



GAZETA

miesięcznik

GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

ISSN 1506-9745

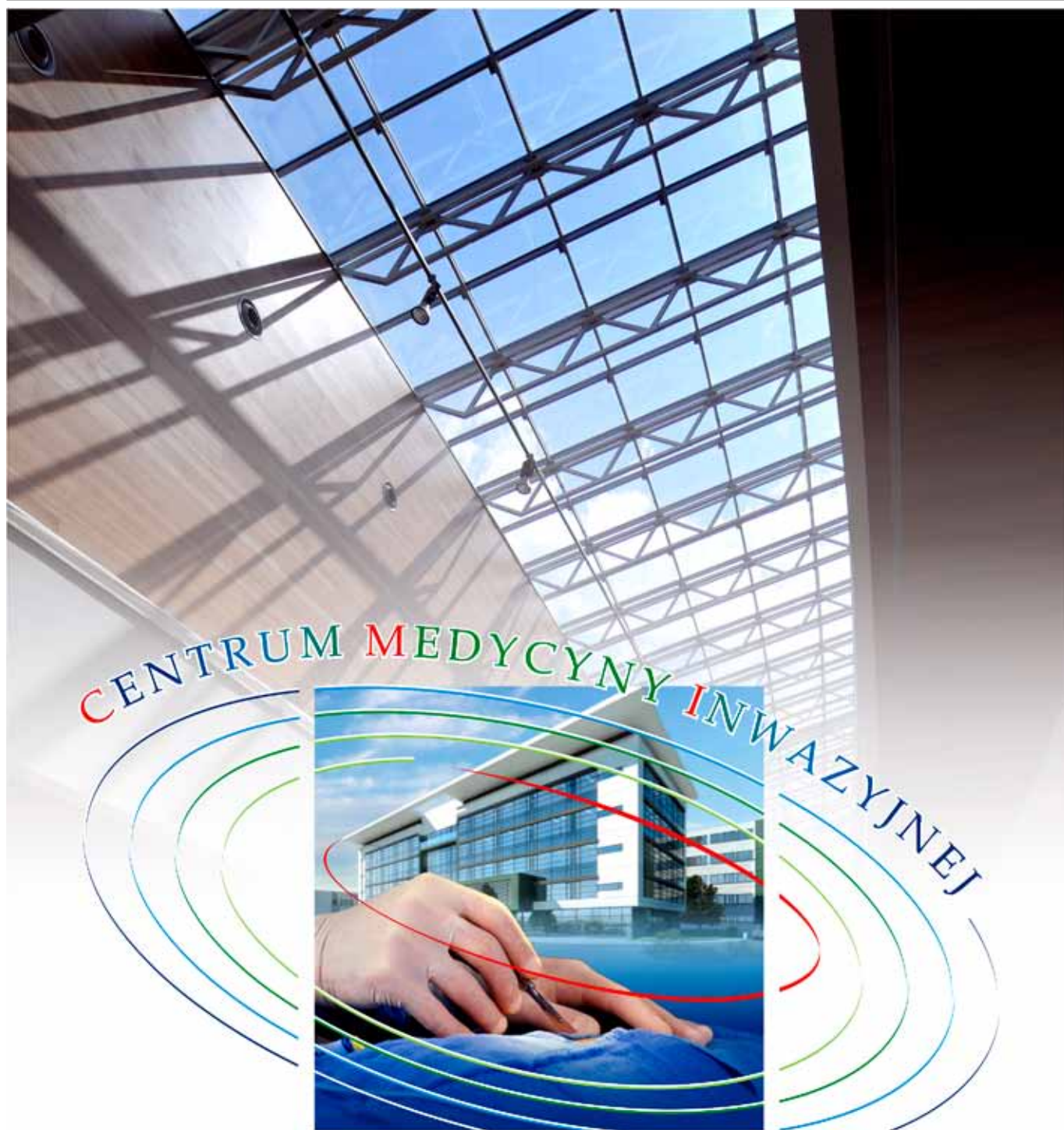


AMG

Rok 21

Wrzesień 2011

nr 8-9 (248-249)



ZAKOŃCZENIE BUDOWY

Z ŻYCIA UCZELNI



Trwa termomodernizacja CBM

str. 6



Paczka z nieba

Pod tym hasłem odbyła się w niedzielę 28 sierpnia br. w Sopocie najnowsza akcja promocyjna kampanii społecznej Dawca.pl (fot. Martyna Grabowska)

<http://www.dawca.pl/aktualnosci/18647,paczka-z-nieba-podsumowanie-akcji>



Nagroda dla dr Natalii Bednarz

Dr Natalia Bednarz z Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG-GUMed uzyskała nagrodę Prezesa Rady Ministrów za rozprawę doktorską *Characterization of genetic aberrations potentially involved in prostate cancer cell dissemination*.

Dr Bednarz obroniła pracę w lutym 2010 roku, a wykonywała ją pod opieką prof. Krzysztofa P. Bielawskiego (kierownika Pracowni Diagnostyki Molekularnej MWB UG-GUMed) oraz prof. Burkharda Brandta (University Medical Center Hamburg-Eppendorf).



Lek. Łukasz Balwick oraz Wioleta Tomczak – studentka zdrowia publicznego GUMed uczestniczyli w szóstej edycji programu organizowanego przez Institute for Global Tobacco Control

str. 27



W numerze...

Budowa CMI zakończona!	3
Z Senatu GUMed.	4
Rozwiązaliśmy sprawę zobowiązań	5
Projekty rozwojowe Uczelni.	6
7 PR nie tylko dla wybranych	12
Wycieczka Seniorów GUMed do Lwowa	12
Nowy sprzęt dla GUMed.	13
Młodzieżowe Spotkania z Medycyną	13
Sieć Naukowa GUMed i UG	13
Światowy Dzień Serca w Sopocie.	13
Ruszył nabór do programów	14
Symposium bioetyczne w Coimbrze	15
Różne problemy współautorstwa (cz. 3)	16
Rozwój żagle nauki – warsztaty	18
Praktyki przemysłu tytoniowego	27
Sesja poświęcona śp. Prof. S. Janickiemu.	28
Nawiązanie współpracy naukowej	29
Warto przez chwilę poczuć się Bogiem.	30
Zarządzanie ryzykiem	32
Pomorski model zintegrowanej opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP	34
Rekrutacja na studia doktoranckie	34
Qui pro quo	35
Nowi doktorzy	36
Sukces młodego kardiologa	36
Wspomnienie o M. Dżdże-Litwinowicz	37
Projekt ustawy o izbach lekarskich	38
Informacja dla pracowników Uczelni przechodzących na emeryturę lub rentę	39
Mitologia i medycyna (3)	40
Siatkarskie podium dla naszych lekarzy	41
Kadry GUMed i UCK	42
Kalendarium rektorskie	42
Krajowe Centrum Diagnostyki i Leczenia Hipercholesterolemii Rodzinnej.	43

GAZETA AMG

Redaguje zespół: Marek Bukowski, Katarzyna Dorocińska, Brunon Imieliński, Wiesław Makarewicz (red. naczelny), Marta Mróz, Roman Nowicki (rzecznik prasowy GUMed), Renata Ochocka, Wawrzyniec Paluch, Krzysztof Sworeczak, Joanna Śliwińska, Jolanta Świerczyńska-Krok, Lubomira Wengler, Tomasz Zdrojewski, Krystyna Frysztak (sekr. red.), Tadeusz Skowryra (red. techn.), współpraca graficzna Sylwia Scisłowska. Fot. Zbigniew Wszeborowski

Adres redakcji: Gazeta AMG: Biblioteka Główna GUMed, Gdańsk, ul. Dębinki 1, tel. 58-349-14-83; e-mail: gazeta@gumed.edu.pl; www: <http://www.gazeta.gumed.edu.pl>. Drukarnia Wydawnictwa „Bernardinum” Sp. z o.o., Pelplin. Nakład 850 egz.

