdrowia stwarzają szanse na udany pilotaż proponowanej ustawy o sieci szpitali?

Dzięki temu programowi możecie być pierwsi w Polsce i zachęcać pozostałych! Za wami rusza Dolny Śląsk, czekam na pozostałe województwa. Ale bez waszej inicjatywy byłoby nieporównywalnie trudniej. Przydałoby się więcej takich sojuszników. To w Polsce wyjątkowe. Żeby tyle instytucji naraz się porozumiało i chciało razem realizować program dla wspólnego, publicznego dobra! Dotychczas z własnego doświadczenia bardzo wysoko doceniałem Śląsk, Pomorzanie bardzo pozytywnie mnie zaskakują, brawo!

Zespół szpitali klinicznych AMG ma prawdopodobnie najstarszą infrastrukturę – niektóre budynki pochodzą z 1908 roku – wśród szpitali klinicznych w Polsce. Zatwierdzona przez Sejm decyzja 5-letniej inwestycji w wysokości 475 mln zł na nowe centrum zabiegowe oraz modernizację istniejącego szpitala, pod którą znajduje się podpis Pana Ministra to historyczna szansa na rozwój szpitala klinicznego i Uczelni. Jakie przesłanie po tej decyzji i dzisiejszej wizycie chciałby Pan Minister skierować do naszej społeczności akademickiej?

Ta inwestycja to szansa. Macie być wielcy – nie na poziomie kraju, wielcy na poziomie europejskim i światowym. To jest wyzwanie dla odważnych ludzi i na takich stawiam. Ale to co do tej pory widziałem na Pomorzu wskazuje, że tej szansy nie zmarnujecie. W przeciwnym razie czułbym się osobiście rozczarowany!



# Niezwykły początek roku 2007 w Klinice Kardiologii AM w Gdańsku

## Pierwszy przeszczep serca

W przedostatnim dniu roku 2006 wykonano po raz pierwszy w gdańskiej Klinice Kardiologii przeszczep serca. Operacja ta zakończyła dwustudniowy okres stosowania systemu wspomagania dwukomorowego u chorego ze skrajną pozapalną niewydolnością krążenia. Dotychczas w Polsce nie przeprowadzono tak długiego leczenia mechanicznym wspomaganie serca zakończonego przeszczepem. W Klinice Kardiologii w Gdańsku od siedmiu lat jednym z realizowanych zadań terapeutycznych jest stosowanie mechanicznego wspomaganie serca w przypadkach skrajnej niewydolności tego narządu. Leczenie tych pacjentów obarczone jest znaczną ilością powikłań i śmiertelnością. Decyzję o zastosowaniu mechanicznego wspomaganie serca podejmuje się wówczas, gdy wykorzystane są wszystkie inne metody lecznicze. W zależności od przyczyny niewydolności, terapia ta ma doprowadzić do poprawy pracy serca i umożliwić bezpieczne usunięcie układu wspomagającego – pomost do wyzdrowienia, lub zabezpieczyć chorego w okresie oczekiwania na dawcę – pomost do przeszczepu.

Pierwszy przeszczep serca w Gdańsku został wykonany u chorego, u którego dzięki mechanicznemu wspomaganie użytko poprawę wyjściowo tragicznie ciężkiego stanu zdrowia, a następnie utrzymano pacjenta przy życiu w okresie oczekiwania na dawcę. W chwili obecnej, dwa miesiące po operacji, chory jest w stanie dobrym, rehabilitowany ruchowo, bez cech odrzutu. Dotychczas na świecie zanotowanych jest niewiele podobnych przypadków wyleczonych z sukcesem. Niezwykle zaangażowanie kardiologów i kardiologicznych oraz współpraca z II Kliniką Kardiologii w Warszawie umożliwiły osiągnięcie tak dobrego rezultatu leczenia.

## IX Gdańskie Spotkania Kardiologiczne

Tradycyjnie już tydzień po Wielkiej Orkiestrze Świątecznej Pomocy, w dniach 19–20 stycznia 2007 roku odbyły się po raz dziewiąty Gdańskie Spotkania Kardiologiczne. Jak co roku zgromadziły one liczne grono uczestników z prawie wszystkich ośrodków kardiologicznych w Polsce. W tegorocznych spo-

tkaniach wzięło udział blisko trzysta osób. Spotkania zaszczytli również goście z zagranicy: dr Dr Afksendylos Kalangos, Dietrich Birnbaum, Andrzej Sosnowski, Lubomir Kulyk, Paul Grundeman. Tematy wykładów, referatów i dyskusji zjazdowych koncentrowały się wokół postępów w chirurgicznym leczeniu chorób serca. W odróżnieniu do poprzednich lat spotkania poszerzono o dwie sesje anestezyjologiczne i dwie sesje poświęcone zagadnieniom technik krążenia pozaustrojowego. Okazję do wymiany doświadczeń i przedstawienia dorobku miał więc praktycznie cały zespół zajmujący się pacjentami kardiologicznymi. Część naukowa wzbogacona została interesującymi wykładami przygotowanymi przez zaproszonych gości.

Pierwszego dnia odbyły się równoległe sesje kardiologiczne i anestezyjologiczne. Tematy chirurgiczne zdominowane zostały przez problemy chirurgii zastawek, aorty oraz zagadnienia chirurgicznego leczenia skrajnej niewydolności krążenia. Sesje anestezyjologiczne poświęcone zostały opiece okołoperacyjnej oraz pooperacyjnym zaburzeniom krzepnięcia.

Podczas drugiego dnia obrad odbyły się dwie sesje kardiologiczne, w trakcie których przedstawiono najciekawsze przypadki roku oraz najnowsze trendy w chirurgicznym leczeniu choroby wieńcowej i migotania przedsionków. W czasie wystąpień odbywała się teletransmisja z sal operacyjnych Kliniki Kardiologii. Została przeprowadzona z sukcesem operacja 12-letniego dziecka z ciężką wadą serca. Wykonano złożoną naprawę zastawki aortalnej oraz zastawki mitralnej z wykorzystaniem biodegradacyjnego pierścienia mitralnego.

Także w sobotę odbyły się spotkania perfuzjonistów. Wiele uwagi poświęcono między innymi zmniejszeniu inwazyjności w technice krążenia pozaustrojowego.

Cieszy nas bardzo rosnący z roku na rok udział w Gdańskich Spotkaniach Kardiologicznych nie tylko kardiologów, którzy ściśle współpracują z klinikami kardiologii, ale także lekarzy sprawujących opiekę nad naszymi pacjentami.

Gdańskie Spotkania Kardiologiczne na trwałe wpisały się już do kalendarza spotkań polskich kardiologów. Stały się nie tylko miejscem wymiany doświadczeń naukowych i klinicznych pomiędzy ośrodkami, ale co jest także bardzo ważne, okazją do wzajemnego poznania się i spotkań towarzyskich.

Ubiegłoroczny zjazd kardiologów w Gdańsku przebiegał w najniższych temperaturach, jakie obserwowano na Wybrzeżu od wielu lat. Także w tym roku zgromadzenie w jednym miejscu tak wielu znanych osobistości wywołało anomalie pogodowe, tym razem pod postacią huraganowych wiatrów. Sparaliżowały one niestety w znacznym stopniu komunikację międzynarodową i krajową, opóźniając przybycie niektórych prelegentów. Doprowadziło to do dokonania pewnych zmian w programie zjazdu, które nie zakłóciły jednak jego przebiegu. Z niepokojem czekamy więc na przyszłoroczne 10. jubileuszowe GSK, na których obecność zapowiedziała już czołówka kardiologii polskiej oraz światowej.

dr Piotr Siondalski



# Doniosła wizyta parlamentarzystów w Uczelni

Projekt budowy Akademickiego Centrum Kliniczno-Innowacyjno-Dydaktycznego (ACKID) wpisany do ustawy budżetowej!  
480 milionów złotych dla Akademii Medycznej w Gdańsku!  
Rektor AMG dziękuje Parlamentarzystom!

**W dniu 5.02.2007 r. odbyło się spotkanie rektora Akademii Medycznej w Gdańsku prof. Romana Kaliszana i Kolegium Rektorskiego z parlamentarzystami pomorskimi.**

W spotkaniu wzięli udział wicemarszałek Senatu RP Maciej Płażyński, wojewoda pomorski Piotr Ołowski, senator Antoni Szymański, posłowie: Izabela Jaruga-Nowacka, Zbigniew Kozak, Małgorzata Ostrowska, Arkadiusz Rybicki, Jarosław Wałęsa, Joanna Senyszyn, minister Jacek Tarnowski, Monika Tarnowska, konsul honorowy Francji, dr Tomasz Zdrojewski, doradca prezydenta RP, Bogdan Borucki, lekarz wojewódzki oraz dziennikarze.

Rektor AMG podziękował parlamentarzystom za wsparcie projektu budowy Akademickiego Centrum Kliniczno-Innowacyjno-Dydaktycznego (ACKID), który decyzją Sejmu RP wszedł do Centralnego Budżetu Państwa na lata 2007–2011.

Projektowana przez architektów z Zespołu Autorskich Projektów Architektonicznych pod kierunkiem prof. A. Kohnke inwestycja wychodzi naprzeciw potrzebom akademickiej medycyny XXI wieku. Umożliwi naszej Uczelni kompleksową realizację procesu leczniczego, dydaktycznego oraz opracowywanie i wdrażanie najnowszych technologii medycznych. Prof. Kaliszan podkreślił, że jest to wydarzenie historyczne nie tylko dla Uczelni, ale także dla regionu pomorskiego i niewątpliwie znaczące dla całej Polski i Europy.

Zgromadzeni parlamentarzyści i goście z zainteresowaniem zapoznali się z głównymi założeniami realizacji projektu przedstawionymi przez dr. hab. Piotra Czaudernę, pełnomocnika rektora AMG ds. budowy nowego szpitala uniwersyteckiego.

W pierwszym etapie inwestycji wybudowane zostanie Centrum Medycyny Inwazyjnej (CMI). Będzie to bardzo nowoczesna jednostka obliczona na 250 łóżek i 15 sal operacyjnych, skupiająca wszystkie „dorosłe” specjalności zabiegowe:

- chirurgię z jej poszczególnymi działami (oprócz kardiologii i chirurgii naczyniowej)
- urologię
- okulistykę
- laryngologię
- radiologię zabiegową
- oddział transplantologiczny (w tym przeszczepów szpiku kostnego)

CMI obejmie swą działalnością zarówno pacjentów stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych. Istotną nowością jest zmiana profilu klinik zabiegowych i przestawienie ich zadań na procedury wysoko specjalistyczne, tak aby szpital uniwersytecki nie był bezpośrednią konkurencją dla innych szpitali w regionie, a raczej stanowił uzupełnienie ich funkcji.

Projekt ma doprowadzić do powstania nowoczesnego szpitala klinicznego, tzw. Akademickiego Centrum Kliniczno-Innowacyjno-Dydaktycznego (ACKID), w którym procesy lecznicze, dydaktyczne, jak i wdrażania nowych technologii medycznych zostaną w pełni zintegrowane.

Zamierzone przeniesienie wszystkich oddziałów zabiegowych do nowego budynku pozwoli na uzyskanie znacznej przestrzeni dla poprawy warunków pobytu pacjentów i pracy personelu w obrębie innych jednostek, które, mówiąc potocznie, po prostu będzie można rozgęścić. Pozwoli to na doinwestowanie i poprawę warunków lokalowych jednostek najistotniejszych z

punktu widzenia epidemiologii regionu, takich jak kardiologia z kardiologią czy onkologia. Nie bez znaczenia jest też możliwość utworzenia nowych jednostek, dotychczas nieobecnych w profilu szpitala, np. oddziału intensywnej terapii dla dzieci. Taki sposób prowadzenia prac w minimalnym stopniu zakłóci codzienną pracę szpitala, umożliwi wykonanie kontraktu z NFZ i utrzymanie stałego poziomu finansowania ACK.

Znaczna część starej infrastruktury szpitala ulegnie modernizacji. Jednym z podstawowych założeń tej modernizacji będzie zapewnienie komunikacji pomiędzy poszczególnymi budynkami przez system napowietrznych łączników. Brak takiej komunikacji






przy pawilonowym układzie szpitala jest jedną z jego największych bolączek. Nowy szpital będzie oparty na systemie modułowym i ma charakter otwarty, co pozwala w przyszłości na dalszą rozbudowę poprzez stawianie nowych pawilonów w okolicy budynku CMI i w efekcie – na stopniową rezygnację z wysłużonych pomieszczeń.

W roku 2007 przygotowany zostanie projekt techniczny, który umożliwi uzyskanie pozwolenia na budowę i wyłonienie generalnego wykonawcy. Rozpoczęcie właściwych prac budowlanych planowane jest na rok 2008. Budynek CMI powinien zostać ukończony w ciągu dwu lat, a modernizację pozostałej części szpitala przewidziano na lata 2010–2011.

Na pytanie, czy 480 milionów złotych otrzymane na budowę nowego Centrum Medycyny Inwazyjnej nie powinny być przeznaczone na oddłużenie Szpitala Klinicznego dr hab. Piotr Czauderna odpowiedział, że są to pieniądze z zupełnie innej puli. Dostała je Uczelnia, która jest organem założycielskim szpitala, a inwestycja jest właśnie po to, żeby „stary” szpital mógł pracować bez zakłóceń i przestał się zadłużać. Należy najpierw zainwestować, żeby wyjść z długów.

Zaproszeni parlamentarzyści gratulowali rektorowi AMG udanego projektu, życzyli planowej realizacji i potwierdzili swoją obecność na uroczystości wmurowania kamienia węgielnego pod tę tak potrzebną i oczekiwaną budowę, jaką jest Centrum Medycyny Inwazyjnej.

prof. Roman Nowicki  
rzecznik AMG



**MINISTER ZDROWIA**

Warszawa, 2007-02-06


MZ-BFI-327-4217-4/GL/06


**DECYZJA Nr 2/4217**

Na podstawie § 6 ust. 1, pkt 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 3 lipca 2006 roku w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji z budżetu państwa (Dz. U. 2006 Nr 120, poz. 831)

**akceptuję**

**Program Medyczny** – opracowanie grudzień 2006 roku  
dla inwestycji wieloletniej pn. „Akademickie Centrum Kliniczno – Innowacyjno – Dydaktyczne w Gdańsku” o zdolności usługowej na 999 łóżek, w tym Centrum Medycyny Inwazyjnej na 250 łóżek.





Zbigniew Religa

Załączniki:  
zał. 1 - 1 kpl. – Program Medyczny – opracowanie grudzień 2006 roku



## Profesor Jacek Jassem uhonorowany

W dniu 28 stycznia br. prof. Jacek Jassem odebrał prestiżową Złotą Honorową Odznakę Fundacji „Promocja Zdrowia”. Ceremonia wręczenia odznak odbyła się w studio nagrań Polskiego Radia przy ul. Woronicza 17 w Warszawie i została uświetniona koncertem Orkiestry Symfonicznej Polskiego Radia. Odznakę tę Profesor otrzymał w uznaniu zasług w dziedzinie zdrowia publicznego, a w szczególności wieloletniej działalności antytytoniowej. W ubiegłym roku prof. Jassem opracował projekt nowelizacji ustawy z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, która wprowadza całkowity zakaz palenia tytoniu w miejscach publicznych. Nowelizacja ta została złożona do Sejmowej Komisji Zdrowia we wrześniu ub. r. i otrzymała niemal jednogłośnie poparcie, a obecnie jest przedmiotem dalszych prac parlamentarnych i przewiduje się jej przyjęcie w ciągu najbliższych kilku miesięcy. W ten sposób Polska dołączy do grona krajów Unii Europejskiej, które wprowadziły podobne regulacje. Do 2009 r. Unia Europejska ma się stać obszarem wolnym od dymu tytoniowego. Prof. Jacek Jassem otrzymał to zaszczytne wyróżnienie po raz drugi, poprzednio w 1999 roku.



# O naprawie służby zdrowia

Wywiad z Doradcą Prezydenta RP ds. Zdrowia Tomaszem Zdrojewskim

## Jak określiliby Pan obecną sytuację polskiej służby zdrowia?

W Polsce przeżywamy w ostatnich dekadach dwa skomplikowane procesy jednocześnie. Po pierwsze, zgodnie z kierunkiem rozwoju medycyny na świecie, dzięki antybiotykowi i szczepionkom w znacznej mierze uporaliśmy się z chorobami zakaźnymi, a weszliśmy w erę zmagania z tzw. chorobami cywilizacyjnymi. Są to epidemie miażdżycy, chorób nowotworowych i urazów. Kraje wysoko rozwinięte przeszły te zmiany wcześniej od nas. Po drugie, odrzucając utopijną gospodarkę planową i system nakazowo-rozdzielczy, w którym służba zdrowia była tylko pozornie bezpłatna, staramy się wejść w obszar nowoczesnej gospodarki rynkowej. Przy braku wystarczających środków oraz nawykach wyniesionych z poprzedniego systemu, jednak egalitarnego, proces ten stwarza dodatkowe trudności.

## Czy nie możemy zatem skorzystać z gotowych wzorców w niektórych krajach zachodnich?

Wbrew pozorom w większości wysoko rozwiniętych państw, niezależnie od stosowanych rozwiązań, występują mniejsze lub większe kłopoty w systemach ochrony zdrowia. Nie ma prostych recept na uzdrowienie systemu. W Polsce wytworzył się na przykład pewien mit pozytywnego amerykańskiego systemu. Głównie dzięki najnowocześniejszym na świecie technologiom, stosowanym przynajmniej przez część placówek. Trzeba jednak pamiętać, że osiągnięto to za pomocą niewiarygodnie, jak na standardy europejskie, wysokich kosztów, nie zapewniając przy tym w pełni efektywnego ich wykorzystania.

## Polską służbę zdrowia dzieli jednak przepaść...

Akurat pod względem efektywności system w Polsce wyróżnia się, szczególnie w porównaniu do krajów Unii Europejskiej, wysoką efektywnością pomiędzy nakładami a uzyskiwanymi wskaźnikami zdrowotnymi. Wydaje mi się jednak, że społeczne, zdrowotne, ekonomiczne i polityczne rezerwy dalszego trwania obecnej sytuacji ulegają wyczerpaniu. Społeczeństwo się starzeje, gwałtownie rosną koszty nowych technologii medycznych, narasta frustracja nisko wynagradzanych pracowników medycznych. Musimy pilnie podjąć systemowe działania naprawcze.

## Wspomniał Pan o frustracji. Często słyszymy o strajkach i protestach. Co jest główną przyczyną napięć?

We wszystkich krajach zagadnienia ochrony zdrowia są trudne i stanowią delikatną materię. Każdy kraj – podobnie jak każdy pacjent – ma swoje charakterystyczne cechy, wymaga więc indywidualnej diagnozy i rozwiązań specyficznych dla danego środowiska. Pacjenci, ale także pracownicy nie zawsze rozumieją, że przemiany wymagają czasu. Siłą rzeczy dokonują się one w warunkach „eksperymentalnych”, czasem metodą prób i błędów. Naprawa systemu jest procesem, którego nikt w historii uprzednio w takich warunkach nie dokonywał. Jest to trudny proces, także w sferze odbioru społecznego. Reformy specyficzne dla naszego regionu i dostosowane do sytuacji ekonomicznej musimy więc wypracować w dużej mierze sami.

## Trudno jednak oczekiwać innych reakcji na często trudne i niepopularne kroki...

Dlatego w naprawie tak trudnego i złożonego problemu pierwszorzędne znaczenie ma edukacja i komunikacja społeczna. Jest to również konieczny warunek uzyskania poparcia

Dr Tomasz Zdrojewski jest na czwartym miejscu wśród 100. najbardziej wpływowych osób w ochronie zdrowia!

W dniu 16 stycznia 2007 r. w hotelu Le Royal Meridien Bristol w Warszawie odbyła się uroczystość wręczenia nagród i dyplomów 100. najbardziej wpływowym osobom w ochronie zdrowia. Lista powstała w oparciu o opinię 10. niezależnych ekspertów, którzy wybierali najlepszych z grupy ponad 300. kandydatów. Zgodnie z przyjętym regulaminem eksperci oceniali kandydatów w skali 0–10 w czterech kategoriach: osiągnięcia/dokonania w roku 2006, reputacja zawodowa, kontakty, sieć powiązań i wpływów, siła publicznego oddziaływania. Na Liście Stu znalazły się osoby, które zdobyły łącznie największą liczbę punktów. Najbardziej wpływową osobą w ochronie zdrowia w 2006 r. był minister zdrowia prof. Zbigniew Religa. Drugie miejsce przypadło prezesowi NFZ Andrzejowi Sośnierzowi, a trzecie wiceministrowi zdrowia Jarosławowi Pinkasowi. Czwarte miejsce na Liście Stu zajął dr Tomasz Zdrojewski z Akademii Medycznej w Gdańsku.