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

Warunki prenumeraty:

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

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

Rektor w imieniu Senatu
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
oraz Dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
zapraszają na uroczystość zakończenia budowy

CENTRUM MEDYCYNY INWAZYJNEJ GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

Uroczystość odbędzie się
16 września 2011 roku o godzinie 12.00,
wejście od ul. Smoluchowskiego.

Budowa Centrum Medycyny Inwazyjnej zakończona!

Gdy w 2008 roku rozpoczynaliśmy budowę Centrum Medycyny Inwazyjnej, zapewne niewiele osób było przekonanych, iż tak szybko zostanie ona zakończona. Śledząc inwestycje w ochronie zdrowia, które toczą się od kilkunastu do ponad 35 lat trudno uwierzyć, że 16 września 2011 roku odbieramy ogromny budynek gotowy do przyjęcia aparatury medycznej i wyposażenia niezbędnego dla wyspospecjalistycznego szpitala. Na chwilę obecną jest to najnowocześniejszy obiekt w Polsce. Nie zamierzam zanudzać Czytelnika opowieściami o problemach, z jakimi borykaliśmy się w trakcie budowy, ale chciałbym podkreślić bardzo mocno, iż nie byłoby tego budynku, gdyby nie olbrzymia życzliwość i pomoc premiera Donalda Tuska oraz ministra zdrowia Ewy Kopacz, za którą bardzo dziękuję. W tym miejscu pragnę też podziękować Markowi Langowskiemu, kanclerzowi naszej Uczelni oraz kierowanemu przez niego zespołowi ludzi za ogrom pracy i zdrowia, jakie poświęcili tej inwestycji.

Na etapie projektowania budynku, kiedy kierownicy jednostek organizacyjnych mieli wpływ na kształt przyszłych oddziałów, chyba nie wszyscy potraktowali serio prośbę o zgłaszanie uwag czy sugestii. Myślę, że znaczna liczba spośród kierowników nie wierzyła, iż w trakcie swojej pracy doczekają się przeniesienia i rozpoczęcia działalności w nowej lokalizacji. Tym bardziej jest mi miło, iż kończąc prace budowlane, mogą oficjalnie rozpocząć przedostatni etap, czyli wyposażanie i przygotowywanie nowego Szpitala do pracy.

Szpital jest prawie ukończony, brakuje jedynie części wyposażenia i mebli medycznych, by móc z satysfakcją przekazać go personelowi medycznemu i zarządowi szpitala. W najbliższych 3 tygodniach wszystko zostanie zamontowane i uruchomione tak, aby w dniu 8 października br., na inaugurację roku akademickiego w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, Szpital w całości można było wprowadzić w ostatni etap jego przygotowań do pracy. Będzie on polegał na rozruchu technologicznym urządzeń medycznych oraz systemów informatycznych zarządzających pracą i nadzorujących życie pacjentów. Etap ten potrwa około 1,5 miesiąca, a pierwsi pacjenci będą mogli rozpocząć leczenie w Centrum Medycyny Inwazyjnej około 20 listopada br. Tym samym zakończy się pierwsza faza przebudowy bazy szpitalnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Przed nami, mam nadzieję, jeszcze dwa kolejne zadania – kapitalny remont i modernizacja budynków przeznaczonych dla pediatrii oraz budowa nowego szpitala dla dziedzin niezabiegowych.

Ogromnie się cieszę, iż w tak krótkim czasie, dzięki olbrzymiemu wysiłkowi pracowników Uczelni oraz wielkiemu zaangażowaniu firm realizujących projekt możemy dziś zamknąć prace budowlane i odebrać to nowoczesne i piękne Centrum Medycyny Inwazyjnej.

Wszystkim przyszłym pracownikom nowego Szpitala życzę wspaniałej i pełnej satysfakcji pracy, a pacjentom szybkiego powrotu do zdrowia i godnego pobytu w tym Szpitalu.

prof. Janusz Moryś
rektor

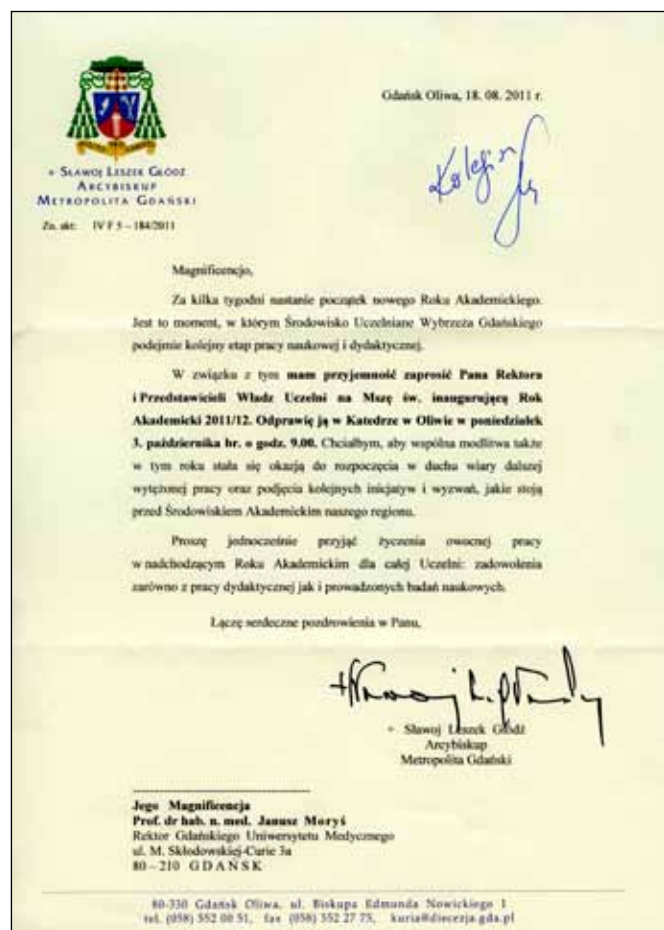
**REKTOR I SENAT
GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU
MEDYCZNEGO
mają zaszczyt zaprosić na
INAUGURACJĘ
ROKU AKADEMICKIEGO
2011/2012**

8 października 2011 r. o godz. 10.00
do sali wykładowej Centrum Medycyny Inwazyjnej
Gdańsk-Wrzeszcz, ul. Smoluchowskiego

W programie:

- Hymn państwowy
- Przemówienie inauguracyjne rektora prof. Janusza Morysia
- Wystąpienie Władz Państwowych i zaproszonych Gości
- Immatrykulacja
- *Gaude Mater Polonia*
- Przemówienie przedstawiciela studentów
- Wręczenie dyplomów oraz medali PRIMUS INTER PARES wyróżniającym się absolwentom
- Wręczenie odznaczeń
- Wykład inauguracyjny
- Prezentacja szpitala Centrum Medycyny Inwazyjnej

O godz. 19 Rektor zaprasza do wspólnej zabawy podczas imprezy integracyjnej w leśniczówce Wróblówka. Bilety do nabycia w Zespole ds. Socjalnych (str. 42).



Z Senatu GUMed

z posiedzenia
w dniu 30 maja 2011 r.

Senat pozytywnie zaopiniował wnioski:

- w sprawie zmiany w składzie Kapituły Medalu „Zasłużonemu Akademii Medycznej w Gdańsku”;
- w sprawie powierzenia dr hab. Cecylii Tukaj funkcji kierownika Zakładu Mikroskopii Elektronowej;
- w sprawie powierzenia dr hab. Elżbiecie Adamkiewicz-Drożyńskiej funkcji kierownika Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii;
- w sprawie mianowania na stanowisko profesora nadzwyczajnego dr hab. Małgorzaty Myśliwiec;
- w sprawie utworzenia Zakładu Toksykologii Klinicznej w strukturze Oddziału Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu.

Senat podjął uchwały w sprawie:

- ustalenia wymiaru pensum dydaktycznego i zasad jego rozliczania w roku akademickim 2011/2012;
- warunków i trybu rekrutacji na I rok studiów w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym w roku akademickim 2012/2013;
- aktualizacji dokumentu „Kierunki Rozwoju Uczelni do roku 2015”. Rektor prof. Janusz Moryś wyjaśnił, że jest to dokument o dość ogólnym zarysie, ale jest niezbędny do prezentowania przy każdej okazji, kiedy Uczelnia ubiega się o pozyskanie środków unijnych oraz jest wymagany zgodnie z zapisami Ustawy prawo o szkolnictwie wyższym, które będą obowiązywać od 1 października;
- zagwarantowania środków na współfinansowanie projektu *Poprawa jakości kształcenia studentów poprzez przebudowę pomieszczeń po przychodni przyklinicznej i wyposażenie nowej pracowni pacjenta symulowanego w GUMed w Gdańsku i APS w Słupsku*;
- uchwalenia regulaminu studiów doktoranckich;
- warunków i trybu rekrutacji na pierwszy rok studiów doktoranckich w roku akademickim 2012/2013;
- przeznaczenia dodatkowych środków pozabudżetowych uzyskanych z opłat od cudzoziemców na zwiększenie wynagrodzeń za nauczanie w języku angielskim w roku akademickim 2011/2012;
- wyrażenia zgody na obciążenie służebnością przesyłu nieruchomości położonych w Gdańsku przy ul. Dębinki 7 – Smoluchowskiego 17;
- wyrażenia zgody na przekazanie sprzętu będącego w inwentarzu klinik na bazie obcej, służącego do wykonania kontraktów z NFZ.

Senat w głosowaniu jawnym jednogłośnie zaakceptował zawarcie umowy o współpracy z University of Milano-Bicocca.

Dyrektor naczelna UCK mgr Ewa Książek-Bator poinformowała senatorów o tym, jak przedstawia się aktualna sytuacja finansowa Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego.

mgr Urszula Skatuba



U progu wakacji Centrum otrzymało od Agencji Restrukturyzacji Przemysłu kolejną, główną transzę pożyczki, o którą się ubiegało. Czy i jak zmieniło to sytuację ekonomiczną UCK?

Tak, istotnie w końcu czerwca Centrum otrzymało drugą ratę pożyczki restrukturyzacyjnej w wysokości 70 mln złotych. Wcześniejsza rata wynosiła 40 mln złotych. Pozwoliło to nam w zasadzie rozwiązać sprawę zobowiązań wymagalnych i przestaliśmy mieć problemy z komornikami i naszymi wierzycielami, którzy tak naprawdę windykowali swoje należności w niekontrolowany przez nas sposób. Oznacza to korzyść finansową dzięki pozbyciu się konieczności pokrywania opłat komorniczych i sądowych. Pozwoliło to również na zawarcie z naszymi wierzycielami strategicznymi odpowiednich nowych umów i porozumień, dzięki którym uzyskaliśmy całkowite lub częściowe umorzenie odsetek. To również dało nam dodatkową korzyść w wysokości około 3 mln złotych. Teraz, dzięki zawartym nowym porozumieniom, mogliśmy wydłużyć terminy płatności i bardzo dbamy o to, aby regulować swoje zobowiązania na bieżąco.

Pozostała, ostatnia transza pożyczki, która mamy nadzieję otrzymać na przełomie września i października, wynosi 15 400 000 złotych. Jej otrzymanie ostatecznie zlikwiduje nasze zobowiązania i również pokryje koszty odpraw będących następstwem zwolnień czy też przejść na emeryturę, które będziemy musieli ponieść.

Otrzymanie pożyczki uwarunkowane było akceptacją przez ARP planu restrukturyzacji. Ten plan nie jest dla UCK łatwy i dlatego na pewno będzie interesować Czytelników jak przebiega jego realizacja?

Plan restrukturyzacji został rozpisany na 15 miesięcy; oceniam, że na do dzisiaj zrealizowaliśmy 40% tego planu. Ze zdarzeń, które miały miejsce lub są w toku, wymienię wydzielanie ze struktury Szpitala do podmiotów zewnętrznych zasobów związanych ze sprzątnięciem, higieną, transportem wewnętrznym, sanitariuszami i in. To powinno nam dać oszczędności w wysokości około 6 mln złotych rocznie. Wydzieliliśmy już ze swojej struktury pralnię i usługi pralnicze, jak również

Rozwiązaliśmy sprawę zobowiązań

z Ewą Książek-Bator, dyrektorką naczelną UCK GUMed

rozmawia prof. Wiesław Makarewicz

obsługę prawną. Przygotowujemy się do wydzielania kolejnych funkcji. Drugim elementem restrukturyzacji jest łączenie niektórych jednostek. Połączyliśmy Klinikę Pulmonologii z Kliniką Alergologii oraz poradnię i pracownię, które w różnych strukturach wykonywały te same lub podobne zadania. W najbliższym czasie planujemy połączenie Kliniki Otolaryngologii z Kliniką Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej.

Nie pociągnęło to za sobą, jak dotąd, większych redukcji personelu. Rozstaliśmy się natomiast z osobami, których zatrudnienie w naszym Szpitalu było po części fikcją, jak np. doktoranci lub osoby, które sporadycznie przychodziły na 1-2 dyżury.

Porządkujemy administrację, tu zdecydowanie jest więcej redukcji. Łączymy wykonywanie zadań, które dotąd wykonywały różne osoby, doksztalając je w miarę potrzeby, np. inspektor ds. ochrony środowiska jest teraz równocześnie administratorem danych osobowych.

Czy prowadzona restrukturyzacja łączy się z odpowiednią modernizacją systemu informatycznego Szpitala?

Już w ubiegłym roku rozpoczęliśmy wdrażanie nowego, zintegrowanego systemu informatycznego obejmującego również nowe Centrum Medycyny Inwazyjnej. Jest to system nowoczesny, który oprócz części dotyczącej ruchu pacjentów ma moduły związane z laboratoriami, moduł dotyczący zarządzania blokiem operacyjnym, zarządzania bankiem krwi, moduł dotyczący żywienia oraz moduły obejmujące różne pracownice diagnostyczne, w tym całą diagnostykę obrazową. W nowym Szpitalu mniej będą potrzebne stacjonarne komputery natomiast pracownicy częściej będą poruszali się z małymi, przenośnymi urządzeniami, np. tabletami.