Wywiad z dr. Tomaszem Zdrojewskim od 6.02.2007 r. znajduje się na stronie [www.prezydent.pl](http://www.prezydent.pl).

prof. Roman Nowicki  
rzecznik AMG

dla zmian od społeczeństwa, pracowników, ekspertów, partii politycznych i środków masowego przekazu. Tymczasem dialog społeczny w dziedzinie zdrowia jest w naszym kraju jednym z mocno zaniedbanych obszarów. Wśród Polaków istnieje, niestety, wiele nieprawdziwych i szkodliwych stereotypów na temat opieki zdrowotnej.

## Jakich na przykład?

W każdej dyskusji o systemie opieki zdrowotnej musi być uwzględniony aspekt ekonomiczny. Mamy tu bowiem do czynienia z wielkimi, w skali państwa, nakładami i przepływami finansowymi oraz kosztami. Brak wnikliwej analizy ekonomicznej i oczekiwań różnych grup interesu może wręcz uniemożliwić naprawę czegokolwiek.

Podam przykład. Moi zaprzyjaźnieni starsi pacjenci nieraz skarżą się, że przez kilkadziesiąt lat w PRL uczciwie pracowali, mało zarabiali, pieniądze na zdrowie były w jakiś sposób gromadzone. A teraz dowiadują się, że na wszystko brak pieniędzy. Czekają nieraz w bardzo długich kolejkach. Otóż, bardzo szybko zapomnieliśmy, że tamten system z ekonomicznego punktu widzenia okazał się po prostu bankrutem. Nic z tamtych środków nie zostało. Odwrotnie. Do dzisiaj istotna część obsługi długu pośrednio lub bezpośrednio, choć dokładnie to trudno wyliczyć, wynika ze zobowiązań PRL, które III RP przejęła.

Oceniając ilość środków finansowych możliwych do przesunięcia na ochronę zdrowia trzeba pamiętać, że przy dochodzie państwa planowanym w br. na ok. 227 mld zł, koszt samej obsługi długu publicznego ma wynosić ponad 28 mld zł. To niewiele mniej niż budżet NFZ. Przy takich uwarunkowaniach makroekonomicznych trudno będzie zabezpieczyć potrzeby zdrowotne na odpowiednim poziomie bez współfinansowania prywatnego, w tym uzupełniających i dobrowolnych ubezpie-



czeń indywidualnych. Obecnie w systemie publicznym mamy ok. 1000 zł rocznie na jednego obywatela, co starcza na 3–4 dni pobytu w szpitalu ...

#### **Elity polityczne mają pomysł na tę sytuację?**

Wiedza o problemach ochrony zdrowia w środowiskach politycznych powinna być lepsza. Jak dotąd, niezależnie od opcji politycznej, od początku transformacji ustrojowej politycy zajmujący się zdrowiem stanowili zbyt małą siłę, co w konsekwencji prowadziło do nadmiernego upolitycznienia procesu naprawy systemu ochrony zdrowia. Nie należy tu jednak naiwnie oczekiwać pełnej niezależności politycznej sfery zdrowia. Przekonała mnie o tym ostatnia, styczniowa relacja radia BBC z debaty parlamentarzystów brytyjskich na tematy dotyczące zdrowia. Pomimo stabilnego systemu ochrony zdrowia w Wielkiej Brytanii dyskusja była bardzo gorąca i nie zawsze merytoryczna...

#### **Jak ocenia Pan dotychczasowe próby reform służby zdrowia?**

Aktualne trudności są w jakiejś mierze efektem właśnie owego nadmiernego i szkodliwego upolitycznienia procesu naprawy systemu. Wynikają one na przykład z niektórych niedociągnięć odważnej reformy w 1999 roku, później nadmiernie krytycznej oceny tej reformy i mocno upolitycznionej „kontreformy” w 2003 roku. Duże szkody spowodowały również niespójności kolejnych prób naprawy systemu. W efekcie mamy duże rozczarowanie społeczeństwa i pracowników służby zdrowia, wzmacniane sposobem relacjonowania zagadnień zdrowotnych przez środki masowego przekazu, które ze swej natury koncentrują się raczej na zjawiskach negatywnych, nierzadko jednostkowych i incydentalnych. Z drugiej strony często tego typu publikacje pomogły zwrócić uwagę na konkretny problem, czy ukarać winnych zaniedbań i nadużyć.

Na marginesie reformy z 1999 roku wydaje mi się, że za mało wykorzystujemy kadrę menedżerów z tamtego okresu w bieżącym naprawianiu systemu w kraju. Po płynących z tamtego okresu naukach i nauczkach ich potencjał jest naprawdę duży. W zarządzaniu kadrami uważa się, że prawdziwy menedżer to dopiero ten, kto doświadczył już porażki, obojętnie zasłużonej czy niezasłużonej.

#### **Ma Pan receptę na zmianę sytuacji?**

Do poprawy funkcjonowania systemu należy podejść bardzo poważnie i zgodnie z nowoczesnymi zasadami zarządzania wielkim projektem. Tak jak to tylko możliwe, trzeba unikać znanych z poprzednich lat akcji doraźnego łatania dziur. Ważnym elementem powinna być publiczna debata tak ukierunkowana, by równocześnie pomagała w przygotowaniu oraz realizacji procesu naprawy.

#### **Poruszył Pan kwestię dobrowolnych ubezpieczeń, która niedawno była szeroko dyskutowana. Jest na nie miejsce?**

Dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia mogą być z kilku powodów przydatne i potrzebne. Programy wyborcze obu największych partii zawierały ten postulat. Ale takie ubezpieczenia powinny być wprowadzone w odpowiednim czasie – najpierw trzeba przyjąć tzw. koszyk, czyli zakres, czas i standard świadczeń. Trzeba też określić ich obszar działania. Odnoszę wrażenie, że ostatnia żywa dyskusja w mediach na ten temat to był trochę falstart, najpewniej spowodowany nieprecyzyjnym przekazem informacji.

Otóż, wszystkie istotne problemy staram się zwykle konsultować z przedstawicielami różnych środowisk, pokoleń i opcji politycznych. W ostatnio rozpoczętej dyskusji i rozmowach nie spotkałem nikogo, kto w kiepskich warunkach wielu publicznych polskich szpitali, wobec braku miejsc, konieczności stawiania dostawek, niekiedy na korytarzach, za słuszne by uznał tworzenie w tych samych jednostkach ekskluzywnych sal klasy pierwszej.

Zarówno lekarze, jak psycholodzy społeczni i socjolodzy, którzy dobrze znają polskie uwarunkowania, uważają, że wprowadzenie takiego podziału w publicznej służbie zdrowia spowodowałoby pogorszenie warunków dla większości. Dla osób biedniejszych dostęp do opieki zdrowotnej stałby się przy realizacji takiego scenariusza w jeszcze większym stopniu niż obecnie fikcją.

Co innego dostęp do wyższego standardu świadczeń w opiece ambulatoryjnej oraz hospitalizacji w jednostkach prywatnej służby zdrowia. Bardzo ważną sprawą, jeśli ubezpieczenia dodatkowo mają odegrać istotną rolę w systemie, będzie opracowanie atrakcyjnego systemu zachęt, tak by były one odpowiednio popularne.

#### **Czy to nie jest tak, że najlepszym lekarstwem na naprawę systemu stanowi prywatyzacja i całkowicie wolny wybór?**

Tu zdecydowanie przestrzegabym przed zbyt prostym podejściem do problemu. Umożliwienie całkowicie wolnego wyboru i utworzenie wolnego rynku świadczeniodawców czy ubezpieczycieli, bez odpowiednich regulacji, może wywołać efekty odwrotne do zamierzonych: gorszą efektywność i pogorszenie zdrowia populacji. Z drugiej strony, mimo mnożących się drobnych zmian i usprawnień, kosztowne społecznie i finansowo jest dalsze utrzymywanie instytucji charakteryzujących się znacznym deficytem odpowiedzialności właścicielskiej i nadzorczej oraz niewydolnych w zakresie powierzonych im zadań.

#### **Liczba problemów nie nastraja optymistycznie...**

Ale jest też bardzo wiele pozytywnych zjawisk. Polskie społeczeństwo potrafi także reagować wspaniale, nie tylko rozumiejąc, ale wręcz przejmując konieczne zmiany na swoje barki.

Jednym z przykładów jest poparcie społeczne dla Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Podobnie wielki program hospicyjny, który cieszy się w kraju i Europie powszechnym szacunkiem i rozwinął także przy pomocy wolontariuszy. To przykłady pozytywnej reakcji, inicjatywy i oddolnego włączenia w proces zmian, który dotyczy nas wszystkich. Wierzę, że nawet przy ograniczonych środkach finansowych, jakimi dysponujemy w Polsce, możemy dopracować się jednego z najbardziej efektywnych systemów opieki zdrowotnej.

#### **Co stanowi o nowoczesności systemu ochrony zdrowia?**

Cztery podstawowe zasady nowoczesnego i zdolnego do stałego rozwoju systemu powinny stanowić:

- solidaryzm po stronie obywateli,
- racjonalizacja pozwalająca wyeliminować nadużycia eksploatujące solidaryzm,
- obecność mechanizmów rynkowych, ale poddanych odpowiednim regulacjom, tak by usługi były na wysokim poziomie, ale równocześnie efektywne ekonomicznie,
- prosty dostęp do systemu dla obywatela i łatwe poruszanie się w nim.

Wszystko to powinno zdecydowanie zwiększyć poczucie bezpieczeństwa Polaków w odniesieniu do szeroko pojętych problemów dotyczących zdrowia. Sami Polacy zaś powinni w zdecydowanie większym stopniu być aktywni w stosunku do swojego zdrowia. Nie zapominajmy, że więcej niż 50% naszego zdrowia zależy od stylu życia i zachowań prozdrowotnych.

#### **Czy polska służba zdrowia zmierza w tym kierunku?**

Obecnie w Polsce wykształcają się trzy sektory lecznictwa: państwowy, prywatny i spółdzielczy. Jednocześnie nie ma jeszcze dostatecznie przejrzystych prawnych regulacji ich współpracy i funkcjonowania. Do tego dominuje wciąż centralne finansowanie przez NFZ. Eksperti zachodni widząc strukturę wydatków NFZ naprawdę nie dowierzają, że koszty administracyjne tej instytucji wynoszą poniżej 2%, ostatnio jest to liczba bliższa 1% budżetu. By taka organizacja mogła być sprawna i dobrze realizować swoje zadania, w tym kontrolne, środki powinny być kilkakrotnie wyższe. Stąd żywe dyskusje i spory, a także problem korupcji, na co zwróciła uwagę m.in. Fundacja Batorego. Korupcja jest jednak w dużej mierze skutkiem niedopracowania zmian systemowych, dlatego procesy reorganizacyjne należy przyspieszać.

#### **Które dotychczasowe zmiany ocenia Pan pozytywnie?**

Krytykowany i zmieniony system kas chorych, mimo wytworzenia zbyt dużych dysproporcji regionalnych, po raz pierwszy próbował wprowadzić liczenie jednostkowych kosztów leczenia. Szczęśliwie zbiegło się to z rozwojem komputeryzacji i system liczenia kosztów, mimo dużych kłopotów, stale jest doskonałony. Akademie medyczne dobrze szkolą kadrę, jeśli nasi absolwenci są przyjmowani do pracy w najlepszych ośrodkach w świecie. Dwa ogólnopolskie narodowe programy w chorobach serca i naczyń oraz onkologii zaczynają przynosić wyraźne efekty. Obecnie chorzy z zawałami serca w Polsce są leczeni podobnie jak w krajach wysoko rozwiniętych. Również ogólnopolski program zwalczania chorób nowotworowych poprawia wykrywalność nowotworów, mimo wciąż dużych braków zarówno w wyposażeniu, jak i finansowaniu nowoczesnej terapii. Skomputeryzowaliśmy wyniki ogólnopolskich badań epidemiologicznych i profilaktycznych nadciśnienia tętniczego i innych czynników ryzyka chorób serca i naczyń. Szeroko wykorzystujemy metodę sondażu reprezentatywnego w ocenie zdrowia Polaków, a także ich wiedzy i zachowań zdrowotnych. Mamy bardzo dobry i precyzyjny krajowy rejestr zawałów serca. W podanych dziedzinach nasze osiągnięcia z satysfakcją pokazujemy na każdym forum w Europie.

#### **Mimo tego trudno mówić o euforii w społecznych opiniach o stanie służby zdrowia...**

Oczywiście, jest wciąż cała masa problemów. Mamy zbyt ograniczone środki finansowe w służbie zdrowia, a w rezultacie źle opłacany personel medyczny. Większa niż uprzednio swoboda gospodarcza przyspiesza szereg procesów, inne utrudnia. Nie wypracowano do dziś jasnych relacji między sektorem prywatnym, państwowym i spółdzielczym – stąd podejrzliwość i wyszukiwanie czasem rzeczywistych, a niekiedy urojonych relacji korupcyjnych. Do tego zadłużenie części szpitali czy zbyt mała drożność współpracy podstawowej opieki zdrowotnej z medycyną specjalistyczną. Nie do końca określone są obszary działania samorządu lekarskiego, związków zawodowych lekarzy czy organizacji skupiających lekarzy już sprywatyzowanych, którzy działają jak przedsiębiorcy. Istotnych korekt wymaga również określenie roli płatnika, czyli NFZ, a przede wszystkim poprawa sprawności regulatora, czyli Ministerstwa Zdrowia.

#### **Często pada argument, że w związku z trudną sytuacją Polskę opuszczają najzdolniejsi lekarze i specjaliści.**

Emigracja lekarzy i pielęgniarek jest oczywiście zjawiskiem niekorzystnym, również ekonomicznie. Obciąża budżet, gdyż często wyjeżdżają specjaliści, których nie mamy w nadmiarze, a studia medyczne są studiami długimi, kosztownymi i przeważnie nieodpłatnymi. Jest to dotkliwy problem dla niebogatego społeczeństwa. Emigracja paradoksalnie przyczynia się jednak do tego, że decydenci zaczynają bardziej rozumieć problemy środowiska służby zdrowia. I to także przyspieszy reformy. Pamiętajmy też, że w krajach wysoko rozwiniętych, gdzie problemy wydają się pozornie dobrze uregulowane – na przykład w Anglii czy Niemczech – lekarze również emigrują do USA z powodów ekonomicznych. Problemem jest zatem bardziej skala tego zjawiska niż sam fakt emigracji.

#### **Które kroki są Pana zdaniem najpilniejsze?**

Podstawowym warunkiem skutecznej reformy jest jak największe uniezależnienie tego procesu od bieżącej polityki. Dyskusje powinny być merytoryczne i wolne od tzw. poprawności politycznej. Musimy odważniej niż dotąd rozmawiać i stawiać tezy. Przykładowo, jeśli otwarcie nie powiemy i wszyscy nie zgodzimy się, że jedną z największych wad systemu jest brak elementarnej odpowiedzialności właścicielskiej w zakładach opieki zdrowotnej, to przy największej pracy i najlepszych chęciach, nie osiągniemy pożądanych efektów. Myślę tu na przykład o ustawie dotyczącej sieci szpitali. Trzeba gruntownie zmienić formułę zespołu opieki zdrowotnej. Ona była na swój sposób nowoczesna, ale kilkanaście lat temu. Tylko odważna dyskusja, włącznie z rozważeniem wad i zalet spółek opartych o zasady prawa handlowego, może wytyczyć nowy kierunek w tej sprawie, kluczowej dla naprawy systemu.

#### **Pozostaje problem pieniędzy. Czy powinniśmy płacić większą składkę?**

Pragnę podkreślić jeszcze raz, że niemożliwa jest naprawa systemu bez uwarunkowania jego działania mechanizmami finansowymi. Przestrzeganie zasad ekonomicznych powoduje efektywniejsze wykorzystanie środków, co w rezultacie służyć będzie dobru chorych. Dzisiaj ta prawda często przegrywa z partykularnymi interesami różnych grup i części systemu ochrony zdrowia. Lekarze, w obecnej dobie rozwoju medycyny i przy dzisiejszych sposobach finansowania świadczeń, nie mogą nie liczyć się z kosztami.

#### **Czyli paradoksalnie jest też pole do lepszego wykorzystania środków?**

Na pewno tak. Trudno tu komentować oczywiste straty, jakie powoduje na przykład odkładanie od kilku lat decyzji co do ar-

chitektury informacyjnej całego systemu oraz spraw szczegółowych, ale ważnych, jak wdrożenie informatycznego rejestru usług medycznych. Niemożliwe jest racjonalne planowanie i zarządzanie czymkolwiek, gdy nie ma dobrych, rzetelnych informacji. Brak informacji utrudnia działanie na każdym poziomie. Niezrozumiały i szkodliwy jest np. opór przeciw wprowadzeniu kas fiskalnych w praktykach lekarskich.

#### O systemie informacyjnym mówi się od dłuższego czasu. Dlaczego jeszcze nie powstał?

W Polsce próbuje się wprowadzić odwrotną kolejność działań – wyścig firm, narastający od kilku lat, powoduje niebezpieczeństwo podporządkowania systemu informacyjnego w ochronie zdrowia potrzebom i interesom firm informatycznych, które błędnie upatrywały dotąd swój sukces, lub zagrożenie porażką, w jednorazowym akcie wyboru jednego wykonawcy na wiele lat. Przecież najpierw trzeba określić potrzeby systemu informacyjnego, jego cele, specyfikację funkcjonalną i spójną architekturę – a później tworzyć rozwiązania informatyczne, na przykład słynny RUM. Dopiero w takim kontekście możemy mówić o czymś nowoczesnym i bezpiecznym. Same zaś rozwiązania informatyczne powinny być rozproszone, zdecentralizowane, realizowane przez wielu dostawców, według precyzyjnych standardów określonych przez regulatora, czyli Ministerstwo Zdrowia. Co ważne, rozwiązania informatyczne powinny być otwarte na postęp technologiczny, nie ulegać pokusie przerostów technologicznych generujących wysokie koszty i możliwie uniwersalne w celu uniknięcia uzależnienia od wąskiej grupy dostawców.

#### Podsumowując – jest Pan optymistą?

Nie zdecydowałbym się na pracę dla Pana Prezydenta Lecha Kaczyńskiego, gdybym nie był optymistą. Mamy historyczną szansę na przyspieszenie rozwoju cywilizacyjnego Polski w ogóle, w tym na rozwiązywanie problemów w dziedzinie zdrowia. Wynika ona z naszej akcesji do Unii Europejskiej i dostępnych środków pomocowych. Powinniśmy też wykorzystać dobrą koniunkturę gospodarczą w Polsce, umożliwiającą przeznaczenie istotnych środków finansowych na przemiany w systemie opieki medycznej. Ekonomisci przewidują, że tempo wzrostu PKB w najbliższych latach będzie wynosiło około 4,5–5%. Oznacza to większe wpływy do budżetu. Do tego korzystna relacja złotówki do innych walut oznacza malejący koszt zadłużenia. Malejąca inflacja oznacza stabilne koszty leków, materiałów itp. Wszystko to stwarza niepowtarzalną szansę na zwiększenie finansowania w procesie naprawy systemu ochrony zdrowia.

#### Proszę na koniec powiedzieć, jakie są najbliższe plany Doradcy Prezydenta ds. Zdrowia?

W najbliższych miesiącach najbardziej zależy mi na utworzeniu grupy młodych ekspertów pracujących w Zespole Polskie Zdrowie 2010–2020. Ma to być przedsięwzięcie odnoszące się do bardzo szeroko pojętych problemów związanych ze zdrowiem. Myślę tu o: makroekonomii, finansach państwa, demografii, nowych technologiach, ubezpieczeniach, socjologii i psychologii społecznej. W tych dziedzinach brakuje w Polsce dobrych, długofalowych opracowań. Bardzo zależy nam na współpracy z młodym pokoleniem wybitnych polskich talentów. Na ich promocji. Mam już zgodę Prezydenta i Szefa Kancelarii na powołanie Zespołu i... pierwsze zmartwienie. Ilość chętnych do współpracy, jeszcze przed oficjalnym ogłoszeniem rekrutacji, jest zbyt duża, a szkoda byłoby tracić zapal młodych ekspertów. Być może potrzebna będzie inna formuła – na przykład powołanie zespołu i kilku grup roboczych. Chcę też promować rozwój kształcenia ekonomicznego wśród młodych specjalistów z obszaru ochrony zdrowia. Chciałbym, żeby rozumieli oni lepiej uniwersalność mechanizmów gospodarczych i w tym kon-

tekście przydatność branżową tej wiedzy. Zawsze pamiętając jednak, że końcowym i najważniejszym parametrem oceny systemu i głównym celem jego funkcjonowania musi być dobre zdrowie Polek i Polaków.

□

## Powołanie

Powołuję komisję ds. ustalenia nazwy całości obiektu dydaktycznego AMG przy AI. Zwycięstwa 41/42 (tzw. „Stara Anatomia”) oraz znajdującej się tamże sali wykładowej.

Propozycję nazw proszę przysyłać na ręce członków komisji w składzie:

prof. dr hab. Wiesław Łysiak-Szydłowskiej, przewodnicząca

prof. dr hab. Jana M. Słomińskiego, członek

prof. dr hab. Jacka Witkowskiego, członek

prof. Roman Kaliszan  
rektor

## Prof. Stanisław Bakula w gronie ekspertów PKA

Decyzją nr 2/2007 przewodniczącego Państwowej Komisji Akredytacyjnej dr. hab. Zbigniewa Marciniaka prof. Stanisław Bakula został powołany do grona ekspertów Państwowej Komisji Akredytacyjnej.

□

## Nowy system identyfikacji wizualnej AMG

Rozpoczął się kolejny etap prac związanych z przygotowaniem nowego systemu identyfikacji wizualnej AMG. W tym celu rektor prof. Roman Kaliszan powołał zespół doradczy w składzie: prof. Jacek Bigda, prorektor, mgr Marek Langowski, kanclerz, prof. Wiesław Makarewicz, redaktor naczelny *Gazety AMG* i członek rady Klubu Seniora AMG, dr hab. Piotr Czuderna, pełnomocnik rektora ds. programu nowego szpitala, dr Jerzy Jankau, chirurg plastyczny, dr Marek Bukowski, lekarz, st. specjalista w Zakładzie Historii i Filozofii Nauk Medycznych, ponadto zespół organizacyjno-projektowy w składzie: Sylwia Scisłowska, artysta plastyk, specjalista w Zakładzie Anatomii i Neurobiologii AMG, Małgorzata Lisiewicz, historyk sztuki, lekarz, st. specjalista ds. promocji i wizerunku Uczelni w Dziale Współpracy z Zagranicą i Programów Międzynarodowych. Do zadań powołanych grup należy wybór autora przyszłego logo, nadzór nad przebiegiem procesu i szczegółowa analiza wyników. Aby zapewnić wysoką jakość rezultatów procesu zaproszono do współpracy jako eksperta prof. Władysława Plutę, kierownika Katedry Komunikacji Wizualnej Akademii Sztuk Pięknych w Krakowie, w latach 1993–1996 prorektora tej uczelni.

□

# Diagnostyka i terapia kardiologiczna w programie ZdP 2005-2013



**Choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią główną przyczynę śmierci w krajach uprzemysłowionych, powodując w chwili obecnej około 50% wszystkich zgonów i wyprzedzając w tym zakresie drugą ważną przyczynę, jaką są choroby nowotworowe.**

Znaczna część tych zgonów ma charakter nagły (tzw. nagła śmierć sercowa), występując w

poszczególnych krajach europejskich u 20–159 (w Polsce u ponad 100) osób na 100 tysięcy mieszkańców. Ponieważ incydenty takie dotyczą często ludzi młodych, strata wynikająca z ich przedwczesnego zgonu dla społeczeństwa jest szczególnie dotkliwa. Zwraca również uwagę fakt, że pomimo ogromnego postępu, jaki się dokonał w ostatnim czasie w terapii świeżego zawału serca, zwłaszcza w fazie leczenia szpitalnej i poszpitalnej, około 40 tysięcy osób umiera rocznie w Polsce w jego przebiegu. Utrzymująca się wysoka śmiertelność wynika głównie z braku skutecznej metody ograniczania liczby zgonów w fazie przedszpitalnej leczenia. Najbardziej istotnym, choć nie jedynym, elementem poprawy takiego stanu rzeczy jest skrócenie czasu od wystąpienia dolegliwości bólowych wskazujących na świeże niedokrwienie serca, do rekanalizacji odpowiedzialnego za zawał zamknięcia naczynia. Zalecany czas 90 minut jest w praktyce często trudny do osiągnięcia.

Zwiększenie liczby chorych przeżywających ostrą fazę zawału serca, w sposób oczywisty powiększa populację chorych z przewlekłymi postaciami choroby wieńcowej oraz chorych, u których dochodzi do wystąpienia cech niewydolności serca. Szacuje się, że w chwili obecnej na samą niewydolność serca cierpi w Polsce około 500 tysięcy osób. Zgodnie z prognozami epidemiologicznymi liczba ta będzie wzrastać wraz ze spodziewanym starzeniem się społeczeństwa. Należy zatem oczekiwać lawinowego narastania kosztów leczenia, zarówno ambulatoryjnego, jak i szpitalnego.

Wskaźniki stanu zdrowia mieszkańców województwa pomorskiego nie odbiegają w sposób istotny od wskaźników ogólnopolskich czy europejskich. W świetle tych faktów, rośnie świadomość znaczenia profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu sercowo-naczyniowego a szczególnie miażdżycy naczyń wieńcowych. Jak wynika z doświadczeń Stanów Zjednoczonych oraz krajów Europy Zachodniej, niekorzystne trendy wzrostu zachorowalności na choroby układu krążenia mogą zostać powstrzymane. W krajach tych po eksplozji chorób serca obserwowanych w latach 60. i 70. zarejestrowano wyraźny spadek częstości występowania wielu z nich w następstwie szeroko zakrojonych, zintegrowanych działań profilaktyczno-leczniczych.

Z powyższych względów powstał program Zdrowie dla Pomorzan, którego celem jest zmniejszenie o 40% umieralności przedwczesnej oraz o 30% ryzyko zachorowania na choroby układu sercowo-naczyniowego i nowotworowe. Aby tego dokonać władze marszałkowskie oraz akademickie województwa

pomorskiego przyjęły w odniesieniu do kardiologii następujące założenia:

**Leczenie ostrych zespołów wieńcowych.** Doświadczenia europejskie wskazują, że jedno centrum zawałowe powinno swoją opieką obejmować 450.000–500.000. Jest to optymalna liczba mieszkańców dla zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń i akceptowalnej efektywności kosztowej, dlatego w naszym regionie powinno działać 5 centrów zawałowych. Ponieważ czas dojazdu chorego do pracowni hemodynamicznej decyduje o skuteczności leczenia, obok dwóch istniejących ośrodków w Gdańsku, muszą powstać centra zawałowe w Gdyni, Kościerzynie i Słupsku. W przyszłości, analiza epidemiologiczno-ekonomiczna powinna określić, czy uzasadnione będzie uruchomienie dalszych ośrodków. Centra zawałowe muszą posiadać odpowiednie wyposażenie (docelowo m.in. w każdym minimum dwa angiografy, tomograf komputerowy) oraz odpowiednio przeszkolony personel. Centra te muszą też ściśle współpracować ze wszystkimi jednostkami ratownictwa medycznego z wykorzystaniem możliwości telekardiologii. Rozważenia wymaga konieczność wyposażenia ośrodka dysponującego kardiocirurgią w pozytonową emisyjną tomografię komputerową (PET).

W celu szybkiej poprawy dostępności chorych z ostrym zespołem wieńcowym, zamieszkałych w odległych w stosunku do istniejących centrów zawałowych powiatach południowo-zachodnich województwa (Bytów, Człuchów, Chojnice), do leczenia interwencyjnego z wykorzystaniem przezskórnej angioplastyki uzasadnione jest pilne uruchomienie systemu telekardiologii. System ten powinien zapewnić przesyłanie sygnału EKG pomiędzy zespołem karetki reanimacyjnej i centrum zawałowym. Jednostkami centralnymi w programie pilotażowym uruchamianym w 2007 roku powinien być Oddział Kardiologiczny Szpitala w Kościerzynie oraz Centrum Zawałowe ACK AMG.

**Elektroterapia.** W województwie pomorskim powinno działać w najbliższym czasie sześć ośrodków wszczepiających stymulatory serca. Trzy ośrodki wszczepiające stymulatory zwykłe u chorych z bradykardią, dwa ośrodki wyższego szczebla, wszczepiające dodatkowo stymulatory resynchronizujące (CRT) i kardiowertery-defibrylatory (ICD) oraz jeden ośrodek o najwyższym stopniu referencyjności, wykonujący wszystkie możliwe procedury z ablacjami substratu arytmii nadkomorowych i komorowych łącznie. Wskazane jest, aby ośrodki wszczepiające stymulatory CRT i kardiowertery-defibrylatory zlokalizowane były w szpitalach dysponujących pracownią hemodynamiczną, w pobliżu ośrodka wykonującego zabiegi ablacji podłoża częstoskurczów komorowych. W powiatach oddalonych od ośrodków implantujących powinny powstać poradnie kontroli stymulatorów.

W latach 2006–2013 należy liczyć się z gwałtownie wzrastającą liczbą implantacji stymulatorów resynchronizujących u osób z ciężką niewydolnością serca. W związku z tym może okazać się uzasadnione uruchomienie dwóch kolejnych ośrodków elektroterapii w Kościerzynie i w Słupsku. Planując takie działania należy pamiętać, że zgodnie z zaleceniami Sekcji Rytmu Serca PTK ośrodki takie będą musiały posiadać pracownię elektrofizjologii wraz z odpowiednio przeszkolonym personelem.

**Leczenie chorych z niewydolnością serca.** Istnieje pilna potrzeba zorganizowania systemu opieki nad tego typu chorymi. Niezbędne jest powołanie centralnych ośrodków referencyj-

## Sejmik Pomorski zatwierdził do realizacji projekt dotyczący kardiologii

Głównym celem programu ZdP 2005–2013 jest konsolidacja i standaryzacja działań najważniejszych podmiotów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w regionie, która obejmuje monitorowanie (zasoby, jakość, epidemiologia, koszty), prewencję, diagnostykę i terapię w zakresie najważniejszych problemów zdrowotnych mieszkańców Pomorza. Od dwóch lat prowadzone są wszechstronne analizy w celu optymalnego wykorzystania publicznych środków finansowych i poprawy dostępu do specjalistycznych usług zdrowotnych.

Efektom współpracy ma być wypracowanie precyzyjnych wytycznych określających kierunki działań w odniesieniu do chorób serca, chorób naczyniowych układu nerwowego, chorób nowotworowych, cukrzycy, leczenia psychiatrycznego oraz organizacji opieki nad matką i dzieckiem.

W dniu 26 lutego br. z udziałem ministra zdrowia prof. Zbigniewa Religi odbyło się powołanie kolejnej, bardzo ważnej, Grupy Roboczej ZdP ds. szpitalnictwa. Uroczystie podpisano porozumienie o utworzeniu sieci szpitali.

Przekazujemy podsumowanie dokumentu dotyczącego kardiologii. Jest to druga dziedzina, dla której formalny dokument został wprowadzony pod obrady Sejmiku. Niewątpliwym sukcesem autorów tej części Projektu ZdP 2005–2013 jest fakt, że Sejmik Pomorski zatwierdził go jednomyślnie.

dr Tomasz Zdrojewski  
pełnomocnik rektora ds. ZdP 2005–2013  
prof. Zbigniew Nowicki  
prorektor ds. klinicznych AMG

nych oraz uporządkowanie sieci istniejących ośrodków niższych szczebli. Wyspecjalizowane jednostki leczenia niewydolności serca powinny powstać przy wszystkich centrach zawałowych. Konieczne jest wparcie działania ośrodka wysoko specjalistycznego zajmującego się leczeniem wstrząsu kardiogenego i innych postaci ostrej niewydolności serca, wymagających bezpośredniej współpracy kardiologów i kardiochirurgów.

Leczenie ambulatoryjne, uznawane za niezwykle ważny element systemu opieki nad chorymi z niewydolnością serca powinno być prowadzone według sprawdzonych wzorców z wykorzystaniem możliwości *e-health*, telemedycyny i Pomorskiej Infrastruktury Informatycznej.

**Kardiochirurgia.** Liczba mieszkańców naszego województwa wskazuje na konieczność utrzymania jednego ośrodka kardiochirurgicznego (Klinika Kardiologii AMG). Ośrodek ten powinien zapewnić m.in. leczenie chirurgiczne stanów ostrych dotyczących naczyń w obrębie klatki piersiowej, powinien też dokonywać przeszczepów serca. Wykonywanie zabiegów przeszczepu serca w kompleksie AMG przy ul. Dębinki wydaje się szczególnie korzystne z uwagi na lokalizację w tym miejscu innych jednostek posiadających duże doświadczenie w zakresie transplantologii. Pierwszy przeszczep serca w ACK AMG został przeprowadzony 29.12.2006 r., zgodnie z założeniami programu.

**Poradnie kardiologiczne.** W województwie pomorskim należy utworzyć sieć wysoko specjalistycznych i specjalistycznych poradni kardiologicznych (dwa stopnie). Wysoko specjalistyczne poradnie powinny być zlokalizowane przy centrach zawałowych oraz innych wskazanych ośrodkach, spełniających wymagane kryteria. W celu usprawnienia opieki ambulatoryjnej nad chorymi z wszczepionym rozrusznikiem serca do 2013 roku w obszarach odległych od ośrodków implantujących (szczególnie część południowo-zachodnia oraz wschodnia województwa) powinny powstać odpowiednio wyposażone poradnie kontroli wszczepianych urządzeń, zatrudniające przeszkolony zespół medyczny. Pozostałe poradnie powinny być zorganizowane przy każdym oddziale kardiologicznym oraz w razie potrzeb – jako samodzielne jednostki leczenia otwartego. W każdym powiecie powinna być co najmniej jedna specjalistyczna poradnia kardiologiczna wyposażona w echokardiograf, zestaw do prób wysiłkowych oraz 24-godzinne EKG metodą Holtera, z pełną obsadą kadrową. Podstawowe świadczenia kardiologiczne obejmujące między innymi prewencję pierwotną i wtórną będą realizowane przez podstawową opiekę medyczną. W tym celu konieczne jest stworzenie systemu stałego kształcenia lekarzy opieki podstawowej w zakresie podstaw kardiologii.

**Pomorska Sieć Informatyczna.** Niezbędnym i koniecznym warunkiem sprawnego i efektywnego działania pomorskiej opieki kardiologicznej jest możliwość wykorzystania wydajnej infrastruktury informatycznej. System taki umożliwi komunikację i sprawne przesyłanie między wszystkimi ośrodkami danych medycznych, w tym uzyskanych technikami obrazowymi (angiogram, zdjęcia rentgenowskie, badanie holterowskie, echokardiograficzne, *etc.*). Istotnym argumentem wspierającym tworzenie sieci jest priorytetowe traktowanie systemu *e-health* przez Unię Europejską.

**Rehabilitacja kardiologiczna.** Powinna obejmować pacjentów po zawale serca, po zabiegach elektroterapeutycznych i kardiochirurgicznych, jak również chorych w przewlekłej fazie niewydolności serca. W planie rozwoju należy uwzględnić rozszerzenie wskazań do rehabilitacji dla pacjentów poddanych rewaskularyzacji wieńcowej niechirurgicznej w trybie elektrownym (stacjonarnym lub ambulatoryjnym) jako pierwszego etapu intensywnej prewencji wtórnej. Około roku 2010 należy się spodziewać konieczności rehabilitacji około 20.000 pacjentów rocznie. W tym celu konieczne jest utworzenie sieci ambulatoryjnych i stacjonarnych ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, zgodnie z tworzoną w Polsce siecią regionalnych centrów rehabilitacyjnych. Ważny jest rozwój rehabilitacji w trybie domowym. Docelowy stosunek częstości rehabilitacji w tym trybie do rehabilitacji szpitalnej powinien wynosić 5 do 1.

**Kardiologia dziecięca.** W regionie wystarczające jest istnienie jednego ośrodka wysoko specjalistycznej kardiologii dziecięcej w ACK AMG, ściśle współpracującego z pracowniami hemodynamiczną, elektroterapeutyczną oraz kardiochirurgią ACK AMG. W ramach programu ZdP konieczne jest utworzenie sieci ośrodków współpracujących z Kliniką Kardiologii Dziecięcej celem upowszechnienia badań prenatalnych, monitorowania wykrywalności i leczenia wad wrodzonych serca. W ramach Pomorskiej Sieci Kardiologicznej konieczne jest wdrożenie systemu opieki nad młodocianymi i dorosłymi z wadami wrodzonymi serca.

prof. Andrzej Rynkiewicz  
przewodniczący zespołu kardiologicznego ZdP

prof. Grzegorz Raczak  
konsultant wojewódzki ds. kardiologii

## Z Senatu AM w Gdańsku

### Nadzwyczajne posiedzenie w dniu 25 stycznia 2007 r.

Na wstępie obrad rektor prof. Roman Kaliszan wręczył akty mianowania prof. Zbigniewowi Nowickiemu i prof. Tadeuszowi Pawełczykowi na stanowisko profesora zwyczajnego oraz następujące nominacje:

- prof. dr. hab. Jackowi Górskiemu na funkcję kierownika Kliniki Chorób Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej MIMMiT,
- dr hab. Annie Kędzi, prof. AMG na funkcję kierownika Katedry Mikrobiologii,
- prof. dr. hab. Przemysławowi Myjakowi na funkcję kierownika Zakładu Parazytologii Tropikalnej Katedry Medycyny Tropikalnej i Parazytologii (Krajowy Ośrodek Medycyny Tropikalnej) MIMMiT,
- dr. hab. Krzysztofowi Preisowi, prof. AMG na funkcję kierownika Katedry Perinatologii,
- dr. hab. Grzegorzowi Raczakowi, prof. AMG na funkcję kierownika II Katedry Kardiologii.

Następnie Senat pozytywnie zaopiniował wnioski:

- w sprawie powierzenia dr. hab. Romualdowi Lango funkcji kierownika Zakładu Kardiologii i Anestezjologii Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- w sprawie mianowania dr. hab. Walentego Nyki na stanowisko profesora nadzwyczajnego,
- w sprawie mianowania prof. dr. hab. Jerzego Łukasiaka na stanowisko profesora zwyczajnego,
- w sprawie powierzenia dr. hab. Bogdanowi Jareminowi funkcji kierownika Kliniki Chorób Zawodowych i Wewnętrznych MIMMiT,
- w sprawie powierzenia dr. hab. Ivanowi Kocićowi funkcji kierownika Zakładu Toksykologii i Farmakologii Klinicznej MIMMiT,
- w sprawie utworzenia Krajowego Ośrodka Medycyny Morskiej (KOMM) na bazie Kliniki Chorób Zawodowych i Wewnętrznych MIMMiT. Misją Ośrodka będzie bezpieczeństwo pracy i życia na morzu. Wniosek uzyskał wcześniej pozytywną opinię Senackiej Komisji Statutowej, która stwierdziła, że istnienie takiej jednostki będzie zgodne z § 18 ust. 2 Statutu AMG z dnia 8 grudnia 2006 r.

Senat zatwierdził planowany nabór na Dienne Studia Doktoranckie w rekrutacji 2007/2008, który pozostanie na niezmiennym poziomie 50. miejsc, w tym 33 miejsca na Wydziale Lekarskim, 9 miejsc na Wydziale Farmaceutycznym, 6 miejsc na Wydziale Nauk o Zdrowiu i 2 miejsca na Oddziale Stomatologicznym. Senatorowie zgłaszali obawy, że jakość studiów doktoranckich podupada. Padło stwierdzenie, że najczęściej ilość przechodzi w bylejąkość. Zdarza się, że promotorzy nie znają tematów prac swoich doktorantów. Z uwagi na duże znaczenie Dziennych Studiów Doktoranckich dla Uczelni i coraz mniejszą liczbę zgłaszających się kandydatów, kierownik DSD prof. Janusz Limon zwrócił się z wnioskiem o rozważenie możliwości podwyższenia stypendium doktoranckiego. W połowie drugiego roku studiów doktoranckich odbywa się konferencja sprawozdawcza, na której doktorant winien zaprezentować tezy swej pracy. Najlepsi otrzymują wtedy nagrody. Należałoby rozważyć możliwości zwiększenia nagród oraz przyznawania stypendium laureatom.