Kiedy możemy oczekiwać pełnego zakończenia procesu restrukturyzacji?

Zgodnie z planem realizacja całości procesu restrukturyzacji zakończy się w połowie przyszłego roku. Zgodnie z programem restrukturyzacji we wrześniu br. nastąpi zatrudnienie tzw. konsultantów medycznych, czyli lekarzy i ekonomistów w jednym. Było nam bardzo trudno znaleźć takich ludzi, ale się udało. Przypiszemy im odpowiednie role i zadania w tych jednostkach, które na dziś mają największe problemy, nie tylko finansowe, ale i organizacyjne.

Jak Pani Dyrektorka ocenia wyniki ekonomiczne Szpitala za pierwsze półrocze obecnego roku?

To był bardzo pracowity i trudny okres. Musieliśmy się przygotować do przejścia do nowego Szpitala. Wszyscy mieliśmy świadomość, że musimy wypracować kontrakt w krótszym czasie, aby mieć rezerwę czasu na przeniesienie się do nowej struktury. Pierwsze półrocze zamknęliśmy dobrym wynikiem finansowym, a mianowicie zyskiem w wysokości 2 mln złotych.

Serdecznie gratuluje, bo to niewątpliwie znaczący sukces. Dziękując za rozmowę, życzę aby drugie półrocze było również dobre!

Projekty rozwojowe Uczelni

Rozpoczynamy cykl artykułów opisujących najistotniejsze projekty realizowane w ostatnich latach ze środków funduszy strukturalnych, innych środków zagranicznych, a także źródeł krajowych dedykowanych celom rozwojowym uczelni wyższych. Aktualny numer Gazety ukazuje się w momencie zakończenia cyklu budowlanego Centrum Medycyny Inwazyjnej. Warto jednak pamiętać, że oprócz tego wielkiego projektu realizowanego przez Uczelnię, w ostatnich latach prowadziliśmy również szereg innych mniejszych działań przyczyniających się istotnie do rozwoju naszej Alma Mater. Wśród nich znajdują się projekty finansowane ze środków unijnych, budżetów Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a także projekty realizowane ze środków własnych, przede wszystkim pozwalających na korzystanie z tzw. kredytów termomodernizacyjnych. Łącznie na ich realizację przeznaczyliśmy w latach 2007-2011 kwotę ok. 71 mln zł. W kolejnym numerze Gazety przedstawimy projekty unijne służące poprawie infrastruktury szpitalnej. Realizuje je Uniwersyteckie Centrum Kliniczne.

Rozwój infrastruktury Uczelni

Tytuł projektu: **Budowa Centrum Naukowo-Badawczego Medycyny Laboratoryjnej**

Akronim: MEDLAB BUDOWA

Kierownik projektu: inż. Zbigniew Krawiec

Budżet: 13 831 480 zł

Źródło finansowania: Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Okres finansowania: kwiecień 2007 – kwiecień 2010

W ramach tego projektu Gdański Uniwersytet Medyczny uzyskał nowy obiekt naukowo-dydaktyczny, który ma trzy piętra z kondygnacją niskiego parteru pod częścią budynku. Wyposażony jest w platformę dźwigową, która umożliwia dostęp osobom niepełnosprawnym. Na każdej kondygnacji znajdują się sale seminaryjne (łącznie dla 300 studentów) oraz węzły sanitarne. Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 3 499,76 m², kubatura 15 185 m³ a powierzchnia zabudowy 1 074,33 m².

W obiekcie znalazły pomieszczenia następujące jednostki:

- Katedra Analitik Medycznej Oddział Medycyny Laboratoryjnej WF
 - Zakład Chemii Klinicznej
 - Zakład Terapii Monitorowanej i Farmakogenetyki
 - Zakład Medycznej Diagnostyki Laboratoryjnej
- Katedra Biochemii Klinicznej WL
 - Zakład Medycyny Laboratoryjnej
 - Zakład Medycyny Molekularnej



- Zakład Patofizjologii WF
- Katedra i Zakład Fizjopatologii WL
- Zakład Immunologii Klinicznej i Transplantologii WL

Nowy budynek mieszczący Centrum Naukowo-Badawcze Medycyny Laboratoryjnej stanowi zaplecze laboratoryjne dla kształcenia studentów na kierunku medycyna laboratoryjna. Kształceni są w nim studenci zarówno studiów magisterskich jak i doktoranckich. Ponadto stanowi bazę szkoleniową dla kursów specjalizacyjnych i warsztat do pracy naukowej.

Dzięki realizacji projektu wzrosła w bardzo istotnej mierze dostępność kształcenia i poszerzyła się oferta dydaktyczna dla studentów zainteresowanych kierunkiem medycyna laboratoryjna. Wpłyne to m.in. na wzrost zainteresowania tym kierunkiem studiów wśród absolwentów szkół średnich i w dalszej perspektywie przyczyni się do lepszego zaspokojenia zapotrzebowania w województwie pomorskim na tą deficytową specjalność medyczną.

Tytuł projektu: **Modernizacja zakładów i laboratoriów Międzywydziałowego Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej (MIMMiT)**

Kierownik projektu: prof. dr hab. Przemysław Myjak

Budżet: 3 512 462 zł

Źródło finansowania: Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Fundusz Nauki i Technologii Polskiej

Okres finansowania: 2007-2011

Realizacja projektu pozwoliła na przeprowadzenie przebudowy i remontu pomieszczeń znajdujących się na szóstym, siódmym i ósmym piętrze (łącznie 8 300 m²) MIMMiT w Gdyni. Zakres prac objętych projektem obejmował roboty budowlane, sanitarne, elektryczne i wentylacyjne. Wyremontowane pomieszczenia będą stanowiły podstawę do rozwoju platformy badawczo-innowacyjnej dla nauk medycznych, ochrony środowiska oraz zabezpieczenia struktur państwa przed ryzykiem pojawienia się groźnych patogenów. Nowe laboratoria pozwolą na podjęcie prac naukowych na rzecz przemysłu farmaceutycznego poprzez rozpoczęcie działalności w zakresie farmakologii doświadczalnej i klinicznej, a także farmakoekonomiki oceniającej zasadność i opłacalność różnych strategii leczenia. Modernizacja pomieszczeń umożliwi spełnienie wymogów technicznych w związku z planowanym wystąpieniem o akredytację niektórych laboratoriów badawczych do dalszego prowadzenia badań naukowych i usługowych, zgodnie z wymogami Unii Europejskiej.



Tytuł projektu: Laboratorium badawczo-rozwojowe analizy leków w Katedrze i Zakładzie Biofarmacji i Farmakodynamiki

Kierownik projektu: prof. dr hab. Marek Wesołowski

Budżet: 1 439 881 zł

Źródło finansowania: Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Okres finansowania: 2008-2009

Zakres projektu obejmował roboty budowlane, sanitarne, elektryczne, wentylacyjne związane z nadbudową części budynku laboratoryjnego do pełnej wysokości kondygnacji wraz z robotami wykończeniowymi. W wyniku przeprowadzonych prac budowlano-montażowych pozyskano 212,2 m² powierzchni użytkowej, w której znalazły miejsce:

- sektor badawczy nr 1 przeznaczony do badań farmakologicznych z użyciem zwierząt laboratoryjnych,
- sektor badawczy nr 2 przeznaczony do badań biostatystycznych, farmakokinetycznych oraz do prowadzenia obliczeń z zakresu chemii kwantowej i modelowania molekularnego,
- sektor badawczy nr 3 przeznaczony do wykonywania analizy z zastosowaniem chromatografii cieczowej (HPLC) i innych pokrewnych technik analitycznych,
- sala seminaryjna.