Rektor prof. Roman Kaliszan zaproponował nadanie budynkowi przy al. Zwycięstwa 41/42 nazwy Centrum Dydaktyczne „Stara Anatomia”. Propozycja spotkała się z wątpliwościami ze strony prof. Wiesławy Łysiak-Szydłowskiej, która stwierdziła, że nazwa „Stara Anatomia” kojarzy się pejoratywnie. Prof. Janusz Moryś dodał, że, poza tym, w tym budynku nie naucza się obecnie anatomii. Prof. Janusz Limon podkreślił, że nazwa musi być krótka i nośna, ponieważ tylko wtedy będzie stosowana. Jako przykład podał budynek Collegium Biomedicum. Przez długie lata budynek ten nosił nazwę „Zakłady Teoretyczne”, jednak niezmiennie w użyciu była dawna nazwa IBM (Instytut Biologii Medycznej). Dopiero obecnie powoli wchodzi do słownika gdańszczan aktualna nazwa Collegium Biomedicum. Prof. Jacek Bigda podkreślił, że nazwa jest wizytówką Uczelni, dlatego też należałoby unikać w nazewnictwie konotacji do Uniwersytetu Jagiellońskiego czy Politechniki Gdańskiej typu Collegium Novum czy Collegium Maximum. Prof. Bigda zasugerował, że może należałoby zapytać o zdanie pionierów Uczelni, aby się wypowiedzieli na temat nazwy zarówno budynku, jak i nowej sali wykładowej. Zamykając dyskusję rektor prof. Roman Kaliszan powołał komisję, której zadaniem jest zaproponowanie nazwy obiektu dydaktycznego AMG przy al. Zwycięstwa 41/42 oraz znajdującej się tam sali wykładowej. Przewodniczącą komisji została prof. Wiesława Łysiak-Szydłowska, a członków komisji wybrano profesorów Jana Marka Słomińskiego i Jacka Witkowskiego.

Senat podjął następujące uchwały:

- w sprawie aktualizacji planu rzeczowo-finansowego na 2006 rok. Nowe dotacje dotyczą środków celowanych, tzn. przeznaczonych na konkretny cel; aktualizacja tego rodzaju jest formalnością. Senat upoważnił rektora do kolejnych aktualizacji planu rzeczowo-finansowego w przypadku dotacji celowanych. Odnośnie dotacji wymagających określenia przeznaczenia środków uchwały będzie podejmował Senat.
- uchwałę zmieniającą uchwałę Senatu nr 57/05/06 w sprawie stawek wynagrodzeń za prowadzenie zajęć dydaktycznych w roku akademickim 2006/2007. Zmiana dotyczy wprowadzenia do wykazu stanowisk stanowiska profesora wizytującego.
- w sprawie zawieszenia uchwały nr 55/05/06 Senatu Akademii Medycznej w Gdańsku z dnia 21 września 2006 r. w sprawie wynagrodzenia nauczycieli akademickich przed przejściem na emeryturę oraz zawieszenia uchwały nr 56/05/06 z dnia 21 września 2006 r. w sprawie wynagrodzenia pracowników nie będących nauczycielami akademickimi przed przejściem na emeryturę. Powyższe uchwały zostały zawieszono z mocą od 1 stycznia 2007 roku. Do takiej decyzji skłoniła Senat sytuacja finansowa Uczelni oraz rażące dysproporcje w procentowym wzroście maksymalnych stawek w tabeli wynagrodzeń, jakie wprowadził nowy taryfikator wynagrodzeń dla pracowników uczelni wyższych, obowiązujący od dnia 1 stycznia 2007 roku. Dla porównania: dla wykładowcy jest to wzrost o 20%, a dla profesora zwyczajnego aż o 63,93%. Wobec powyższego Senat podjął decyzję o kontynuacji prac nad projektem uchwały w sprawie wynagrodzenia pracowników Akademii Medycznej w Gdańsku w okresie 24. miesięcy przed nabyciem uprawnień emerytalnych.

W sprawach bieżących rektor prof. Roman Kaliszan poinformował, że w serwisie extranetowym AMG będzie opublikowany



Dyplomatorium na Wydziale Lekarskim  
rocznika 2000–2006

## Wystąpienie Rektora

Panie Dziekanie! Wysoki Senacie! Wysoka Rado Wydziału! Szanowni Goście, Rodziny i Przyjaciele bohaterów dzisiejszej podniosłej uroczystości!

Drodzy Absolwenci Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku Rocznik 2006!

Witam serdecznie i wyrażam radość z dzisiejszego święta. Pełniąc aktualnie funkcję rektora – *Hoc tempore Academiae Medicae Gedanensis Rector Magnificus* – zgodnie z blisko tysięcznym ceremoniałem akademickim składam najserdeczniejsze gratulacje i życzenia wszelkiej pomyślności wychowancom szlachetnego Wydziału Lekarskiego naszej *Alma Mater*. Gratuluję też i łączę się w radości z najbliższymi naszymi najmłodszych lekarzy. Wasze wsparcie, Drodzy Państwo, było zapewne nieraz bezcenne dla dzisiejszych absolwentów. Macie Państwo prawo do udziału w sukcesie.

Dzisiejsze dyplomatorium to jednak głównie ukoronowanie sześćdziesięcioletniego trudu szczególnie zdolnych i pracowitych młodych ludzi. Dyplom lekarza to przepustka do intelektualnej elity narodu. To wielki społeczny prestiż, ale i najwyższe zobowiązanie. Zobowiązanie nie tylko do świadczenia najbardziej cennej pomocy ludziom lecz także do przewodzenia w kształtowaniu wysokiej kultury, w budowie postępu cywilizacyjnego.

Państwo Doktorzy! Akceptując ten tytuł społeczeństwo okazuje uznanie dla Waszej wiedzy i talentów. Równocześnie stawia wymagania. Trzeba starać się je spełnić, choć może są one niekiedy nieco wygórowane. Co prawda, społeczeństwo nie

projekt kodeksu *Dobre praktyki w szkołach wyższych* przekazany pod dyskusję przez KRASP. Rektor poprosił senatorów o przekazywanie ewentualnych uwag do projektu do dnia 10 marca br., bezpośrednio pod adresem: [frpfund@mbox.pw.edu.pl](mailto:frpfund@mbox.pw.edu.pl).

W dyskusji w ramach wolnych wniosków senatorowie wyrazili zaniepokojenie sytuacją w ACK–Szpitalu AMG. Przypomniano, że uchwałą nr 2/2007 z dnia 11 stycznia 2007 roku Senat zobowiązał dyrektora naczelnego ACK–Szpitala AMG do przedstawienia szczegółowego planu operacyjnego programu przyspieszenia restrukturyzacji ACK–Szpitala AMG w latach 2007–2008. Kanclerz mgr Marek Langowski poinformował, że odnośnie restrukturyzacji długu jest opracowywana specyfikacja wymagana do ogłoszenia przetargu o udzielenie kredytu hipotecznego. Odpowiednie procedury są dość złożone i wymagają czasu. Decyzje o kredycie zapadną w ciągu kilku miesięcy. Rektor prof. Roman Kaliszan podkreślił, że bezpieczeństwo Uczelni jest sprawą podstawową. Sprawa kondycji ACK–Szpitala AMG jest przedmiotem dużego zainteresowania społecznego.

Prof. Janusz Limon podtrzymał swój wniosek z poprzedniego posiedzenia Senatu, aby nie ograniczać się do wysłuchiwania sprawozdań dyrektora naczelnego ACK–Szpitala AMG, ale również nadzorować te działania. Po dyskusji senatorowie stwierdzili, że właściwym organem do nadzorowania procesu restrukturyzacji ACK–Szpitala AMG jest Senacka Komisja ds. Klinicznych.

mgr Grażyna Sadowska

### Dyplomatorium to zawsze bardzo ważne wydarzenie w życiu Uczelni, szczególna uroczystość

Dyplomatorium absolwentów Wydziału Lekarskiego odbyło się w dniu 17.11.2006 r. w Auli Centrum Dydaktycznego AMG, w tzw. Starej Anatomii. Uroczystości przewodniczył rektor prof. Roman Kaliszan. Dyplomy otrzymało 199 absolwentów. Najlepszym absolwentem Wydziału Lekarskiego w roku akademickim 2005/2006 okazał się lek. Łukasz Gawiński, który otrzymał medal *Primus Inter Pares*. Dyplomy z wyróżnieniem otrzymali: Łukasz Gawiński, Paulina Łopatniuk, Katarzyna Nocoń, Arkadiusz Russjan, Magdalena Strzęp, Agnieszka Szyman i Anna Wrona. W dyplomatorium wziął udział m.in. przewodniczący Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku dr Krzysztof Wójcikiewicz, a także licznie zgromadzeni goście, przede wszystkim rodzice i najbliżsi młodych lekarzy. JM Rektor pożegnał absolwentów nad wyraz serdecznie i ciepło.

prof. Roman Nowicki  
rzecznik AMG

oczekuje, abyście w pełnieniu swego powołania przyjmowali postawy „siostr (braci) miłosierdzia”. Jednak wrażliwość i delikatność są niejako wpisane w ideał lekarza. Ideał, do którego należy przecież dążyć. W każdym razie, w wolnych współczesnych społeczeństwach pacjenci oczekują od lekarza postawy partnera-eksperta. Naturalne w czasach Waszych dziadków postawy paternalistyczne są dzisiaj co najmniej *de modé*.

Zawodowo kształtować się Państwo będziecie pracując z chorymi i współpracując z wieloma specjalistami działającymi w ochronie zdrowia. Na pewno będziecie mogli liczyć na życzliwe wsparcie starszych kolegów lekarzy. Zgodnie z przysięgą Hipokratesa, zawód lekarski nie może należeć do tych, w przypadku których starsze pokolenie „wciągnęło za sobą drabinkę” i korporacyjnie chroni partykularne interesy. Kształcenie lekarzy jest zbyt kosztowne, aby marnować wytwarzany skarb narodowy. Mamy w Polsce sporo młodzieży wybitnie zdolnej i rzetelnie umotywowanej, aby ukończyć niezwykle trudne studia lekarskie. Nie stać nas jednak na wspieranie bogatszej Europy. Emigracja lekarzy dowodzi dużej wartości naszego kształcenia. Stawia jednak zadanie przed politykami, aby przeciwdziałali naszemu wykorzystywaniu.

Kształcenie lekarzy w naszej Uczelni jest szczególnie wymagające. Dowodzą tego Państwa doświadczenia, ale dowodzą też wyniki Lekarskiego Egzaminu Państwowego – słynnego LEP-u. Może nie będziecie go już Państwo zdawać, ale wiedziecie, że we wszystkich dotychczasowych edycjach tego egzaminu nasi absolwenci plasowali się na 1–2 drugim miejscu w kraju. Także absolwenci kierunku lekarsko-dentystycznego w swoim LEP-ie uzyskali drugi wynik wśród polskich uczelni medycznych.

Drodzy Absolwenci! Uczelnia doprowadziła Was od immatrykulacji (pierwszej w XXI wieku) do dyplomatorium. My, kadra nauczająca, wszyscy pracownicy Szkoły i Klinik, cieszymy się dziś z Wami i dziękujemy za współpracę w budowaniu dobrego imienia naszej wspólnej *Alma Mater*.

*Gaude Mater Polonia  
Prole fecunda nobili  
O, ciesz się, Matko Polsko,  
W sławne potomstwo płodna.*

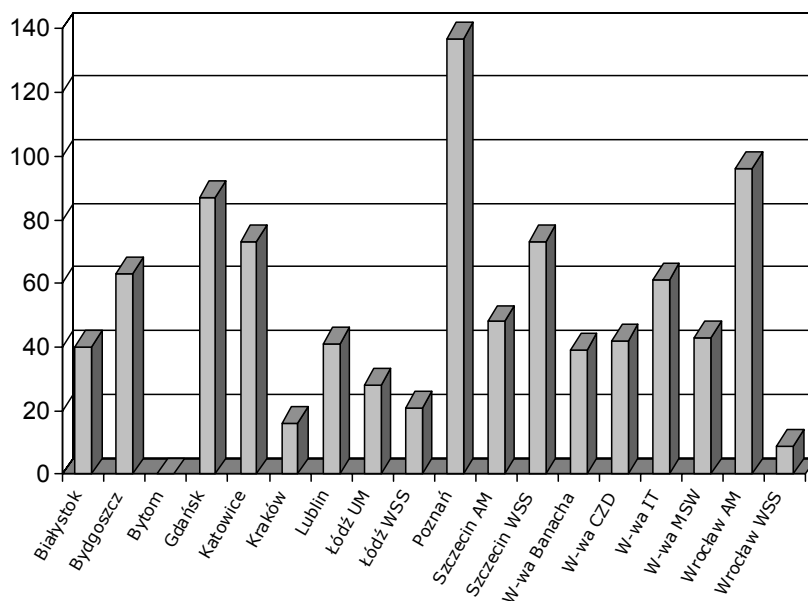
prof. Roman Kaliszan  
Rektor

# Działalność transplantacyjna gdańskiego ośrodka w 2006 roku

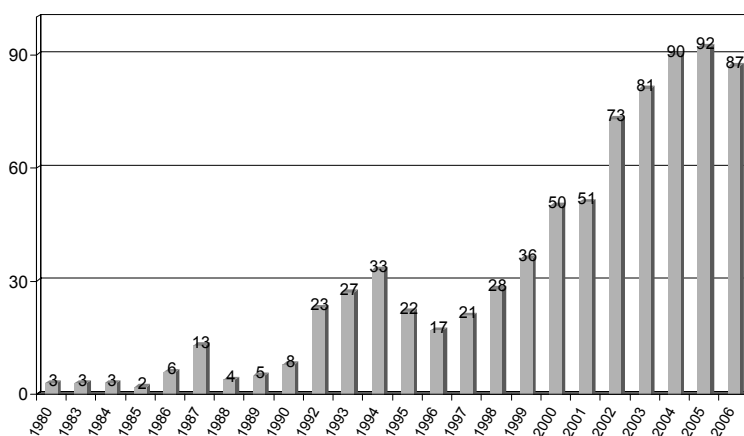
W dniu 14.02.2007 r. w sali im. Prof. Wszelkiego miała miejsce doroczna konferencja poświęcona podsumowaniu działalności transplantacyjnej gdańskiego ośrodka za 2006 r., którą prowadzili pełnomocnik rektora ds. transplantacji prof. Bolesław Rutkowski oraz wojewódzki konsultant ds. transplantologii prof. Zbigniew Śledziński. Na konferencję przybyli m.in. rektor AMG prof. Roman Kaliszan, prorektor ds. klinicznych AMG prof. Zbigniew Nowicki, kierownik Kliniki Kardiochirurgii AMG prof. Jan Rogowski.

Pierwszy wykład pt. „Przeszczepianie nerek w Polsce” wygłosił kierownik Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych prof. Bolesław Rutkowski. Stwierdził, że liczba transplantacji nerek w Polsce od trzech lat nie ulega zmianie, nie zwiększyła się również liczba przeszczepień nerek pobranych od osób żywych. Wyniki rocznego przeżycia pacjentów, jak i przeszczepów w ciągu ostatnich lat uległy stabilizacji i są na światowym poziomie. Ryzyko operacji jest niewielkie, a po kolejnych pięciu miesiącach jest mniejsze niż podczas leczenia dializami. Wyniki odległe przeszczepień w Polsce są bardzo dobre. Rzeczywiste przeżycie pięcioletnie przeszczepów wynosi 83%. Podsumowując wykład prof. Rutkowski zwrócił uwagę na konieczność zwiększenia aktywności w pobieraniu narządów od osób zmarłych, jak od osób żywych, wskazał również na potrzebę wykonywania regularnych analiz kosztów i wyników leczenia chorych z przewlekłą niewydolnością nerek oraz konieczność podjęcia działań mających na celu zwiększenie odsetka chorych dializowanych, zakwalifikowanych do przeszczepu. Na koniec podał informację, że Gdańsk po raz drugi zajął w 2006 r. trzecie miejsce wśród 18. ośrodków transplantacyjnych w Polsce pod względem ilości przeszczepionych nerek (87 przeszczepów).

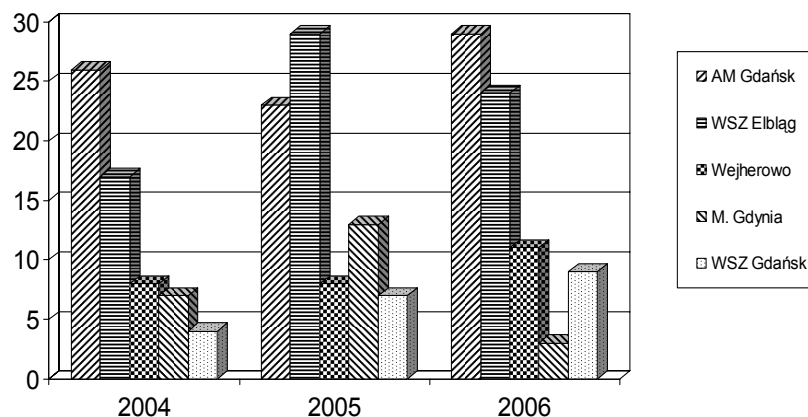
Kolejny referat wygłosiła dr hab. Alicja Dębska-Ślizień, ordynator Oddziału Hemodializy i Medycyny Transplantacyjnej AMG, która omówiła wyniki przeszczepiania nerek w ośrodku gdańskim w 2006 r. W minionym roku w 86. przypadkach przeszczepiona nerka pochodziła ze zwłok (99%), a w jednym od dawcy żywego (1%). Najstarszy biorca miał 74 lata, najmłodszy 18. Średni czas oczekiwania na przeszczep w Gdańsku wynosił 7 miesięcy. W 24% przypadków wystąpiło po przeszczepie opóźnione podjęcie funkcji przez nerkę, natomiast u 33% biorców nerek obserwowano ostre odrzucanie przeszczepu. W 2006 r. stwierdzono 100% przeżywalność biorców, natomiast u pięciu biorców usunięto nerkę przeszczepioną. Zaobserwowano zmniejszoną liczbę transplantacji wyprzedzających (przed dializą) w stosunku do lat ubiegłych. Średni czas zimnego niedokrwienia nerek oszacowano na 12 godz. i 15 minut.



Ryc. 1. Przeszczepianie nerek w Polsce w 2006 r.



Ryc. 2. Liczba przeszczepionych nerek w Gdańsku w latach 1980-2006



Ryc. 3. Aktywność szpitali w zgłaszaniu potencjalnych i rzeczywistych dawców narządu do Gdańskiego Ośrodka Transplantacyjnego w latach 2004-2006

Prof. Zbigniew Śledziński, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej przedstawił „Działalność organizacyjno-szkoleniową Gdańskiego Ośrodka Transplantacyjnego”. Poinformował, że w AMG specjalizację z transplantologii klinicznej posiada dwóch chirurgów oraz trzech nefrologów. Stanowi ona podstawowy warunek udzielonej AMG akredytacji na przeszczepianie nerek. Aktualnie w trakcie ww. specjalizacji jest 4 chirurgów oraz 9 nefrologów. Profesor wyraził nadzieję, że w tym roku specjalizację z dziedziny transplantologii otworzą kardiochirurdzy i kardiolodzy. W 2006 r. zorganizowano 3 konferencje o tematyce transplantacyjnej oraz kilkakrotnie uczestniczono w konferencjach transplantacyjnych w Polsce i za granicą. Opublikowano dwie prace z dziedziny transplantacji w zagranicznych czasopiśmie, a do druku w 2007 r. przygotowano trzy kolejne.

W 2006 r. kontynuowano wykłady dla pielęgniarek z zakresu opieki nad zmarłym dawcą narządów, które rozpoczęto w 2005 roku w szpitalach województw pomorskiego i warmińsko-mazurskiego.

Dr Grzegorz Michalski, adiunkt Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej, przedstawił wykład „Problemy chirurgiczne przeszczepianych nerek”. Do najczęstszych powikłań chirurgicznych po zabiegu transplantacji nerki w 2006 r. należały: limfocele (4), zacieki moczu (11) oraz wodonercze (2). Przyczynami graftektomii były: zakrzepica żył nerkowych (2), martwica niedokrwienna nerki (1), martwica ściany tętnicy (1) oraz martwica tętnicy biegunowej (1). Ilość odnotowanych powikłań nie stanowiła istotnych różnic w porównaniu do opisywanych w literaturze przypadków.

Mgr Anna Milecka, regionalny koordynator transplantacji w Gdańsku, przedstawiła „Podsumowanie akcji transplantacyjnych za 2006 r.”. W 2006 r. do AMG zgłoszono 98 potencjalnych i

rzeczywistych dawców narządów (93 w 2005 r.), w tym w 52. przypadkach odbyło się pobranie narządów (55 w 2005 r.). Wśród zgłaszanych zmarłych dawców narządów dominowali zmarli płci męskiej, najczęściej w przedziale wiekowym pomiędzy 41 a 59 r.ż. Wśród przyczyn zgonów przeważały urazy czaszkowo-mózgowe, a do pobrań narządów najczęściej nie dochodziło z powodu sprzeciwów rodzin (18 przypadków). W 2006 r. w czasie pobrań narządów od zmarłych dawców w rejonie ośrodka gdańskiego pobrano łącznie: 86 nerek, 10 serc, 19 wątrób, 91 rogówek, 11 serc na homografy i 2 trzustki. Do szpitali zgłaszających najwięcej dawców zaliczono: ACK Szpital AMG, Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu, Szpital Specjalistyczny w Wejherowie oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Gdańsku.

Mgr Marzena Gortowska, koordynator programu „Akcja Dawca” (AD), przedstawiła zeszłoroczne wyniki ankiety przeprowadzonej wśród personelu szpitalnego oraz analizy zgonów z siedmiu szpitali województw pomorskiego i warmińsko-mazurskiego objętych ww. programem. W ankietach odnotowano zadowolenie z pracy koordynatora, przy równoczesnej samokrytyce w ocenie wiedzy i umiejętności związanych z procesem donacji. Większość respondentów wykazała wysoki stopień poparcia dawstwa narządów. Na podstawie wykonanej analizy zgonów, na 421 przejranych historii, stwierdzono 99 przypadków pacjentów z objawami śmierci mózgu, u których w 47. przypadkach komisyjnie orzeczono śmierć mózgu, natomiast narządy do transplantacji pobrano od 39. zmarłych dawców. Od momentu wprowadzenia programu AD w Gdańsku liczba zgłoszeń potencjalnych dawców narządów wzrosła z 45 w 2003 r., do 59 w roku 2006.

Dr Ewa Król, kierownik Poradni Chorób Nerek AMG zaprezentowała wykład „Pacjenci po przeszczepie nerki objęci opieką ambulatoryjną w Poradni Chorób Nerek AMG w 2006 roku”. Do końca 2006 r. w opiece ambulatoryjnej było 613. pacjentów po przeszczepach, w przedziale wiekowym od 21–76 lat, o średnim czasie po transplantacji wynoszącym 52 miesiące i średnim stężeniu kreatyniny 1,67 mg/dl ( $\pm 0,66$ ). Pod opieką jednego lekarza poradni znajduje się średnio 56. pacjentów. W 2006 r. zmarło 13. pacjentów, w tym 11 z funkcjonującym przeszczepem. Wspomniano również o działalności Poradni Nefrologii Dziecięcej w AMG, która swoją opieką obejmuje 44 dzieci po transplantacji nerki. Czas po transplantacji średnio wyniósł 4,5 roku, a stężenie kreatyniny 1,25. W roku 2006 nie zanotowano żadnego zgonu.

Mgr Beata Biało-brzeska, pielęgniarka oddziałowa Oddziału Hemodializy i Medycyny Transplantacyjnej, przedstawiła w swoim wykładzie rolę pielęgniarki w opiece po przeszczepie nerki. Zaznaczyła, że opieka ta składa się z trzech bardzo ważnych etapów: przygotowania chorego bezpośrednio przed transplantacją, opieki w okresie okołoperacyjnym oraz działalności edukacyjnej, mającej na celu przygotowanie pacjenta do nowego życia z przeszczepionym narządem.

Na zakończenie części oficjalnej odbyła się uroczysta promocja nowo wydanej książki „Jak żyć z przeszczepioną nerką” pod redakcją Alicji Dębskiej-Ślizień, Bolesława Rutkowskiego i Zbigniewa Śledzińskiego. Wymienione osoby osobiście wręczyły „świeże” egzemplarze podręcznika zaproszonym na konferencję autorom poszczególnych rozdziałów, specjalistom z zakresu nefrologii, chirurgii, immunologii, rehabilitacji, ginekologii, dermatologii, dietetyki, pielęgniarkom i in. Książek nie zabrakło również dla pozostałych uczestników konferencji.

W części dyskusyjnej o zabranie głosu poproszono prof. Jana Rogowskiego, który w interesujący sposób opowiedział o pierwszym zabiegu transplantacji serca dokonanym w AM w Gdańsku 29 grudnia 2006 r. Pozostaje mieć nadzieję, że w tym roku usłyszymy o kolejnych udanych transplantacjach tego narządu.

mgr Anna Milecka



Jak żyć z przeszczepioną nerką: poradnik dla pacjentów i ich bliskich / red. Alicja Dębska-Ślizień, Zbigniew Śledziński, Bolesław Rutkowski. – Lublin: Wydaw. Czelej, 2006

# Program „Akcja Dawca” (Donor Action) na Pomorzu, Warmii i Mazurach

W 2006 roku w Gdańskim Ośrodku Transplantacyjnym przeszczepiono 87 nerek, natomiast na liście oczekujących znajduje się ok. 200 pacjentów. Wobec takiej liczby, istnieje potrzeba lepszej kontroli chorych, którzy mogliby być zgłoszeni jako potencjalni dawcy narządów (PDN). „Akcja Dawca” (AD) jest programem, który ma służyć zwiększeniu liczby zarówno PDN, jak i rzeczywistych dawców narządów (RDN).

Program AD został stworzony w 1994 roku z inicjatywy grupy roboczej, powołanej przez trzy organizacje narodowe, zajmujące się problematyką pobierania i przeszczepiania narządów (Eurotransplant International Foundation – Hiszpania, Organizacion Nacional de Trasplantes – Holandia, Partnership for Organ Donation – USA).

Program „Akcja Dawca” początkowo wdrożono w kilku szpitalach w Europie. Zaobserwowano pozytywne rezultaty i dlatego coraz większa liczba szpitali była zainteresowana tą akcją. Do roku 2005 program wdrożono w 250. oddziałach w 25. krajach, w tym Północnej i Południowej Ameryki, Europy i Azji. W Polsce program ten funkcjonuje od 1998 roku i został zapoczątkowany przez prof. D. Patrzalka z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Transplantacyjnej AM we Wrocławiu, obejmując szpitale na Dolnym Śląsku i Opolszczyźnie.

W 2003 r. w Akademickim Centrum Klinicznym Szpitala AM w Gdańsku utworzono stanowisko koordynatora „Akcji Dawca”, na które powołano dr Annę Nowikowską, natomiast od 2006 r. program kontynuuje mgr Marzena Gortowska z Regionalnego Centrum Koordynacji Transplantacji ACK – Szpitala AMG.

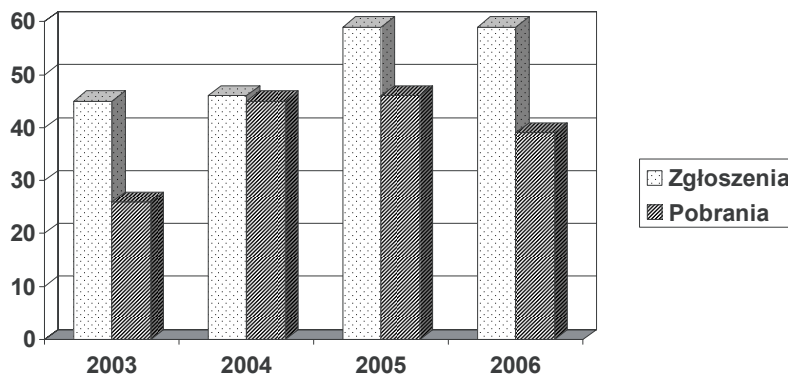
„Akcja Dawca” jest planem działania przygotowanym do wdrożenia w oddziałach szpitalnych, (w których występują PDN) celem polepszenia warunków pracy personelu tych oddziałów na polu dawstwa narządów.

Szpitale biorące udział w „Akcji Dawca” w województwach pomorskim i warmińsko-mazurskim to:

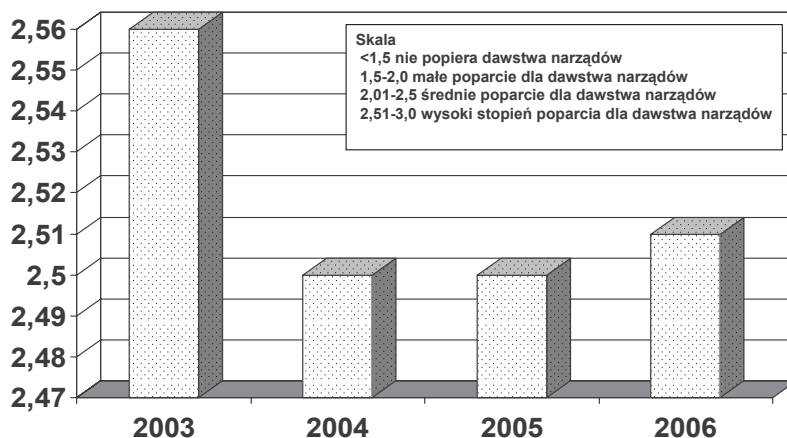
- ACK Szpital AMG (Kliniki: Intensywnej Terapii, Neurologii, Neurochirurgii, Kardiologii, Zakład Neuroanestezjologii),
- Szpital Miejski w Gdyni (Intensywna Terapia, Neurologia),
- Szpital Morski im. PCK w Gdyni (Intensywna Terapia),
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu (Intensywna Terapia, Neurologia, Neurochirurgia),
- Szpital Specjalistyczny w Wejherowie (Intensywna Terapia, Neurologia),
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Słupsku (Intensywna Terapia, Neurologia, Neurochirurgia),
- Samodzielny Publiczny ZOZ w Lęborku (Intensywna Terapia).



Ryc. 1. „Akcja Dawca” na świecie, stan na 2005 rok



Ryc. 2. Nastawienie wobec donacji na podstawie ankiet Postaw personelu medycznego (HAS) w latach 2003–2006



Ryc. 3. Zgłoszenia potencjalnych i rzeczywistych zmarłych dawców narządów oraz pobrania w szpitalach objętych programem AD w latach 2003–2006

Program AD opiera się na dwóch zasadniczych punktach: corocznej ankiecie Postaw personelu szpitalnego wobec donacji (HAS – *Hospital Attitude Survey*) oraz bieżącym Przeglądzie dokumentacji medycznej (MMR – *Medical Records Review*) obejmującej wszystkie zgony pacjentów do 75. roku życia.

Na podstawie ankiet przeprowadzonych w 2006 r. wśród personelu medycznego stwierdzono:

1. bardzo małe zaangażowanie w proces donacji przy wysokim stopniu poparcia dla dawstwa
2. personel medyczny nisko ocenił swoje umiejętności
3. wykazano zadowolenie z pracy koordynatora transplantacji
4. jako najczęstsze tematy szkoleń podawano: „Wspomaganie rodziny PDN” i „Intensywną opiekę nad dawcą”

Przegląd dokumentacji medycznej jest wnikliwą analizą zgonów celem oszacowania potencjału donacyjnego charakterystycznego dla danego oddziału.

W 2006 r. na 99. chorych, u których wysunięto podejrzenie śmierci mózgu bądź występowały pojedyncze objawy śmierci mózgu, komisyjnie orzeczono śmierć mózgu u 47. pacjentów, z czego 39. zmarłych było rzeczywistymi dawcami narządów. Brak pobrań w 60. przypadkach był spowodowany: p/wskazaniami medycznymi (60%), brakiem zgody rodziny (15,4%), NZK (11,6%), minimalizacją leczenia (10%), inne (4,0%). Zaobserwowano jednak, iż od momentu wprowadzenia programu AD w Gdańsku liczba zgłoszeń PDN wzrosła z 45. w 2003 r. do 59. w roku 2006.

mgr Marzena Gortowska

## NOWI DOKTORZY NA WYDZIALE LEKARSKIM

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej otrzymała:

mgr Ilona SOWIŃSKA-GŁUGIEWICZ – wykładowca, Samodzielna Pracownia Edukacji Medycznej, Pomorska Akademia Medyczna, Szczecin, praca pt. „Rola czynników psychologicznych w etiologii i procesie leczenia trądziku różowatego”, promotor – dr hab. Bogusław Borys, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 15 lutego 2007 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej.

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny otrzymali:

1. lek. Bartosz KARASZEWSKI – asystent, Klinika Neurologii Dorosłych, Katedra Neurologii AMG, praca pt. „Zaburzenia metaboliczne w niedokrwienych regionach mózgu na modelu zwierzęcym i u ludzi”, promotor – dr hab. Walenty Nyka, prof. AMG, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 15 lutego 2007 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,
2. lek. Marcin RUT – asystent, Katedra i Klinika Neurochirurgii AMG, praca pt. „Leczenie choroby degeneracyjnej dysku w odcinku lędźwiowym kręgosłupa z zastosowaniem stabilizacji dynamicznej DIAM”, promotor – prof. dr hab. Paweł Słoniewski, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 15 lutego 2007 r. nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny.

□

## Kalendarium Rektorskie

28.01.2007 – uroczystość wręczenia Nagrody Naukowej Miasta Gdańska im. Jana Heweliusza za rok 2006. W dziedzinie nauk humanistycznych nagrodzono prof. Jerzego Limona, a w kategorii nauk ścisłych i przyrodniczych prof. Andrzeja Czyżewskiego. Na uroczystości obecny był rektor prof. Roman Kaliszan.

29.01.2007 – posiedzenie Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego w Gdańsku poświęcone realizacji programu monitorowania pomorskiego programu profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego i chorób nowotworowych. W spotkaniu udział wzięli rektor prof. Roman Kaliszan oraz prorektor ds. klinicznych prof. Zbigniew Nowicki.

31.01.2007 – rektor prof. Roman Kaliszan przewodniczył uroczystości otwarcia konferencji zorganizowanej z okazji 50-lecia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Polsce.

31.01.2007 – na zaproszenie prezesa zarządu Grupy Lotos S.A. Pawła Olechnowicza, rektor prof. Roman Kaliszan wziął udział w uroczystości podpisania porozumienia o współpracy w zakresie wspierania rozwoju województwa pomorskiego między wojewodą pomorskim, marszałkiem województwa, prezydentami Trójmiasta a Grupą Lotos.

2.02.2007 – rektor prof. Roman Kaliszan wraz z kanclerzem mgr. Markiem Langowskim wzięli udział w seminarium realizowanym w ramach projektu „Zarządzanie ryzykiem i wzmocnienie efektywności służb audytu wewnętrznego w jednostkach sektora finansów publicznych”. Szkolenie zorganizowano we współpracy Departamentu Koordynacji Kontroli Finansowej i Audytu Wewnętrznego w Ministerstwie Finansów z brytyjską firmą Bentley-Jennison.

6.02.2007 – podpisanie porozumienia w sprawie organizacji Juwenaliów 2007 przez studentów uczelni wyższych Trójmiasta. Porozumienie podpisał rektor prof. Roman Kaliszan wraz z przedstawicielką Uczelnianego Samorządu Studenckiego Pauliną Nowek.

6.02.2007 – prorektor ds. rozwoju i współpracy międzynarodowej prof. Jacek Bigda wziął udział w posiedzeniu Komitetu Sterującego ds. Regionalnej Strategii Innowacji dla Województwa Pomorskiego, któremu przewodniczył marszałek Jan Kozłowski.

9.02.2007 – prorektor ds. dydaktyki prof. Jan Marek Słomiński wziął udział w rozdaniu Nagród Miasta Gdańska dla Młodych Naukowców im. J. Uphagena.

14.02.2007 – rektor prof. Roman Kaliszan wziął udział w otwarciu konferencji szkoleniowo-naukowej pt. „Działalność transplantacyjna w ośrodku gdańskim w 2006 roku”.

16.02.2007 – posiedzenie Rady Rektorów Województwa Pomorskiego, w którym udział wzięli rektor prof. Roman Kaliszan. Program spotkania zawierał m.in.: przedstawienie założeń nowych sposobów finansowania badań przez prezesa Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej prof. Macieja Żylicza, informację o współpracy Pomorskiego Kuratorium Oświaty z uczelniami wyższymi.

17.02.2007 – rektor prof. Roman Kaliszan uczestniczył w sympozjum poświęconemu pamięci dr Aleksandry Gabrysiak.

17.02.2007 – szósty Bal Karnawałowy Pracowników AMG.

mgr Urszula Skałuba

# Wizerunek Uczelni – studenci o AM w Gdańsku

## Kilka słów wstępu

Na przełomie lat 2005/2006 przeprowadzono badania ankietowe, pozwalające na kompleksową analizę sposobu postrzegania AMG przez studentów naszej Uczelni. Założenia ankiety i sposób jej powstania zaprezentowano w *Gazecie AMG* nr 1/2006.

Autorka koncepcji, Małgorzata Lisiewicz, absolwentka naszej *Alma Mater*, obecnie pracownik Działu Współpracy z Zagranicą i Programów Międzynarodowych, zajmująca się promocją i wizerunkiem, podejmuje się wstępnej interpretacji wyników ankiety.

Zachęcam gorąco do lektury wyników badania z nadzieją, że będą one zaczęły do dyskusji, służącej dalszej analizie, weryfikacji niektórych opinii oraz zaproponowaniu działań naprawczych. Sądzę, że łamy *Gazety AMG* mogą być stosownym forum dyskusyjnym; zapraszamy również do wymiany opinii w uruchomionym na te potrzeby anonimowym forum ekstranetowym. Zarówno wnioski wyciągnięte na podstawie wyników ankiety, jak i wynik dalszej dyskusji z udziałem społeczności akademickiej pozwolą w przyszłości na podjęcie skutecznych działań sprzyjających rozwojowi naszej Uczelni.

prof. Jacek Bigda,  
prorektor ds. rozwoju i współpracy międzynarodowej  
prodevel@amg.gda.pl



## Wstępna interpretacja wyników ankiety

### Sposób pozyskania informacji

Na przełomie lat 2005/2006 przeprowadzono ankietę wśród studentów, której celem było pozyskanie opinii studentów AMG o Uczelni. Ankieta miała charakter anonimowy, wypełniło ją około 950 studentów ze wszystkich lat studiów, reprezentujących różne wydziały i kierunki studiów dziennych i zaocznych, co stanowi 1/4 wszystkich studentów AMG.

Na wstępie warto zauważyć, iż wizerunek nie jest tożsamy z faktycznym stanem rzeczy. Wizerunek mówi o postrzeganiu instytucji przez odbiorcę, w tym przypadku studentów, na które to postrzeganie ma wpływ wiele czynników zarówno natury obiektywnej, jak i subiektywnej. Nie zmienia to faktu, iż wizerunek określa jakość samopoczucia studentów w murach Uczelni, które to samopoczucie w istotny sposób warunkuje jakość procesu nauczania.

Wyniki ankiety posłużą do planowania działań zmierzających do poprawy warunków studiowania, a uzyskane częściowe rezultaty już stały się podstawą do interwencji w niektórych – szczególnie ważnych i pilnych – sprawach.

### Powody do zadowolenia

Podstawą do zadowolenia może być, iż 2/3 studiujących jest dumnych z faktu przynależności do grona studentów AMG. W przypadku studentów English Division (ED) grupa ta jest nieco mniejsza. Biorąc pod uwagę fakt, iż studenci zagraniczni posiadają większą znajomość innych uczelni na świecie, a mimo to są dumni ze studiowania w AMG, można to interpretować jako osiągnięcie naszej Uczelni.

Ponad 80% wszystkich studentów identyfikuje się z Uczelnią, co oznacza, że mają do niej osobisty stosunek. To ważne, że Uczelnia nie jest im obojętna. Podobnie i w tym przypadku grupa studentów English Division jest mniejsza, co jest zrozumiałe, gdyż w odróżnieniu od studentów krajowych oni muszą zmierzyć się z problemem odmienności kulturowej, która z kolei może wpływać na stopień identyfikacji z Uczelnią.

### Potrzeby zmian

Przytaczając pozytywne wyniki, należy jednocześnie stwierdzić, iż ankieta wskazuje również na obszary wymagające intensywnego działania w celu poprawy wizerunku Uczelni. Ogółem 4/5 studentów zarówno zagranicznych, jak i krajowych uważa, iż w Uczelni potrzebne są radykalne zmiany. Potwierdza to identyfikację studentów z Uczelnią i świadczy o ich przekonaniu, że Uczelnia na takie działania zasługuje. Wskazują na szereg wyzwań, z jakimi należałoby się zmierzyć. Wśród nich jako najistotniejsze wymieniane są: nadmierna wielkość Uczelni, która determinuje pewną bezwładność w jej funkcjonowaniu, niewystarczające zaangażowanie władz i nauczycieli w zmiany oraz bierność studentów medycyny. Można jednak sądzić, iż studenci AMG posiadają zaufanie do Uczelni i jej władz, skoro ponad połowa studentów deklaruje, iż zgłaszałaby swoje problemy do rzecznika studentów, jeśli Uczelnia by takiego powołała. W przypadku English Division jest to nawet grupa 70% studentów, co wynika niewątpliwie z większej potrzeby wsparcia, odczuwanej przez osoby studiujące w dużej odległości od domu i od własnego kraju.