Rezultatem projektu jest uruchomienie nowego laboratorium, które oferuje wykonywanie wysokospecjalistycznych usług z zakresu analizy leków i analizy farmakokinetycznej, w tym badanie biorównoważności na zlecenie przemysłu farmaceutycznego.

Tytuł projektu: Termomodernizacja – kompleksowa termomodernizacja obiektów GUMed, w tym: Termomodernizacja obiektów osiedla studenckiego GUMed, Termomodernizacja budynku Farmacji oraz Termomodernizacja budynku CBM

Akronim: TERMOMODERNIZACJA

Kierownik projektu: inż. Zbigniew Krawiec

Budżet: 18 158 859 zł

Źródło finansowania: Ministerstwo Zdrowia i środki własne GUMed

Okres finansowania: grudzień 2008 – grudzień 2011

Celem projektu jest przeprowadzenie kompleksowej termomodernizacji budynków: Collegium Biomedicum, Osiedla Studenckiego oraz Wydziału Farmaceutycznego. W ramach projektu planowana jest realizacja następujących zadań:

- W Collegium Biomedicum – prace budowlane i projektowe w tym: projekt przebudowy węzła rozdzielczego wraz ze sterowaniem c.o., projekt ocieplenia dachów i

ścian wraz z izolacją podziemia, przebudowa instalacji c.o. i wymiana okien, docieplenie ścian zewnętrznych, izolacja ścian piwnic wraz z ociepleniem, ocieplenie dachów, wymiana stolarki okiennej, wykonanie instalacji odgromowej, remont i rozbudowa systemu grzewczego.

- W budynku Wydziału Farmaceutycznego: wykonanie elewacji, wymiana instalacji c.o. oraz stolarki okiennej.
- W Osiedlu Studenckim: docieplenie dachu, wymiana stolarki okiennej, modernizacja c.o. oraz ocieplenie ścian zewnętrznych i wykonanie elewacji.

Efektem realizacji projektu będzie istotne zmniejszenie zużycia energii co jest korzystne z punktu widzenia ochrony środowiska i równocześnie znaczne obniżenie kosztów eksploatacyjnych powyższych budynków.

Tytuł projektu: Przebudowa pomieszczeń dla apteki dydaktycznej w budynku głównym Wydziału Farmaceutycznego

Kierownik projektu: prof. dr hab. Wiesław Sawicki

Budżet: 565 835 zł

Źródło finansowania: Ministerstwo Zdrowia

Okres finansowania: 2009

Celem projektu jest przebudowa wydzielonych pomieszczeń w budynku Wydziału Farmaceutycznego GUMed i przystosowanie ich do funkcji jako apteki szkoleniowej. Całkowita powierzchnia apteki wynosi 102 m², z czego blisko 50 m² zajmuje izba ekspedycyjna, a 25 m² pracownia komputerowa z 17 stanowiskami komputerowymi. Apteka jest pomieszczeniem klimatyzowanym, wyposażonym w regulację natężenia światła. Do dyspozycji są dwa rzutniki multimedialne, które mogą wyświetlać na obu ekranach jednakowy obraz lub pracować niezależnie, co przy ruchomej ścianie wewnętrznej pozwala na oddzielenie pracowni komputerowej od ekspedycji i równoległe prowadzenie zajęć dla dwóch 20-osobowych grup studenckich. Apteka dysponuje najnowszymi rozwiązaniami w zakresie mebli aptecznych. Zainstalowano w niej m.in. podświetlenie kategorii produktów, systemy automatycznego wysuwania szuflad oraz systemy magazynowe ICAS. Stół ekspedycyjny wyposażony jest w 4 stanowiska obsługi, w tym jedno do obsługi siedzącej. W holu pracowni znajduje się także stanowisko obsługi indywidualnej, które powinno w nowoczesnych aptekach umożliwić spokojną, nieskrępowaną rozmowę z pacjentem.

Podstawowym zadaniem wirtualnej apteki jest możliwość szkolenia studentów poprzez prowadzenie symulacji pracy w aptece ogólnodostępnej. W takich nowoczesnych warunkach student pod opieką asystenta będzie miał praktyczną możliwość przećwiczenia poszczególnych zadań i czynności aptekarskich oraz będzie mógł sprawdzić i zastosować wiedzę zdobytą w czasie studiów





Apteka Szkoleniowa Wydziału Farmaceutycznego GUMed jest najnowocześniejszym miejscem w kraju do nauczania i praktycznego wdrażania założeń systemu opieki farmaceutycznej tzn. opieki farmaceuty-aptekarza nad pacjentem.

Tytuł projektu: Budowa i wyposażenie pawilonu diagnostycznego PET/CT

Kierownik projektu: inż. Zbigniew Krawiec

Budżet: 11 506 896 zł

Źródło finansowania: budżet Ministerstwa Zdrowia (aparatura) oraz środki własne GUMed (budowa)

Okres finansowania: luty 2009 – luty 2010

Celem projektu było wyposażenie GUMed w nowoczesną technologię diagnostyczną obrazowania opartą na Pozytonowej Emisyjnej Tomografii PET/CT. Na całość projektu złożyła się wybudowanie odpowiedniego budynku sfinansowane ze środków własnych GUMed i wyposażenie go w Skaner PET-TK firmy SIEMENS model Biograph mCT zakupiony ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Budowa pawilonu diagnostycznego PET/CT dla potrzeb Zakładu Medycyny Nuklearnej rozpoczęła się 3 lutego 2009 roku. Pod budowę przeznaczony został plac przy budynku nr 16. Pawilon znajduje się w południowej części działki Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku przy ul. Dębinki 7. Nowy obiekt jest niepodpiwniczonym budynkiem parterowym o kształcie prostokąta z dwuspadowym dachem. Dojazd pacjentów oraz dojście piesze do budynku zapewnia ciąg pieszo-jezdny, prostopadłe połączenie z istniejącą wewnętrzną drogą szpitalną.

W budynku zapewniono wymagany przepisami z zakresu ochrony radiologicznej, rozdział ruchu pacjentów przed i po badaniu otwartym środkiem promieniotwórczym, poprzez wydzielenie odrębnego korytarza oraz osobnych drzwi zewnętrznych oraz dwóch pochylni dla pacjentów niepełnosprawnych, poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Pawilon PET/CT w liczbach:

411,83 m² – powierzchnia zabudowy

340,40 m² – powierzchnia netto

2021,84 m³ – kubatura

5,96 m – wysokość budynku

Całkowity koszt zaprojektowania i wybudowania budynku wyniósł 2 085 011 zł.