### Studenci wystawiają oceny Uczelni

Ogólna ocena Akademii Medycznej w Gdańsku wystawiona przez jej studentów wynosi ok. 6 w skali 1–10. Należy jednak zauważyć, że istnieje istotna różnica w postrzeganiu AMG jako Uczelni i AMG jako szpitala. AMG jako placówka kliniczna jest postrzegana lepiej (wynik 6,6) aniżeli jako placówka dydaktyczna (wynik 5,4). Dość wysoko jest oceniana AMG jako placówka naukowa (wynik 6,4), choć należy też zauważyć, że ponad 1/3 studentów nie potrafi ocenić działalności klinicznej AMG i prawie co piąty student wstrzymuje się od oceny potencjału naukowego AMG. Wątpliwości nie było przy ocenie AMG jako placówki dydaktycznej. To może oznaczać, iż sporej grupie studentów obca jest AMG w roli instytucji innej niż miejsce nauczania medycyny, oraz że dokonania naukowe i osiągnięcia kliniczne są niewystarczająco promowane przez Uczelnię.

Studenci English Division lepiej oceniają AMG jako placówkę dydaktyczną, przyznając jej ocenę 6,2 w odróżnieniu od studentów krajowych oceniających ją na 5,4. Może to wynikać nie tylko z odmienności oczekiwań, ale z faktycznej różnicy w warunkach studiowania studentów obcojęzycznych. Zmiany powinny zmierzać w stronę ich niwelowania, jeśli rzeczywiście istnieją.

Dużych rozbieżności w ocenie AMG jako placówki naukowej i klinicznej pomiędzy English Division i studentami krajowymi nie było.

### Dlaczego AMG?

Wybór uczelni gdańskiej w połowie przypadków był dyktowany dogodnym położeniem względem stałego miejsca zamieszkania. Położenie Gdańska – miasta z bogatą tradycją, usytuowanego nad morzem – było istotnym motywem wyboru AMG w wielu przypadkach. Warto jednak zwrócić także uwagę, że prawie co czwarty student wybrał Uczelnię ze względu na przekonanie o wysokim poziomie kształcenia, a co ósmy – na wysoki prestiż w porównaniu z innymi uczelniami medycznymi w Polsce. Pozytywne kryteria (razem 35%) dominowały nad negatywnymi, takimi jak łatwość dostania się, niski poziom wymagań (11%). Wyniki w dużej mierze odzwierciedlają opinię studentów krajowych. Natomiast w przypadku studentów ED tylko co czwarty kierował się przekonaniem o wysokim prestiżu i wysokim poziomie Uczelni. Prawie połowa wybrała AMG ze względu na przekonanie o niskim poziomie egzaminów wstępnych i łatwości zaliczania programu studiów, co nie znajduje odzwier-

cięcia w opinii ukształtowanej w trakcie studiowania; 60% studentów ED ocenia kadrę pod kątem egzekwowania obowiązków pozytywnie bądź jako zbyt rygorystyczną, a tylko 13% uważa, iż kadra jest za mało rygorystyczna.

W indywidualnych komentarzach studenci jako pozytywną cechę Uczelni wymieniali skoncentrowany charakter zabudowy kampusu akademickiego oraz posiadanie w jej strukturach Międzywydziałowego Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni. Należy przypuszczać, iż doceniają dostęp w ramach Uczelni do wiedzy i praktyki o unikalnym profilu.

### Kadra – atut AMG

Studenci, zarówno krajowi, jak i zagraniczni w większości uważają, iż AMG jako uczelnia posiada swoje atuty, choć znaczna część (1/5 studentów ED, a 1/3 krajowych) zaprzecza istnieniu takich. Pytani o owe atuty studenci krajowi na pierwszym miejscu podkreślają kadrę (co trzeci badany), na drugim bibliotekę (co czwarty badany). Studenci ED podkreślają bazę socjalną (40% badanych), na drugim miejscu zaś kadrę (co piąty badany). Studenci krajowi wysoko oceniają także bibliotekę (4 w skali 1–5). Kadry wystawiają stosunkowo wysoką ocenę – 4,2 (w skali 1–5), ale tylko wtedy, gdy oceniają ją pod kątem kwalifikacji naukowych. Blisko 4 (w skali 1–5) oceniają przygotowanie kadry do pracy dydaktycznej (3,7) oraz kulturę osobistą (3,8), ale dość nisko oceniana jest współpraca ze studentami: otwartość na wymianę doświadczeń, sprzyjanie indywidualnemu rozwojowi (poniżej 3,2) czy budowanie przyjaznych relacji ze społecznością studencką. Można przypuszczać, że studenci wysoko oceniają potencjał kadry, ale krytycznie jej pracę dydaktyczną.

Studenci ED nieco gorzej od krajowych oceniają kadrę pod kątem przygotowania do pracy dydaktycznej i kwalifikacji naukowych, co może być wynikiem zarówno gorszego dostępu do informacji o kadry, brakiem znajomości kontekstu medycznego w obcym kraju, jak i zróżnicowanej znajomości języka angielskiego zarówno kadry, jak i studentów, a wpływającej na ocenę fachowych kwalifikacji. Podobnie natomiast do studentów krajowych, czyli niezbyt wysoko, oceniają oni budowanie przyjaznych relacji, sprzyjanie indywidualnemu rozwojowi studenta, otwartość na wymianę doświadczeń.

Spora grupa (ponad połowa studentów krajowych oraz ponad 1/3 studentów ED) ocenia pozytywnie kadrę pod kątem egzekwowania obowiązków. Około 1/4 postrzega ją jako zbyt rygorystyczną. Dość spora grupa studentów (co piąta osoba) nie była w stanie ocenić kadry. Znacznie większa liczba studentów ED (13%) w stosunku do krajowych (6%) uważa, że kadra jest za mało rygorystyczna, co może wynikać ze stosowania odmiennych wymagań wobec tych grup.

Należy także podkreślić, iż studenci akcentują potrzebę indywidualizowania ocen kadry. Są bowiem osoby znakomicie realizujące ich potrzeby dydaktyczne, jak i takie, które wzbudzają swoim zachowaniem zastrzeżenia, tj. przejawiają brak szacunku dla studenta czy też brak większego zainteresowania pracą dydaktyczną. Niepokojące są indywidualne komentarze studentów wyrażające przekonanie, iż system karier i zatrudnienia w AMG jest determinowany tzw. „układami” i „koneksjami”.

### Biblioteka – atut AMG

Drugim mocnym atutem AMG w opinii studentów krajowych jest biblioteka. Spora grupa, bo prawie 40% przyznało jej najwyższą ocenę w skali 1–5, a ogólna średnia ocena wyniosła 4. Warto zauważyć, że w odróżnieniu od przystosowania biblioteki do pracy studentów krajowych, nie spełnia już ona takiej pomocnej funkcji dla studentów zagranicznych, którzy ocenili ją jedynie na 3. Być może jest to wynik gorszej dostępności materiałów obcojęzycznych bądź może trudności komunikacyjnych na linii personel – studenci. Przy ogólnej pozytywnej oce-

nie biblioteki pojawiły się jednak uwagi wskazujące na brak możliwości korzystania z jej zbiorów w niedziele (biblioteka i czytelnia są czynne od poniedziałku do soboty), dość uciążliwe procedury wypożyczania, zbyt mała ilość egzemplarzy nowych podręczników.

### Inne atuty...

Na kolejnych miejscach wśród atutów studenci – głównie krajowi – wymieniają organizację nauczania (16%), ale równocześnie poddają ją krytyce. W procesie nauczania studenci krajowi, jak i zagraniczni najbardziej cenią sobie ćwiczenia. Na drugim miejscu w przypadku studentów krajowych są wykłady, zaś na trzecim praktyki studenckie oraz dostęp do komputerowego serwisu komunikacyjnego AMG za pośrednictwem ekstranetu. W przypadku studentów zagranicznych wykłady pełnią mniejszą rolę aniżeli praktyki i Internet. Można próbować interpretować te wyniki jako z jednej strony determinowane barierą językową, która uniemożliwia korzystanie z wykładów w takim stopniu, w jakim korzystają studenci krajowi. Z drugiej strony – może być to wynikiem większego ukierunkowania studentów zagranicznych na wiedzę praktyczną. Drugi wniosek wydaje się być uzasadniony w obliczu przekonania studentów zagranicznych o związku jakości nauczania z jakością usług leczniczych. Sądzi tak prawie połowa tej grupy badanych, podczas gdy tylko 1/3 studentów krajowych podziela ten pogląd. Grupa, która nie ma zdania w tej kwestii, jest mniej liczna, wśród studentów English Division (ok. 1/3) w odróżnieniu od studentów krajowych (1/2 całej grupy).

Studenci ED najbardziej cenią sobie bazę socjalną (37%) oraz kadrę (19%). Przy tym wyniku zaskakujące jest, że 3/4 zagranicznych studentów nie jest zadowolonych z akademika, pomimo że standard ich pokoi jest podwyższony. Wymieniają niemal w równym stopniu wszystkie aspekty zakwaterowania w domu studenckim, choć nieznacznie na czoło wśród zastrzeżeń wysuwa się zbyt wysoka cena za akademik w relacji do standardu, słabe zaplecze, takie jak kuchnia i sala TV oraz niski poziom bezpieczeństwa wokół akademików.

Ponadto pojawiały się indywidualne uwagi o niedostosowaniu pokoi w akademikach do zamieszkania przez małżeństwa z dzieckiem.

### Czas na krytykę

W znaczącej większości (83%) studenci zarówno English Division, jak i krajowi oczekują zmian. Jest to w gruncie rzeczy pozytywna informacja, albowiem może wskazywać nie tylko na istniejące niedostatki w Uczelni, ale także na wysoki poziom oczekiwań studentów i zaangażowanie w jej ocenę.

Trzy sfery – pomieszczenia, w których odbywają się zajęcia, wyposażenie w sprzęt i organizacja nauczania były wymieniane jako wymagające radykalnej interwencji. English Division wymienia także bibliotekę. Na dalszym miejscu wymieniane jest zapotrzebowanie na informację o rynku pracy oraz o dodatkowych możliwościach kształcenia.

Ponadto studenci oczekują modyfikacji programu studiów w kierunku zwiększenia nacisku na sferę praktyczną oraz poprawę warunków nauczania poprzez zredukowanie liczby studentów przypadających na asystenta. Wśród wypowiedzi powtarza się także potrzeba poprawy jakości bazy socjalnej.

Rzeczywiście, wyposażenie jest oceniane nisko przez studentów zarówno pod kątem dostępności dla studentów (2,4–2,8), stanu zadbania (2,9) oraz nowoczesności (2,4–2,5). Również sale zajęć, nawet jeśli są nieco lepiej oceniane pod kątem przestrzeni przypadającej na jednego studenta, to już w zakresie estetyki i wygody uzyskują niskie oceny (2,6–2,7). Również w tym przypadku oceny studentów zagranicznych i krajowych są znacząco rozbieżne. Ci pierwsi oceniają wygodę sal na 2,2, ci drudzy – 2,8. Studenci zagraniczni oceniają estetykę na 2,0, a krajowi na 2,7.

Obsługa administracyjna jest ogólnie oceniana powyżej 3 (w skali 1–5). Studenci English Division znacznie gorzej oceniają dostępność do informacji na temat programu zajęć (średnia 2,5) w porównaniu ze studentami krajowymi (3,44). Podobne rozbieżności istnieją w ocenie możliwości dotarcia do informacji nt. osób prowadzących zajęcia oraz o wydarzeniach kulturalnych i towarzyskich. Studenci English Division znacznie gorzej oceniają przejrzystość obsługi administracyjnej (2,54) od studentów krajowych (średnia 3,2). Różnica ta może wynikać nie tyle z odmiennego traktowania dwóch grup studentów, ale z odmiennych oczekiwań, uwarunkowanych kulturowo i przyzwyczajęń do różnych standardów. Warto zauważyć, iż wśród indywidualnych komentarzy studentów VI roku obsługa Dziekanatu wywoływała uwagi o wyraźnie emocjonalnym zabarwieniu, wskazujące na duży rozdźwięk pomiędzy jakością usług a oczekiwaniami studentów co do sprawności i przejrzystości obsługi.

### Komunikacja w Internecie

Prawie wszyscy studenci mieli okazję zapoznać się ze stroną internetową AMG, co świadczy o tym, iż jest to bardzo istotne narzędzie komunikacji wewnętrznej. W porównaniu z innymi dziedzinami strona internetowa jest dość dobrze oceniana zarówno pod kątem zasobu zgromadzonej na niej informacji, łatwości ich znajdowania oraz szaty graficznej (3,54–3,7 w skali 1–5). Studenci zagraniczni nieco gorzej oceniają stronę internetową, choć należy zauważyć, iż English Division posiada niezależnie projektowaną i redagowaną stronę, bardziej rozbudowaną wizualnie i informacyjnie. Wśród komentarzy polskich studentów pojawiają się uwagi wskazujące na małą funkcjonalność wyszukiwarek, brak logicznego menu i złe pogrupowanie działów informacyjnych.

Dość negatywnie jest oceniana poczta internetowa, z której większość studentów nie korzysta. W przypadku studentów zagranicznych ponad 90% nie używa konta AMG. Nawet ci, którzy z niego korzystają, przyznają, że czynią to sporadycznie lub z konieczności.

### (Nie)bezpieczeństwo

W większości (2/3 respondentów) studenci czują się bezpieczni na terenie Uczelni. Co czwarty student krajowy zgłasza zastrzeżenia co do poczucia bezpieczeństwa w AMG. Studenci zagraniczni mają nieco większe poczucie zagrożenia. Obydwie grupy zgłaszają jednak pewne zastrzeżenia. Studenci English Division podkreślają brak bezpieczeństwa w miejscu zajęć (50%), podczas gdy studenci krajowi wyrażają zastrzeżenia co do bezpieczeństwa związanego z dotarciem do niektórych miejsc zajęć oraz zabezpieczenia mienia w szatni. Wśród najmniej bezpiecznych obiektów kampusu wymieniane są niemal wszystkie: szpital kliniczny (interna, dermatologia, pulmonologia), szpital chorób zakaźnych, okolice rektoratu, okolice akademików, budynek Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej, klinika ginekologii, okolice budynku Starej Anatomii i inne.

### AMG „dla ciała”

Różne aspekty zaplecza gastronomicznego są oceniane od 2,6 do 3,1 (w skali 1–5). Istnieje wyraźne zapotrzebowanie na większą liczbę punktów gastronomiczno-bufetowych. Dostępność do owych punktów jest oceniana na około 3,1, przy czym zdecydowanie dogodniejszy układ ten jest dla studentów English Division. Studenci krajowi krytycznie oceniają dostosowanie cen do kieszeni studenta (2,34), podczas gdy studenci zagraniczni oceniają ten aspekt znacząco lepiej (3,44). Niewątpliwie ma to związek z różnicami w zamożności pomiędzy studentami zagranicznymi i z Polski. Oferta owych punktów jest oceniana na około 3,0 i podobnie oceniają ją zarówno studenci ED, jak i krajowi. Studenci zagraniczni czują się zdecydowanie mniej stłoczeni w barach studenckich aniżeli polscy. Czy wynika to z zaopatrywania się w posiłki w odmiennych punktach gastro-

miczno-bufetowych? Połowa ankietowanych zdecydowanie opowiada się za stworzeniem kafejki w rektoracie. Ale też około 1/3 przyznaje, że jest to jej obojętne.

### AMG „dla ducha”

Zdecydowana większość studentów opowiada się za istnieniem zorganizowanych form życia studenckiego (ok. 80%, studenci zagraniczni – ok. 60%) i prawie połowa z nich uważa, iż stan obecny jest niezadowolający. Studenci zagraniczni obarczają odpowiedzialnością za ten stan rzeczy w większym stopniu Uczelnię niż samych studentów, podczas gdy studenci krajowi w równym stopniu winią Uczelnię, jak i samych studentów. Brak zaangażowania studentów jest jednak w dużym stopniu tłumaczony brakiem czasu i być może studenci zagraniczni, wobec wypełnionego toku studiów oczekują, iż to Uczelnia będzie ich aktywizować w zakresie życia studenckiego.

Biorąc pod uwagę te oczekiwania, zaskakujące są wyniki wskazujące na stosunkowo słaby udział studentów w imprezach organizowanych poza głównym programem zajęć i to zarówno tych przygotowanych przez AMG, jak i przez inne uczelnie. Studenci zagraniczni uczestniczą w nich rzadziej, co może świadczyć o mniejszej integracji z otoczeniem i poczuciem wyobcowania, i brakiem efektywnej informacji.

### Problemy z demokracją

Znamienne jest, że niemal co drugi student krajowy uważa, iż studenci English Division są uprzywilejowaną grupą. Ale też co trzeci student AMG uważa, iż uprzywilejowani są najbardziej studenci kierunku lekarskiego. Ciekawostką jest natomiast, iż dla ponad połowy studentów zagranicznych to Oddział Stomatologiczny jest traktowany najlepiej, a co piąty student English Division jest przekonany o lepszym traktowaniu studentów kierunku lekarskiego. Warto podkreślić, iż ogólnie wśród studentów AMG (mniejsze w przypadku ED – 33%, większe w przypadku studentów krajowych – aż 57%) istnieje przekonanie o nierównym traktowaniu studentów różnych wydziałów.

### Wizerunek – „skąd idziemy, kim jesteśmy, dokąd zmierzamy”

Połowa ankietowanych uważa, iż AMG posiada swoją tożsamość. Studenci English Division mniej jednoznacznie oceniają tożsamość AMG. Większy odsetek tej grupy nie ma też zdania na ten temat. Na wizerunek AMG dziś, zdaniem studentów, w równym stopniu rzutuje funkcjonowanie tej instytucji jako placówki dydaktycznej, naukowej i jako szpitala klinicznego.

Dla studentów English Division nieco mniejsze ma znaczenie działalność AMG jako szpitala i jako placówki naukowej. Można zatem przypuszczać, iż oceniają oni AMG przede wszystkim jako placówkę dydaktyczną.

Wizerunek AMG kojarzy się w równym stopniu z historią, jak i zorientowaniem na nowoczesność i rozwój, choć warto zauważyć, że studentom zagranicznym AMG kojarzy się bardziej z historią aniżeli z nowoczesnością. Można przypuszczać, iż studenci ci nie tyle mają na myśli konkretną historię Uczelni, ale dostrzegają jej mniejszy stopień zaawansowania w stosunku do uczelni na Zachodzie. Ponadto przedwojenna architektura niektórych budynków może sugerować silniejsze skojarzenia z tradycją.

Zarówno według studentów zagranicznych, jak i krajowych wizerunek Uczelni w większym stopniu kreują ludzie aniżeli miejsce, przy czym prawie połowa studentów zagranicznych nie ma zdania na ten temat.

Wśród przyczyn, które osłabiają kształtowanie się wyraźnego wizerunku, studenci wymieniają na pierwszym miejscu: brak dbałości o szeroko pojętą wizualizację AMG oraz brak akcji popularyzujących Uczelnię w społeczeństwie i środowiskach akademickich, brak łatwego dostępu do informacji o sukcesach AMG, jej pracowników i studentów oraz fakt, iż Uczelnia nie



tworzy zintegrowanego zespołu ludzi i jednostek. Warto zauważyć, iż studenci ED najmocniej akcentują brak łatwego dostępu do informacji o sukcesach AMG, jej pracowników i studentów.

Zaskakujące jest zdanie studentów na temat logo AMG. Z jednej strony wyrażają swoje zastrzeżenie do wizualizacji AMG oraz braku wypromowania znaków identyfikacyjnych, jednocześnie uważają, iż logo Uczelni bądź dobrze spełnia swe zadania symbolizowania Uczelni, bądź nie ma większego znaczenia dla wizerunku Uczelni. Należy jednak zauważyć, iż co piąty student nie ma zdania na temat logo AMG oraz co piąty nie wie, jak ono wygląda. Niewielki odsetek studentów zagranicznych i krajowych uważa również, iż logo źle spełnia swoje funkcje.

Połowa ankietowanych podaje prawidłowo czas powstania AMG, ale też znaczący odsetek nie wie, kiedy powstała. Niemal co dziesiąty student polski przypisuje moment powstania AMG latom przedwojennym. Ogólnie świadczą to o dość słabej wiedzy na temat historii *Alma Mater*. W przypadku studentów zagranicznych ponad połowa grupy nie wie, kiedy powstała AMG i tylko co trzeci podaje prawidłową odpowiedź.