Zainstalowany skaner PET-TK firmy SIEMENS model Biograph mCT to urządzenie hybrydowe składające się z 40-warstwowego TK i skanera PET opartego o kryształ scyntylacyjny LSO z zaimplementowaniem funkcji TOF (*time of flight*) oraz PSF (*point spread function*), czyli tzw. HD (*high definition*) PET. Służy do diagnostyki PET z użyciem radioizotopów emitujących pozytony (izotop fluoru ¹⁸F). Technika PET ma zastosowanie przede wszystkim w onkologii, gdzie służy rozpoznawa-

niu nowotworów, ocenie stopnia zaawansowania i obecności przerzutów oraz w celu doboru optymalnej terapii oraz monitorowania jej skuteczności. Oprócz onkologii metoda wykorzystywana jest między innymi także w neurologii (diagnostyka padaczki i stanów otępiennych), kardiologii (ocena perfuzji mięśnia sercowego i jego żywotności) oraz do diagnostyki zapaleń i stanów gorączkowych o nieznanej etiologii. Ciekawym zastosowaniem jest także badanie farmakokinetyki i farmakodynamiki leków.

Tytuł projektu: Doposażenie laboratoriów kształcenia umiejętności zawodowych z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa i badania fizykalnego w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym i Akademii Pomorskiej w Słupsku

Akronim: PIELPOL

Kierownik projektu: dr Aleksandra Gaworska-Krzemińska

Budżet: 2 249 422 zł

Źródło finansowania: Program: Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Pomorskiego

Okres finansowania: maj 2009 – październik 2010

Realizacja tego projektu w znaczący sposób przyczyniła się do poprawy oferty dydaktycznej dwóch dużych publicznych uczelni województwa pomorskiego – Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i Akademii Pomorskiej w Słupsku. Dzięki projektowi pozyskano unikalne wyposażenie na które składają się wysokiej klasy fantomy i modele anatomiczne. Stworzyło to nowe możliwości i podniosło jakość kształcenia umiejętności zawodowych pielęgniarek i położnych. W dalszej przyszłości rezultatem tego będzie zwiększenie konkurencyjności kształconych w uczelniach będących beneficjentami projektu pielęgniarek i położnych na krajowym rynku pracy.

Tytuł projektu: Wyposażenie laboratoriów budynku Centrum Naukowo-Badawczego Medycyny Laboratoryjnej

Akronim: MEDLAB

Kierownik projektu: inż. Zbigniew Krawiec

Budżet: 4 102 964 zł

Źródło finansowania: Program: Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Pomorskiego

Okres finansowania: grudzień 2009 – grudzień 2011

Celem projektu było wyposażenie nowo zbudowanych laboratoriów dydaktycznych i naukowo-badawczych w podstawowe wyposażenie laboratoryjne i nowoczesną aparaturę. Za kwotę ponad 4 milionów złotych zakupiono meble laboratoryjne, sprzęt naukowo-dydaktyczny i dydaktyczny sprzęt multimedialny. Dzięki realizacji projektu warunki pracy i nauki zarówno studentów jak i kadry naukowo-dydaktycznej uległy znaczącej poprawie, a Centrum Naukowo-Badawcze Medycyny La-



laboratoryjnej GUMed stało się jednym z najlepiej wyposażonych ośrodków kształcących specjalistów medycyny laboratoryjnej w kraju.

Tytuł projektu: Modernizacja infrastruktury naukowo dydaktycznej Katedry Anatomii GUMed-u w celu poprawy jakości kształcenia studentów kierunków medycznych, technicznych i humanistycznych regionu Pomorskiego

Akronim: ANATOMIA

Kierownik projektu: dr Sławomir Wójcik

Budżet: 7 088 674 zł

Źródło finansowania: Program: Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Pomorskiego

Okres finansowania: listopad 2009 – listopad 2011

Projekt został zrealizowany w partnerstwie z Akademią Pomorską w Słupsku. Jego realizacja polegała na modernizacji pomieszczeń Katedry Anatomii GUMed oraz doposażeniu w sprzęt naukowo-dydaktyczny, w tym specjalistyczne modele anatomiczne, nowoczesny sprzęt multimedialny oraz niezbędne wyposażenie meblowe pracowni Katedry Anatomii GUMed i Katedry Nauk o Zdrowiu APS.

Bezpośrednim efektem realizacji projektu jest poprawa jakości prowadzonych zajęć z zakresu anatomii dla studentów oraz warunków pracy dla prowadzących zajęcia nauczycieli akademickich.

Lepiej wykształceni studenci to w przyszłości lepsi specjaliści. Realizacja niniejszego projektu dofinansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego przyczyniła się w znaczący sposób do poprawy infrastruktury Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Akademii Pomorskiej w Słupsku.

Tytuł projektu: Podwyższenie jakości kształcenia farmaceutów poprzez unowocześnienie wyposażenia laboratoriów naukowo-dydaktycznych Wydziału Farmaceutycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Akronim: FARMACJA

Kierownik projektu: dr hab. Tomasz Bączek

Budżet: 3 937 911 zł

Źródło finansowania: Program: Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Pomorskiego

Okres finansowania: kwiecień 2010 – czerwiec 2011

Zasadniczym celem projektu było pozyskanie nowoczesnej aparatury naukowo-dydaktycznej dla potrzeb kształcenia studentów Wydziału Farmaceutycznego GUMed. Dokonana modernizacja aparatury Wydziału podniesie poziom kształcenia młodych farmaceutów, a dzięki temu zwiększy również konkurencyjność absolwentów Wydziału Farmaceutycznego na ryn-



ku pracy. Dzięki projektowi Wydział Farmaceutyczny GUMed stał się jednym z najlepiej wyposażonych instytucji kształcących farmaceutów w Polsce. Przyciągnie to większą liczbę kandydatów na studia, co jest szczególnie istotne wobec narastającego niżu demograficznego. Bardziej nowoczesne wyposażenie laboratoriów dydaktyczno-naukowych zwiększy także konkurencyjność jednostek wydziału w konkursach na projekty badawcze, zarówno zagraniczne, jak i krajowe.

Tytuł projektu: Poprawa jakości kształcenia studentów poprzez przebudowę pomieszczeń po przychodni przyklinicznej i wyposażenie nowej pracowni pacjenta symulowanego w GUMed w Gdańsku i APS w Słupsku

Akronim: Pacjent symulowany

Kierownik projektu: dr Agata Ignaszewska-Wyrzykowska

Budżet: 3 892 754 zł

Źródło finansowania: Program: Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Pomorskiego

Okres finansowania: październik 2011 – wrzesień 2012

Kształcenie studentów na kierunkach lekarskim i pielęgniarskim wymaga bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Tymczasem napotyka to na coraz większe trudności na skutek zwiększającej się liczby studentów, rosnącej świadomości i konieczności coraz bardziej skrupulatnego przestrzegania praw pacjentów oraz znacznie szybszej rotacji chorych. Dlatego celem projektu jest stworzenie jakościowo nowego systemu kształcenia w zakresie umiejętności zawodowych poprzez wykorzystanie zaawansowanych technicznie fantomów i pracę z osobami symulującymi pacjentów.

Projekt przewiduje przebudowę i adaptację pomieszczeń w budynku nr 1 przy ul. Dębinki 7 w którym do tej pory znajdował się zespół przychodni przyklinicznych. W przebudowanych pomieszczeniach powstanie m.in. 5 pracowni dydaktycznych, sala seminaryjna dla 25 osób, studio nagrań i 2 gabinety symulacyjne.

Dzięki projektowi studenci będą mogli korzystać z nowoczesnie wyposażonej Pracowni Symulacji Badań Pacjenta, dla której zaplanowano zakup m.in. elektrokardiografów, laryngoskopów, fantomów do iniekcji domięśniowych i podskórnych, manekinów do ćwiczeń, modeli części ciała do nauki wykonywania zabiegów, urządzeń do symulacji odgłosów serca i płuc oraz ciśnieniomierzy. Pozyskany nowoczesny sprzęt i wyposażenie, przy udziale przeszkolonych asystentów, umożliwi prowadzenie zajęć w warunkach symulowanych, bez konieczności włączania w proces dydaktyczny hospitalizowanych pacjentów. Praca studentów w warunkach symulowanych nie tylko przyczyni się do lepszego wykształcenia niezbędnych umiejętności zawodowych ale również pozwoli na lepszą i bardziej obiektywną ocenę postępów czynionych przez studen-





tów. Podniesienie to w zasadniczy sposób jakość kształcenia w GUMed. W wyniku realizacji projektu możliwe będzie zaferowanie studentom nowego przedmiotu o nazwie „Podstawy Medycyny Klinicznej”.

Partnerem projektu jest Akademia Pomorska w Słupsku, w której również zaplanowano zakup nowoczesnego sprzętu i wyposażenia do pracowni umiejętności pielęgniarskich.

Inne projekty rozwojowe

Tytuł projektu: **Pomorska Biblioteka Cyfrowa**

Akronim: PBC

Kierownik projektu: mgr inż. Anna Grygorowicz

Budżet: 242 793 zł

Źródło finansowania: Program: Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Pomorskiego

Okres finansowania: marzec 2009 – luty 2012

Pomorska Biblioteka Cyfrowa została powołana do życia, aby udostępniać w wirtualnej przestrzeni dziedzictwo naukowe i kulturowe Pomorza jak najszerszemu gronu odbiorców. Za tą ideą kryje się ogromne przedsięwzięcie – projekt jest współfinansowany z funduszy unijnych i współtworzony przez grupę partnerów:

- Politechnika Gdańska;
- Uniwersytet Gdański;
- Biblioteka Gdańska Polskiej Akademii Nauk;
- Akademia Sztuk Pięknych w Gdańsku;
- Gdański Uniwersytet Medyczny;
- Akademia Muzyczna w Gdańsku;
- Akademia Morska w Gdyni;
- Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku;
- Województwo pomorskie, reprezentujące biblioteki pedagogiczne regionu: Gdańska i Słupska;
- Starostwo powiatowe w Kartuzach, reprezentujące Bibliotekę Pedagogiczną w Kartuzach;
- Muzeum Piśmiennictwa i Muzyki Kaszubsko-Pomorskiej w Wejherowie (MPIMK-P).

Głównym celem projektu jest ochrona i zachowanie dla przyszłych pokoleń unikatowych zabytków piśmienniczych i niepiśmienniczych Pomorza, a także ich powszechna, wspólna dla regionu prezentacja w Internecie, dająca nieograniczoną czasem i przestrzenią możliwość przeglądania, czytania i prowadzenia badań. Przedsięwzięcie PBC obejmuje dwa obszary działalności. Pierwszy – to budowa Pomorskiej Biblioteki Cyfrowej jako elektronicznej skarbnicy dokumentów o nieograniczonym dostępie. Projekt przewiduje digitalizację w ciągu 3 lat ponad miliona stron najbardziej wartościowych pozycji (dokumen-

tów tekstowych, graficznych i multimedialnych) oraz udostępnienie ich w najpopularniejszych formatach (DJVU, PDF, JPG, SWF, MP3, AVI) przy pomocy darmowych przeglądarek.

Druga część projektu, prowadzona równolegle z budową PBC, to skomputeryzowanie wszystkich 17 bibliotek gminnych i powiatowych, tworzących sieć bibliotek pedagogicznych w województwie pomorskim, poprzez wdrożenie i udostępnienie systemu katalogu elektronicznego VIRTUA oraz zakup sprzętu komputerowego.

Tytuł projektu: **Wzmocnienie współpracy środowiska naukowego GUMed z podmiotami gospodarczymi o charakterze regionalnym i ponadregionalnym oraz rozwój przedsiębiorczości akademickiej w GUMed**

Akronim: NAUKA I BIZNES

Kierownik projektu: mgr Ewa Kiszka

Budżet: 529 151 zł

Źródło finansowania: Program: Regionalny Program Operacyjny dla Województwa Pomorskiego

Okres finansowania: lipiec 2009 – czerwiec 2011

Celem projektu jest poszerzenie i utworzenie drogi współpracy środowiska akademickiego z sferą gospodarczą regionu. Ma on szczególne znaczenie dla GUMed, który dysponuje znaczącym potencjałem innowacyjnym. W toku realizacji projektu utworzono na Uczelni centralny punkt informacyjno-kontaktowy ds. współpracy z otoczeniem gospodarczym – Uczelniany Punkt Kontaktowy Innowacji BUSINESS POINT (BP). Przyczyniło się to w znaczący sposób do osiągnięcia do celów projektu, którymi było: wzmocnienie współpracy środowiska naukowego GUMed z podmiotami gospodarczymi, zmiana podejścia do praktycznego waloru prowadzenia badań naukowych, a w konsekwencji organizacja i rozwój regionalnej sieci transferu wiedzy i informacji dla medycyny, farmacji, biotechnologii i kosmologii pomiędzy GUMed, instytucjami otoczenia biznesu – parkami technologicznymi w Gdańsku i Gdyni a przedsiębiorstwami o charakterze lokalnym i ponadregionalnym.

Projekt był realizowany w partnerstwie z gdyńskim PPNT oraz gdyńskim PSSE, w których to instytucjach zostały utworzone dwa punkty kontaktowe ds. współpracy z nauką SCIENCE POINT (SP). Zadaniem tych punktów jest pomoc zespołom naukowym Uczelni w nawiązywaniu relacji biznesowych z podmiotami gospodarczymi. Projekt skierowany był do studentów, pracowników oraz doktorantów GUMed.

Realizacja projektu pozwoliła na przeprowadzenie szeregu szkoleń z zakresu m.in.: przygotowania oferty badań, pozyskiwania funduszy i partnerów gospodarczych do współpracy, opracowywania planu biznesowego i zakładania własnej firmy, zarządzania projektami, komercjalizacji badań z zakresu medycyny oraz prawa autorskiego i patentowania wyników badań.

Program szkoleń wzbogacony został o działania praktyczne w formie roboczych spotkań zespołów badawczych GUMed z ekspertami i tymi którym udało się swoją wiedzę naukową z sukcesem wykorzystać w działalności gospodarczej.