### „Czym student na studiach nasiąknie, tym na VI roku trąci”

Aby ocenić, czy przejście przez cały tok studiów w sposób znaczący zmienia opinię studentów na temat Uczelni, analizie zostały poddane wyniki ankiety studentów ostatniego roku Wydziału Lekarskiego. Zestawiono je z ogólną średnią ocen. Celem tego zestawienia było nie tylko zbadanie, jak zmienia się opinia w ciągu studiów, ale także stwierdzenie, jak opinia prawie absolwentów odbiega od ogólnej opinii wszystkich studentów. Wybór Wydziału Lekarskiego został zdeterminowany szczególną aktywnością wąskiej grupy studentów tego Wydziału w wyrażaniu swoich opinii o AMG w sposób nieformalny, tj. poprzez nieoficjalne rozmowy z pracownikami AMG, wypowiedzi w blogach studenckich, forach internetowych itp. Należy zaznaczyć, iż ankietowana grupa studentów VI WL stanowi ok. 7% całej grupy ankietowanych.

### Mniej dumni, bardziej zatroskani

Na podstawie wyników można stwierdzić, iż ocena studentów VI roku WL dotycząca AMG jako placówki dydaktycznej nie odbiega znacząco od ogólnej oceny (ogólna ocena – 5,4, VI WL – 5,2). AMG jako placówka kliniczna była oceniana nieznacznie gorzej, natomiast znacząco poniżej ogólnej oceny wypadła ocena AMG jako jednostki naukowej. Może to mieć związek ze szczególnym ukierunkowaniem programu ostatniego roku studiów na zajęcia o charakterze klinicznym. Studenci ci znacznie silniej podkreślają brak atutów (aż co drugi student) i znacznie mniejsza grupa (tylko co czwarty student) przyznaje Uczelni szczególne zalety. Zapytani o owe atuty na pierwszym miejscu wymieniają bibliotekę, a na drugim kadrę, w odróżnieniu od ogółu, który podaje odwrotną kolejność. Studenci ci również w większym stopniu podkreślają potrzebę radykalnych zmian. Nieco gorzej oceniana jest kadra. Niemniej co trzeci student – i jest to największa grupa odpowiedzi – kadrę ocenia pozytywnie pod względem egzekwowania obowiązków, ale jest to mniejszy odsetek w porównaniu z ogółem (połowa studentów).

Podobnie nieco gorzej oceniane jest przez studentów VI WL wyposażenie w sprzęt, z wyjątkiem jego nowoczesności. Być może ma to związek z faktem, iż studenci ci obcują częściej ze sprzętem klinicznym, który jest w większym stopniu modernizowany niż w innych jednostkach.

W sposób znaczący wyróżnia się negatywna ocena uprzejmości obsługi administracyjnej studentów – tylko 1,8 w stosunku do 3,1 będącej oceną ogółu (w skali 1–5) oraz zakres opieki socjalno-bytowej oferowanej przez Uczelnię i dostępność informacji na jej temat (poniżej 2).

Gorzej również oceniają stronę internetową pod kątem zasobu informacji i łatwości jej znajdowania; znacząco gorzej oceniają szatę graficzną (ogół – 3,63; VI WL – 2,2). Wynik ten może

wskazywać na wykształcanie się gustów estetycznych przez sześć lat życia młodego człowieka.

Zaskakujący jest spadek liczebności grupy korzystającej z poczty internetowej przy użyciu konta AMG.

Studenci VI WL gorzej oceniają sale zajęć, zaplecze gastronomiczno-bufetowe, zgłaszają większy brak poczucia bezpieczeństwa, a zwłaszcza podkreślają problemy z zabezpieczeniem szatni. W mniejszym stopniu wyrażają zainteresowanie stworzeniem kafejki na terenie rektoratu.

W większym stopniu kwestionują przydatność wykładów, natomiast akcentują potrzebę ćwiczeń oraz zajęć praktycznych, na przykład w postaci dyżurów.

Podobnie do ogółu, w znacznym stopniu wyrażają przekonanie o potrzebie zorganizowanych form życia studenckiego i stwierdzają zbyt małą liczbę wydarzeń o charakterze kulturalnym i towarzyskim oraz, podobnie do ogółu, uzasadniają to niewielką inicjatywą studentów, ich brakiem czasu spowodowanym natłokiem zajęć, a także brakiem wystarczających inicjatyw ze strony Uczelni.

Krytyczne oceny studentów VI WL prowokują pytanie, na ile obniżenie oceny jest podyktowane rzeczywistym pogorszeniem się warunków studiowania, a na ile wzrostem krytyczności tej grupy studentów. Warto odwołać się do ich oceny AMG i przypomnieć, iż AMG jako placówkę kliniczną oceniają najlepiej – 6.0 (w skali 1–10), natomiast AMG jako placówkę dydaktyczną przyznają ocenę 5,2.

Studenci ostatniego roku WL nieco w większym stopniu uczęszczają na spotkania organizowane poza obowiązkowym programem zajęć, a także częściej uczestniczą w wydarzeniach organizowanych przez inne uczelnie. Może to świadczyć o szerszej identyfikacji z otoczeniem i większej aktywności życiowej.

W przeciwieństwie do ogółu ponad połowa studentów ostatniego roku WL neguje istnienie wyrazistej tożsamości Uczelni, a tylko co trzeci ją uznaje. W niewielkim stopniu ową tożsamość widzi powiązaną z działalnością dydaktyczną, naukową czy kliniczną, choć ta ostatnia wydaje się w nieco większym stopniu ją determinować. Podobnie mały udział w kształtowaniu tożsamości Uczelni ma historia oraz działania prowadzące do rozwoju i unowocześniania placówki. Potwierdza to wyniki wskazujące na brak przekonania o wyrazistym wizerunku instytucji. Uznają oni jednak w równym stopniu rolę ludzi, jak i miejsca w budowaniu tożsamości AMG.

Nieco zaskakującym może być fakt, że jedynie w niewielkim stopniu rośnie liczba prawidłowych odpowiedzi na temat daty powstania AMG. Brak wiedzy o historii Uczelni nie przeszkadza w tym, że 3/4 studentów VI WL identyfikuje się z nią. Natomiast bardzo znacząco spada liczba osób, które wyrażają dumę z faktu bycia studentem AMG. Wyniki te sugerują potrzebę szczegółowego badania przyczyn, które takie poczucie dumy na ostatnich latach studiów zmniejszają. Pocieszającym jest jednak fakt, że prawie wszyscy są za podjęciem działań na rzecz poprawy warunków studiowania, nawet jeśli wyrażają te same obiektywne, jakie miała cała grupa studentów krajowych (wielkość Uczelni, brak zainteresowania władz zmianami, brak zaangażowania studentów), to jednak wyniki te wskazują na stopień identyfikacji z Uczelnią i nieobojętny stosunek studentów do *Alma Mater*. Pomimo że nieco mniejszy, ale nadal utrzymuje się stopień zaufania do instytucji, skoro prawie połowa studentów ostatniego roku AMG przyznała by swoim problemem do rzecznika studentów, gdyby takie stanowisko zostało utworzone.

Należy stwierdzić, że wizerunek Uczelni postrzegany przez studentów VI roku stanowi niezwykle istotne narzędzie budowania wizerunku AMG „na zewnątrz”, ponieważ doświadczenia z ostatniego okresu studiów determinują w znacznym stopniu ocenę Uczelni, która będzie później rozpowszechniana w otoczeniu.

# Symposium „Eozynofilie – przyczyny, rozpoznawanie, leczenie”

Eozynofilia w codziennej praktyce lekarskiej stanowi istotny problem diagnostyczno-terapeutyczny. Najczęstszą przyczyną eozynofilii są choroby alergiczne, pasożytnicze, nowotworowe oraz choroby skóry. Ze względu na interdyscyplinarny charakter problemu konieczne jest stałe podnoszenie kwalifikacji lekarzy różnych specjalności w tym zakresie.

W sobotę 2 grudnia 2006 roku w sali wykładowej Zakładu Medycyny Sądowej AMG odbyło się sympozjum „Eozynofilie – przyczyny, rozpoznawanie, leczenie”, zorganizowane przez Klinikę Alergologii AMG, Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Alergologicznego oraz Oddział Pomorski Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc. Kierownikiem naukowym sympozjum była dr hab. Ewa Jassem, prof. AMG, kierownik Kliniki Alergologii Katedry Pneumonologii i Alergologii AMG.

Uczestników sympozjum powitał prof. Jan Marek Słomiński, kierownik Katedry Pneumonologii i Alergologii AMG, prorektor ds. dydaktyki AMG.

Wśród zaproszonych wykładowców byli wybitni specjaliści w omawianej dziedzinie. Wykład inauguracyjny pt. „Eozynofilie płucne” wygłosiła prof. Elżbieta Wiatr z III Kliniki Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Po wprowadzeniu słuchaczy w podstawy zagadnienia, szczegółowo omówiła postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w przypadku zespołu Churga–Strauss oraz aspergillozy oskrzelowo-płucnej.

Następnie prof. Andrzej Hellmann, kierownik Kliniki Hematologii AMG, prorektor ds. nauki AMG przedstawił wykład pt. „Zespół hipereozynofilowy/przewlekła białaczka eozynofilowa”. Omówił w nim przyczyny eozynofilii oraz różnicowanie zespołu hipereozynofilowego (idiopatycznego, zespołu limfoproliferacyjnego i białaczki eozynofilowej).

Pierwszą część sympozjum zakończył wykład dr med. Alicji Siemińskiej, adiunkta Kliniki Alergologii AMG. Tematem wykładu był zespół hiper-IgE. Autorka przedstawiła postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne oraz prezentację dwóch przypadków omawianego zespołu. Uzupełnieniem wykładu była dodatkowa prezentacja przypadku przedstawiona przez prof. Elżbietę Wiatr, dotycząca chorego hospitalizowanego w Instytucie Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie.

Problemy oddechowe w pierwotnych zaburzeniach odporności u dzieci były przedmiotem wykładu, który po przerwie przedstawiła prof. Anna Bręborowicz z Kliniki Pneumonologii Dziecięcej Akademii Medycznej w Poznaniu. Omówiła w nim obronne mechanizmy układu oddechowego, klasyfikację zmian w układzie oddechowym w przebiegu pierwotnych niedoborów odporności (PNO), zmiany w układzie oddechowym w wybranych PNO oraz diagnostykę zmian płucnych w PNO. Dr med. Teresa Małaczyńska, ordynator Oddziału Przewlekłych Chorób Płuc i Alergii Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Gdańsku, przewodnicząca Oddziału Gdańskiego Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, omówiła zastosowanie wykonywania pomiarów tlenu azotu w wydychanym powietrzu jako markera zapalenia eozynofilowego w astmie.

Sympozjum zakończyła prezentacja dr med. Iwony Damps-Konstańskiej, adiunkta Kliniki Alergologii AMG, poświęcona eozynofilii w materiale Kliniki Alergologii. Autorka przedstawiła przyczyny eozynofilii wśród 64. hospitalizowanych chorych (alergia na jad owadów błonkoskrzydłych, astma oskrzelowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc, zapalenie zatok, alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych, atopowe zapalenie skóry, nadreaktywność oskrzeli, zespół hipereozynofilowy, choroba

Churga–Strauss, alergiczny nieżyt błony śluzowej nosa, polipy nosa, nadwrażliwość na leki, nietolerancja pokarmów), a następnie omówiła dwa przypadki z omawianej grupy chorych. Pierwszy dotyczył aspergillozy oskrzelowo-płucnej, drugi zespołu Churga–Strauss.

W sympozjum wzięło udział 117 lekarzy różnych specjalności (alergologów, pneumonologów, internistów, pediatrów). Z uwagi na duże zainteresowanie, zdecydowaliśmy udostępnić prezentacje omawianych przypadków na internetowej stronie Kliniki Alergologii: [www.alergologia.amg.gda.pl](http://www.alergologia.amg.gda.pl).

dr med. Marta Chełmińska

## Kaliningradzcy studenci uczą się w AMG

Dwie grupy w dniach 28.01–2.02 oraz 4.02–9.02, każda licząca dwudziestu studentów wraz z dwoma wykładowcami z Państwowego Uniwersytetu Rosji im. Immanuela Kanta w Kaliningradzie gościło w Akademii Medycznej w Gdańsku. W ramach umowy międzyuczelnianej kaliningradzcy studenci uczestniczą w zajęciach z anatomii, organizowanych przez Zakład Anatomii i Neurobiologii AMG. Tematem ćwiczeń jest szeroko pojęty narząd ruchu: od osteologii, poprzez miologię, budowę i funkcje stawów, angiologię i układ nerwowy obwodowy. Zajęcia odbywają się od poniedziałku do piątku w cyklach przedpołudniowych i popołudniowych. Drugi tydzień zajęć, w którym udział wezmą ci sami studenci, planowany jest na początek lipca 2007 r., a jego tematem będą narządy wewnętrzne.

Strona rosyjska pokrywa wszystkie wydatki związane z pobytami studentów i z zabezpieczeniem technicznym ćwiczeń. Przybyli nauczyciele zapoznają się z organizacją dydaktyki i zapleczem anatomicznym w AMG. Obecnie na Uniwersytecie im. Kanta w Kaliningradzie trwają przygotowania do utworzenia zakładu anatomii.

Oprócz regularnej wymiany studentów umowa podpisana przez rektorów obu uczelni obejmuje ponadto: realizację projektów skierowanych na opracowanie praktycznych form kształcenia; tworzenie podstaw prawnych dla wzajemnego uznawania dokumentów o stosownym wykształceniu otrzymywanych przez studentów w swoich uniwersytetach; wymianę kadry profesorsko-nauczycielskiej do pracy w uczelni partnerskiej; realizację wspólnych projektów w zakresie przygotowania prac dyplomowych; opracowanie wspólnych projektów i przygotowanie wspólnych wniosków do organizacji udzielających wsparcia finansowego; pomoc w realizacji nauczania praktycznego w kraju partnerskim; włączenie działalności nauczycieli do szerszej współpracy kulturalnej, prowadzenie wspólnych zajęć seminaryjnych i spotkań służbowych, a także utworzenie struktury administracyjnej, której zadaniem będzie zapewnienie warunków i organizacja przyjęcia przedstawicieli stron oraz organizacja ich pracy w kraju przyjmującym.

prof. Roman Nowicki  
rzecznik AMG

# O konieczności szczepienia przeciwko grypie

Do napisania tego tekstu skłoniła mnie informacja, którą udzieliła mi dr Grażyna Dijakiewicz, dyrektor Centrum Medycyny Rodzinnej AMG. Okazuje się, że zainteresowanie szczepieniem przeciwko grypie ze strony pracowników AMG, będących pod opieką Centrum, jest niewielkie. Centrum nadal dysponuje znaczną ilością szczepionek, które w przyszłym okresie szczepień, w drugiej połowie 2007 roku, będą już nieaktualne. Jest to informacja, przynajmniej dla mnie, bulwersująca, szczególnie w świetle raportu amerykańskiego Komitetu Doradczego ds. Kontroli Zakażeń w Ochronie Zdrowia (HICPAC) oraz Komitetu Doradczego ds. Szczepień Ochronnych (ACIP). Opracowanie oparte na tym raporcie zostało opublikowane w Internecie: „Medycyna Praktyczna – portal dla lekarzy” w dniu 4.12.2006 r. Z tego raportu wynika, że problem szczepienia się personelu medycznego jest, nawet w USA, nie rozwiązany, gdyż mimo iż udowodniono, że szczepienie przeciw grypie jest korzystne, odsetek zaszczepionych pozostaje poniżej 50%. Konieczność szczepień personelu medycznego wynika, zdaniem autorów raportu z tego, że jest to grupa zawodowa, z jednej strony szczególnie zagrożona kontaktami z chorymi na grypę, a z drugiej strony sama, po zachorowaniu na grypę, może stać się zagrożeniem dla pacjentów. Jest to stwierdzenie dość oczywiste i można się tylko dziwić, że tak wielu nie uświadamia sobie tego. Jedną z przyczyn, jak się wydaje, jest niewystępowanie w ostatnich latach większej epidemii grypy. W zeszłym roku media na świecie, w tonie nieco sensacyjnym, zapowiadały wystąpienie nawet pandemii wywołanej tzw. ptasią grypą, która pojawiła się na Dalekim Wschodzie. Wywołało to takie wrażenie zagrożenia w naszym społeczeństwie, że w polskich aptekach zabrakło szczepionek przeciw grypie. Na szczęście obawy te, rozpowszechniane przez media, nie spełniły się. Jednak to jeszcze bardziej wzmocniło poczucie braku zagrożenia epidemią grypy. Niewątpliwie ostatni okres bez epidemii grypy w dużym stopniu zawdzięczamy coraz szerszemu stosowaniu szczepień przez część, niestety mniejszość, naszego społeczeństwa. Jednak, jak uczy historia medycyny a epidemiologii w szczególności, wielkie epidemie a nawet pandemie występują po długich okresach ich braku. Wiąże się to ze zwiększaniem się w danej populacji odsetka ludzi z brakiem odporności na wirusa grypy, co powoduje, że wirus ma szansę szybkiego i szerokiego rozprzestrzeniania się. Takiemu zagrożeniu zapobiec może tylko skuteczna akcja szczepień. Trudności w jej szerokim rozwinięciu wynikają z różnych przyczyn, ale jedna z istotniejszych to niedoinformowanie społeczeństwa, w tym i środowiska pracowników służby zdrowia. Szczepionki są łatwo dostępne, nie tylko dla pracowników AMG, o czym wyżej wspominałem. Cena nawet bez refundacji jest relatywnie niska, mimo iż szczepionki są importowane, a produkowane jedynie przez ośrodki o wysokiej renomie międzynarodowej, m.in. przez Instytut Pasteura w Paryżu. Ponadto produkcja szczepionek jest nadzorowana przez odpowiednie agendy WHO, a skład antygenowy jest co roku dostosowywany do aktualnego zagrożenia nowo zidentyfikowanymi odmianami wirusa grypy. Nowe technologie przygotowywania szczepionki doprowadziły do tego, że niepożądane odczyny po podaniu szczepionki są minimalne lub całkowicie wyeliminowane. Które z nich są w tym względzie najlepsze, nie wypada mi pisać, abym nie był poświadczony o krypto reklamę, ale farmaceuci chętnie o tym informują. Praktycznie nie ma przeciwwskazań do podawania szczepionki. Jak informują autorzy wspomnianego raportu amerykańskiego ani zawansowany wiek, ani przewlekłe schorzenia, ani ciąża nie są przeciwwskazaniem. Niestety, jak się przekonałem, niedoinformowani lekarze odradzają szczepienia pa-

cientom, dla których nie ma przeciwwskazań, a zakażenie grypą może mieć dla nich katastrofalne skutki. Zalecany okres szczepień to miesiące: październik i listopad. Jednak również po tym czasie szczepienie jest wskazane, a nawet w okresie epidemii, jeśli do tego czasu uniknęło się zakażenia. Wysokie miano przeciwciał uzyskuje się już około 2 tygodnie po zaszczepieniu. Tak więc jest ciągle odpowiedni czas do zaszczepienia się przeciw grypie, tym bardziej, że epidemia jak dotąd jeszcze nie wystąpiła. Jak wykazały obszernie badania nad efektem szczepienia przeciw grypie na cały układ odpornościowy człowieka, przeprowadzone w naszej Katedrze przez dr. Piotra Trzonkowskiego, szczepienie to ma ogólnostymulujące działanie, również u ludzi w podeszłym wieku. Jest więc ono immunostymulatorem, który nie tylko zwiększa odporność swoistą przeciw wirusom grypy, ale nieswoiście mobilizuje organizm do zwalczania różnego rodzaju infekcji. Przy czym, korzystne efekty szczepienia uwidaczniają się szczególnie przy corocznym ich stosowaniu. Tak więc jest cały szereg wskazań, aby się szczepić przeciw grypie, a w odniesieniu do pracowników służby zdrowia, winno być ono wręcz obowiązkowe. Korzyść wydaje się oczywista tak dla pracowników, jak i pracodawcy, przez redukcję absencji chorobowej personelu. Ten drugi czynnik powoduje, że jak wynika z wyżej wspomnianego raportu HICPAC i ACIP, wiele instytucji działających w USA w ramach służby zdrowia szczepi swoich pracowników bezpłatnie, co z pewnością im się opłaca.

prof. Andrzej Myśliwski

## Kadry ACK

### Jubileusz długoletniej pracy w ACK obchodzą

#### 20 lat

Janina Banaszewska  
dr med. Tamara Czajkowska-Łaniecka  
Jerzy Serwatka  
Elżbieta Siemko

#### 25 lat

Lucyna Dwojewska  
mgr Anastassia Kalogridou  
Wiesława Krzysztofek  
Barbara Rekowski

#### 30 lat

mgr Barbara Koniecko  
mgr Iwona Lasek  
Jadwiga Siuda  
Zofia Stosio

#### 35 lat

Danuta Przybycień  
Jadwiga Tworzydłak  
Elżbieta Wilke

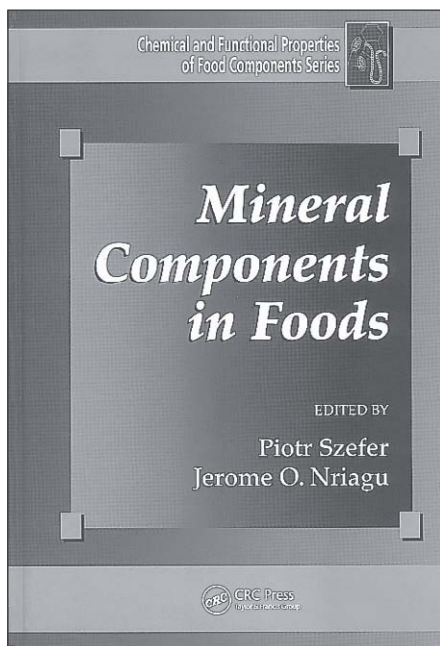
#### 40 lat

Jan Piórek

#### 45 lat

Krzysztof Szymański

# Polecamy czytelnikom



Na początku tego roku ukazała się książka pt. „Mineral Components in Foods” wydana przez renomowaną oficynę wydawniczą CRC Press – Taylor & Francis. Redaktorami monografii są prof. Piotr Szefer z naszej Uczelni i prof. Jerome O. Nriagu z Michigan University, wybitny uczony i redaktor naczelny jednego z najbardziej renomowanych czasopism światowych, tj. *The Science of the Total Environment* (Elsevier) oraz najczęściej cytowany na świecie autor w zakresie wpływu środowiska na zdrowie (ang. *environmental health*).

Aż 7 rozdziałów (spośród ogólnej liczby 13) zostało przygotowanych przez specjalistów z Polski (prof. dr hab. inż. M. Biżuk, prof. dr hab. B. Szteke, prof. dr hab. inż. J. Szpunar, prof. dr hab. M. Nabrzyski i prof. dr hab. P. Szefer). Prof. dr hab. P. Szefer jest nie tylko współredaktorem ale także autorem lub współautorem 3. rozdziałów stanowiących ogółem połowę całego opracowania, liczącego 480 stron. Na szczególną uwagę zasługuje rozdział 4, w którym autor po raz pierwszy w literaturze światowej scharakteryzował możliwości zastosowań metod

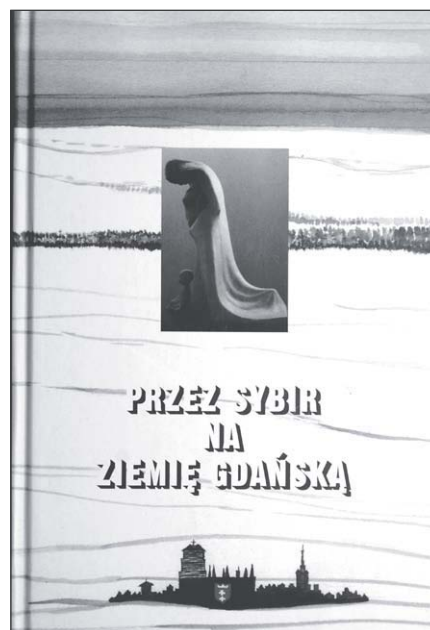
chemometrycznych w ocenie jakości zdrowotnej oraz zafałszowania żywności, prezentując również swoje bardzo znaczące osiągnięcia.

Recenzowana monografia jest pierwszym tego typu opracowaniem z zakresu bromatologii przybliżającym czytelnikowi w sposób wyczerpujący wiele kluczowych zagadnień związanych z występowaniem makro- i mikroelementów jako składników odżywczych żywności oraz pierwiastków toksycznych przedostających się do niej w postaci zanieczyszczeń.

Najogólniej rzecz ujmując, książka „Mineral Components in Foods” przybliży czytelnikowi aktualny stan wiedzy nt. rozmieszczenia, specjacji, roli oraz wzajemnych oddziaływań synergistycznych i antagonistycznych składników mineralnych w różnych surowcach i produktach spożywczych. Ponadto, czytelnik ma sposobność zapoznania się z potencjalnymi zagrożeniami pojawiającymi się w wyniku przedostawania się pierwiastków toksycznych oraz radionuklidów do żywności w czasie jej obróbki technologicznej, pakowania i obrotu.

Książkę można polecić wszystkim tym, którzy interesują się zagadnieniami bromatologicznymi, a w szczególności specjalistom z zakresu chemii żywności, technologii żywności, ekotoksykologii oraz analityki środowiskowej.

Fragmenty recenzji prof. dr. hab. inż. Jacka Namieśnika z Wydziału Chemicznego Politechniki Gdańskiej.



W dniu 19 lutego 2007 roku zmarł w wieku 89. lat

## prof. dr med. Erwin MOZOLEWSKI

asystent, adiunkt, a następnie docent Katedry i Kliniki Otolaryngologii Akademii Medycznej w Gdańsku. Wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, rektor tej Uczelni. Wybitny lekarz i naukowiec o ogromnym dorobku piśmienniczym, twórca nowoczesnej chirurgii w otolaryngologii, wychowawca wielu pokoleń lekarzy otolaryngologów, niekwestionowany autorytet w Polsce i na świecie. Członek honorowy Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi.

„Przez Sybir na Ziemię Gdańską” – taki tytuł nosi praca zbiorowa pod redakcją Cecylii Riedl, prezentująca wspomnienia i relacje zesłańców, którzy swoje losy związali z Ziemią Gdańską. Książka została wydana dzięki zaangażowaniu członków Związku Sybiraków Oddział Gdańsk. Pracownicy Akademii Medycznej w Gdańsku znajdują w niej, między innymi wspomnienia prof. Stefana Angielskiego, prof. Grażyny Świąteckiej, prof. Zygmunta Chodorowskiego i prof. Aliny Taylor oraz zdjęcia z rodzinnych archiwów autorów wspomnień. Informacje o możliwości zakupu książki można uzyskać u prof. Stefana Angielskiego pod nr. tel. 349 27 83.

## Towarzystwa

### Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Otorynologów Chirurgów Głowy i Szyi

zaprasza na zebranie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się w dniu 3 marca 2007 r. (sobota) o godz. 10.00 w sali wykładowej im. L. Rydygiera, Gdańsk, ul. Dębinki 7. W programie:

1. *Histimerck – badanie EVHJ* – Dyssarz, MERC sp. z o.o.
2. *Rak krtani u osób do 45. roku życia* – K. Poławska
3. *Czerniak złośliwy nosa i zatok przynosowych* – B. Mikaszewski, A. Skorek, W. Skrzypczak
4. *Onkologia w otorynologii – przegląd piśmiennictwa za 2006 r.* – W. Narożny, D. Stodulski
5. *Nerwiak krtani u chorej leczonej z powodu mnogich oponiaków* – W. Sierszeń, B. Kowalska, C. Stankiewicz
6. *Odma śródpiersiowa jako powikłanie operacji migdałków u dziecka* – D. Jesikiewicz, S. Piotrowski.

— — —

### Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych Oddział Regionalny w Gdańsku oraz Polskie Towarzystwo Neurologiczne Oddział Gdańsko-Elbląski wraz z firmą Janssen-Cilag

zapraszają na zebranie naukowo-szkoleniowe w dniu 24 marca 2007 r. o godz. 11.00 do Hotelu Nadmorskiego w Gdyni. W programie:

1. *Bóle głowy migrenowe u dorosłych* – dr hab. J. J. Roźnięcki, Katedra i Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
2. *Bóle głowy migrenowe u dzieci* – dr E. Pilarska, Klinika Neurologii Rozwojowej Katedry Neurologii AMG.

— — —

### Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

zaprasza w dniu 4 kwietnia 2007 r. (środa), o godz. 17.00 do Dużej Sali Wykładowej Wydziału Farmaceutycznego AMG (Gdańsk, al. Gen. J. Hallera 107), na zebranie naukowo-szkoleniowe zaliczane do punktacji kształcenia ustawicznego (2 punkty edukacyjne). W programie:

**Szkodliwe substancje pomocnicze w lekach** – prof. R. Piękoś z Katedry i Zakładu Chemii Nieorganicznej AMG.

— — —

### Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej

zaprasza na posiedzenie naukowo-szkoleniowe w dniu 13 kwietnia 2007 r. o godz. 9.00 do sali wykładowej Pomorskiego Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy, ul. Smoluchowskiego 18. W programie:

1. Zebranie sprawozdawczo-wyborcze Oddziału – wybór władz Oddziału i delegatów na Walny Zjazd we Wrocławiu.
2. *Problemy wewnątrzlaboratoryjnej kontroli czasu protrombinowego* – dr M. Wróblewska, Katedra Biochemii Klinicznej, Zakład Medycyny Laboratoryjnej AMG oraz mgr A. Fijałkowska, Kolegium Medycyny Laboratoryjnej
3. Firma Ortho-Clinical Diagnostics przedstawi ciekawą ofertę odczynnikowo-aparaturową.

— — —

### Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne

organizuje w dniach 1–2.06.2007 r. Ogólnopolską Konferencję Psychoonkologiczną. W programie:

1. Problemy psychoonkologiczne pacjentów w podeszłym wieku
2. Reakcje psychiczne na objawy somatyczne (ból, zmęczenie) – Farmakoterapia – Reakcje psychiczne na leczenie onkologiczne

- Psychofarmakoterapia – interakcje
  - 3. Problemy psychoonkologiczne dzieci i młodzieży
  - 4. Problemy rodzin chorych dorosłych oraz dzieci i młodzieży.
  - 5. Stres pracy personelu medycznego
- Szczegółowe informacje pod adresem: <http://www.ptpo.org.pl>

## Konferencje

Katedra i Zakład Chemii Fizycznej Wydziału Farmaceutycznego AMG oraz Katedra Chemii Nieorganicznej Wydziału Chemicznego PG organizują

### XIII Ogólnopolskie Sympozjum Związków Krzemooorganicznych

które odbędzie się w dniach 17–19 września 2007 r. w Chmielnie i poświęcone będzie chemii molekularnych i makromolekularnych związków krzemu. Szczegółowe informacje na stronie: [www.amg.gda.pl/konferencje/krzem](http://www.amg.gda.pl/konferencje/krzem)

Patronują: JM Rektor AMG prof. Roman Kaliszan oraz JM Rektor PG prof. Janusz Rachoń.

— — —

Zakład Etyki, Bioetyki i Deontologii AMG  
zaprasza do udziału w

### I Ogólnopolskiej Konferencji „Nauczanie etyki w uczelniach medycznych”

która odbędzie się w dniach 28–19 września 2007 r. Celem konferencji jest wymiana doświadczeń poszczególnych uczelni medycznych w zakresie programów i metod nauczania etyki, jak również sposobów kształtowania postaw etycznych studentów oraz nabywania przez nich umiejętności rozwiązywania w praktyce problemów etycznych.

Do rady programowej zostali zaproszeni: prof. Tadeusz Brzeziński, prof. Barbara Chyrowicz SSpS, prof. Bohdan Dziemidok, prof. Włodzimierz Galewicz, prof. Alicja Przyłuska-Fischer, prof. Stefan Raszeja, prof. Zbigniew Szawarski, prof. Kazimierz Szewczyk, ks. prof. Andrzej Szostek MIC, prof. Karol Toeplitz, prof. Edward Witek, prof. Mariusz Żydowo. Protektorat honorowy nad konferencją objął JM Rektor AMG prof. Roman Kaliszan.

Tematyka konferencji:

1. Cele, zadania i potrzeby nauczania etyki w uczelniach medycznych
2. Zakres nauczania etyki na poszczególnych kierunkach studiów medycznych:
  - programy nauczania etyki dla poszczególnych kierunków studiów medycznych
  - proporcje tematyczne: etyka ogólna, bioetyka, deontologia lekarska
  - ogólnospołeczne problemy i zagrożenia etyczne w programach etyki dla studentów medycyny (etyka w nauce, korupcja, konflikt interesów itp.)
3. Metody nauczania
  - przegląd metod i ich ocena
  - ocena jakości i wyników nauczania

Informacje o konferencji na stronie [www.etyka.amg.gda.pl](http://www.etyka.amg.gda.pl)

— — —

W dniu 15 marca 2007 r. o godz. 12.00, w auli im. prof. Jerzego Morzyckiego Międzywydziałowego Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej AMG w Gdyni, ul. Powstania Styczniowego 9b, odbędzie się wspólne posiedzenie Komisji Medycyny Morskiej i Tropikalnej PAN, Polskiego Towarzystwa Medycyny Morskiej i Tropikalnej oraz Polskiego Towarzystwa Parazytologicznego, podczas którego zostanie wygłoszony referat

**Prof. dr hab. Czesław Zwierz – patriota, lekarz, badacz, nauczyciel, inspirator rozwoju medycyny tropikalnej w Polsce oraz wielki przyjaciel**, – dr W. Nahorski, prof. Z. Wegner, prof. Przemysław Myjak.

# Symposium poświęcone pamięci dr A. Gabrysiak

W dniu 17 lutego br. Katolickie Stowarzyszeniem Lekarzy Polskich Oddział Gdańsk zorganizowało symposium poświęcone pamięci dr Aleksandry GABRYSIAK. Prof. dr hab. med. Grażyna Świątecka wygłosiła wykład pt. „Postawa dr Aleksandry Gabrysiak wyzwaniem dla kolejnych pokoleń medycznych”. W forum dyskusyjnym moderowanym przez prorektora ds. dydaktyki prof. Jana Marka Słomińskiego głos zabrały prof. Janina Suchorzewska, prof. Grażyna Świątecka, dr Józefa Przeździak i dr Ewa Nowakowska. Niestety zabrakło głosu studentów, którzy nie pojawili się na tym bardzo ciekawym spotkaniu. W symposium wziął udział rektor AMG prof. Roman Kaliszan.

prof. Roman Nowicki  
rzecznik AMG

## Nagroda im. Doktor Aleksandry Gabrysiak

W dniu 28.01.2007 r. Gdyńskie Hospicjum św. Wawrzyńca za inaugurowało obchody 20-lecia działalności. Podniosła uroczystość miała miejsce w kościele NMP w Gdyni przy ul. Świętojańskiej. Mszy św. przewodniczył ks. abp dr Tadeusz Gocłowski. Zespół Muzyki Dawnej Cappella Gedanensis pod batutą prof. Aliny Kowalskiej-Pińczak sprawował oprawę muzyczną, a po nabożeństwie dał przepiękny koncert kołęd.

W czasie tego ważnego i historycznego wydarzenia dla Gdyni i Ruchu Hospicyjnego została wręczona dr. Mirosławowi Pietrzakowi Nagroda im. Doktor Aleksandry Gabrysiak za rok 2005 przez przewodniczącą Kapituły prof. Grażynę Świątecką i przewodniczącą OIL w Gdańsku dr. Krzysztofa Wójcikiewicza.

Po odebraniu nagrody dr M. Pietrzak wygłosił podziękowanie, powiedział m.in.:

Szczerze wzruszony – z całego serca dziękuję za to prestiżowe w naszym środowisku medycznym wyróżnienie [...] Przed kilkoma laty, gdy odbieraliśmy wspólnie – wszyscy lekarze gdyńskiego hospicjum – tę nagrodę za rok 2001, powiedziałem, że jest to wielki zaszczyt i wyzwanie – tak dzisiaj powtarzam – to dar i zadanie, trudne zadanie, bo Patron Nagrody, to wzór niedościgły, więcej, staje się naszym wyrzutem i zawstyżeniem.

A cóż mówi do mnie, do nas wszystkich, sama Doktor Ola – to słowa z jej pamiętników: „... Panie, proszę Cię, abym otrzymując takie słowa pochwalne od ludzi, nie popadła w pychę, bo przecież to Twoja działalność we mnie, a nie moja, biednego słabego człowieka”.

Nagroda, którą otrzymałem jest za rok 2005 – a to rok 20-lecia mojej pracy zawodowej. Dlatego pragnę podziękować moim profesorom – prawdziwym Mistrzom, którzy kształtowali postawę lekarza – Drodzy Profesorowie, z pokorą chylę przed Wami czoło. W tym miejscu pragnę gorąco podziękować prof. Barbarze Śmiechowskiej i prof. Zenonowi Ganowiakowi, to dzięki Waszej wspierającej postawie w latach stanu wojennego nie zostałem relegowany z uczelni i mogłem ukończyć studia medyczne. Dziękuję śp. prof. Witoldowi Tymińskiemu i prof. Eugenii Częstochowskiej, kierownikom moich specjalizacji.

Trzymam w ręku 6 róż, są wyrazami wdzięczności. Pierwszą składam śp. ks. Eugeniuszowi Dutkiewiczowi za to, że nauczył mnie trwać przy chorym. Drugą przekazuję obecnemu dyrektorowi

## Kadry AMG

### Na stanowisko profesora zwyczajnego przeszedł

prof. dr hab. farm. Jerzy Łukasiak

### Na stanowisko profesora nadzwyczajnego przeszedł

dr hab. Walenty Nyka

### Na stanowisko adiunkta przeszli:

dr n. med. Włodzimierz Kuta

dr n. med. Ewa Stelmańska

### Z Uczelni odeszli:

dr hab. Roman Korolkiewicz

dr med. Piotr Skarzyński

### Powierzono funkcje:

z dniem 1.02.2007 r. funkcję kierownika Zakładu Toksykologii i Farmakologii Klinicznej Międzywydziałowego Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej – dr. hab. med. Ivanowi Kocićowi, z dniem 31.01.2007 r. zaprzestano pełnić funkcję p.o. kierownika Zakładu Toksykologii i Farmakologii Klinicznej Międzywydziałowego Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej dr n. farm. Renata Wiglusz

z dniem 1.02.2007 r. funkcję kierownika Kliniki Chorób Zawodowych i Wewnętrznych Międzywydziałowego Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej – dr. hab. med. Bogdanowi Jareminowi

z dniem 1.02.2007 r. funkcję kierownika Zakładu Kardioanestezjologii Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii – dr. hab. Romualdowi Lango

### Zmiany na stanowiskach kierowniczych w grupie pracowników nie będących nauczycielami akademickimi:

z dniem 1.01.2007 r. dr n. med. Wiesław Mickiewicz powierzone stanowisko kierownika Działu – Uczelnianego Biura Rekrutacyjnego

### Na emeryturę przeszli:

Zofia Kaźmierkiewicz

Gabriela Żakowska

### Jubileusz długoletniej pracy w AMG obchodzą:

#### 20 lat

dr med. Bogumiła Cynowska

#### 25 lat

Stanisław Miech

#### 30 lat

Jolanta Ceglarska

#### 40 lat

Maria Kroll

prof. dr hab. Jadwiga Roszkiewicz

□

wi ks. Grzegorzowi jako dowód wdzięczności nas wszystkich za Twój trud i poświęcenie. Trzecia jest dla Pani prof. Świąteckiej, która sprawiła, że odkryłem tę niezwykłą postać, jaką jest Doktor Aleksandra Gabrysiak. Czwartą przekazuję, wdzięczny za wszelki dobro, które czyni od wielu lat, od początku Gdyńskiego Hospicjum – kochanej Uli – Pani mgr Bławat. A piątą za wieloletnią przyjaźń, która trwa mimo upływu tylu lat – dla Piotra (dr Kurka) i Jarka (Jarosław Wojciechowski). Szóstą wreszcie składam – bez słów – żonie. Drodzy moi, pozwólcie, że złożę te róże u stóp Pani Gdyńskiej NMP i ofiaruję to wszystko, co nas stanowi.

□

## Szósty Bal Karnawałowy Pracowników AMG



Pod patronatem rektora prof. Romana Kaliszana w dniu 17 lutego 2007 roku odbył się Szósty Bal Karnawałowy Pracowników AMG. Na balu w siedzibie tzw. Starej Anatomii bawiło się ponad 270 osób. Dobra muzyka i pyszne jedzenie zapewniły uczestnikom wyśmienitą zabawę do białego rana.

**Serdecznie dziękujemy za pomoc w organizacji Balu firmie „Puby i Restauracje” sp. z o.o.**





W dniu 29 stycznia br. dzieci pracowników Uczelni bawiły się na balu w stołówce studenckiej przy ul. Dębowej. „Choince noworocznej” tradycyjnie towarzyszyła muzyka, tańce, konkursy z nagrodami. Był także Mikołaj, a zdjęcia wykonane przez rodziców upamiętniły to wydarzenie.



# młodszych

# Bal naj-