Tytuł projektu: **System Informatyczny – dostawa i wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego klasy ERP (Teta Constellation ver. 18.5**

Akronim: SYSTEM INFORMATYCZNY

Kierownik projektu: mgr inż. Jarosław Woźniak

Budżet: 215 940 zł

Źródło finansowania: środki własne GUMed

Okres finansowania: grudzień 2010 – grudzień 2011

Przedmiotem projektu jest zakup, wykonanie oraz wdrożenie systemu informatycznego wspomagającego zarządzanie, w tym:

- przeprowadzenie analiz przedwdrożeniowych, instalacji oprogramowania oraz innych usług informatycznych związanych z przekazaniem do eksploatacji przez wykonawcę oprogramowania w pełni zgodnego z określoną przez GUMed funkcjonalnością,
- instalację w infrastrukturze informatycznej zamawiającego platformy sprzętowo-systemowej,
- przystosowanie oprogramowania dla potrzeb GUMed,
- przeniesieniu danych z obecnie używanych przez Uczelnię systemów do oferowanego oprogramowania,
- przygotowanie i dostarczenie dokumentacji,
- transformację procesów i zakresów obowiązków pracowników w jednostkach organizacyjnych objętych wsparciem nowego systemu informatycznego,
- przeprowadzenie szkoleń pracowników Uczelni w obsłudze systemu,
- udzielenie licencji na oprogramowanie.

Głównym celem projektu jest dostarczenie systemu informatycznego klasy ERP zapewniającego w obszarach kadry, płace, sprzedaż, gospodarka magazynowa, środki trwałe, finanse i księgowość:

- całkowite zastąpienie istniejących w GUMed rozproszonych systemów informatycznych,
- otwartość do integracji z innymi systemami informatycznymi uczelni,
- uproszczenie obiegu dokumentów,
- konsolidacja struktury organizacyjnej,
- lepszą organizację i zarządzanie – budżetowanie, controlling, business intelligence,
- uzyskanie wymiernych korzyści ekonomicznych wynikających z użytkowania systemu.

Tytuł projektu: **VALOR – Valorisation of knowledge-intensive ideas in the South Baltic Area (Waloryzacja, czyli upowszechnianie i doświadczalne wykorzystywanie pomysłów bazujących na zaawansowanej nauce w Regionie Południowego Bałtyku)**

Akronim: VALOR

Kierownik projektu: mgr Izabela Kowalczyk

Budżet: 139 125 EUR

Źródło finansowania: Program Południowy Bałtyk

Okres finansowania: styczeń 2011 – czerwiec 2012

Projekt ma wymiar międzynarodowy. Jego głównym celem jest stworzenie na poziomie europejskim sieci wymiany informacji o realizowanych badaniach naukowych o charakterze innowacyjnym celem ich efektywniejszego wdrożenia do gospodarki.

Działania przewidziane projektem mają na celu opracowanie metodologii komercjalizacji pomysłów czyli prawidłowego wdrożenia wyników prac badawczo-rozwojowych do gospo-



darki. Przewiduje także przeprowadzenie analizy wybranych pomysłów na różnych etapach rozwoju, co pozwoli oszacować, jakie mają szanse na osiągnięcie komercyjnego sukcesu na rynku. Jest to tzw. walidacja projektu na różnych etapach jego zaawansowania. Projekt adresowany jest w pierwszym rzędzie do zespołów badawczych GUMed.

Wśród oczekiwanych korzyści projektu wymienić należy: możliwość wymiany doświadczeń w ramach partnerstwa z prestiżowymi europejskimi ośrodkami naukowymi, dokonanie przeglądu i selekcji wynalazków, opracowanie wspólnej metodologii oceny pomysłów o potencjale rynkowym, pomoc w opracowaniu biznesowych planów oraz sposobność spotkania z inwestorami.

Tytuł projektu: **COHAB – Co-ordination and integration of higher education and the labour market around the South Baltic Sea**

Akronim: COHAB

Kierownik projektu: dr n. med. Aleksandra Gaworska-Krzemińska

Budżet: 80 000 EUR

Źródło finansowania: Program Południowy Bałtyk

Okres finansowania: lipiec 2011 – czerwiec 2014

Projekt COHAB stanowi kontynuację oraz rozszerzenie programu rozwoju i integracji krajów nadbałtyckich (EUSBSR) zapoczątkowanego w 2006 roku przez Komisję Europejską. Obejmuje też rozszerzenie oraz wzmocnienie istniejącej współpracy w zakresie edukacji, co również dotyczy kształcenia pielęgniarek. Współpraca ta pozwoli na: wymianę doświadczeń odnośnie programów kształcenia, zapoznania się ze specyfiką i warunkami pracy pielęgniarek w różnych krajach, podniesienie kwalifikacji pielęgniarskich, rozszerzenia możliwości wymiany studentów.

Wdrożenie projektu ma na celu zwiększenie mobilności nauczycieli akademickich, studentów oraz osób już pracujących w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza pomiędzy krajami nadbałtyckimi.

Projekt ten umożliwi wymianę doświadczeń i najlepszych praktyk w zakresie kształcenia pielęgniarek, optymalizację programu nauczania, identyfikację słabych punktów wymagających szerszego uwzględnienia w edukacji, przeprowadzenie kursów językowych (j. niemiecki, j. angielski) dla nauczycieli, studentów oraz pielęgniarek/pielęgniarszy.

Opracował Dział Współpracy z Zagranicą
i Programów Międzynarodowych
na podstawie dokumentów projektowych

7 Program Ramowy nie tylko dla wybranych

Gdański Uniwersytet Medyczny uczestniczy jako partner w czterech projektach finansowanych z 7 Programu Ramowego Wspólnoty Europejskiej w zakresie Badań, Rozwoju Technologicznego i Demonstracji. To dowód na to, że otrzymanie środków z tego programu jest możliwe.

Od czego zacząć przygotowania do pisania wniosku? Podstawą napisania dobrego wniosku jest dobre konsorcjum, dlatego pierwszym krokiem jest poszukiwanie partnerów do projektu. Tu należy sięgnąć do znajomości, do istniejącej już współpracy lub zaprosić do współpracy nowe renomowane ośrodki o podobnym profilu naukowo-badawczym. Na dobry początek poszukajmy propozycji współpracy jako potencjalni partnerzy projektu, niekoniecznie występując jako jego główni twórcy. Można powiedzieć, że mając dobre konsorcjum reszta potoczy się sama. Napisanie treści wniosku nie jest oczywiście łatwe i wymaga poświęcenia sporej ilości czasu i energii, ale jest to wysiłek, który warto podjąć. Przy pisaniu wniosku można oczekiwać pomocy kilku instytucji: Uczelnianego Punktu Kontaktowego, Regionalnego Punktu Kontaktowego oraz Krajowego Punktu Kontaktowego. Pamiętajcie Państwo, że nie jesteście sami i zawsze jest ktoś, kto pomoże w odpowiedni sposób przedstawić Państwa pomysł i wiedzę.

ZDROWIE to jeden z najważniejszych dla Komisji Europejskiej priorytetów 7 PR. Co roku przeznacza ona milionowe środki na badania w tym kierunku. Szkoda byłoby zmarnować szansę na zdobycie środków na najbardziej potrzebne, innowacyjne badania naukowe, podczas gdy inne kraje europejskie nieustannie uzyskują takie dofinansowanie. Uczestniczmy w tworzeniu nowego wymiaru nauki zarówno jako instytucja, jak i jeden z krajów Unii Europejskiej. Dajmy się zauważyć poprzez wkroczenie w europejski wymiar badań.

Oczywiście 7 PR daje dużo więcej możliwości niż tylko prowadzenie badań w konsorcjach w ramach programu szczegółowego WSPÓŁPRACA. Na bieżąco otwierane są konkursy wyjazdowe, powrotowe, szkoleniowe czy też konkursy na budowę nowoczesnych centrów badawczych. Zarówno doświadczeni naukowcy, jak i młodzi doktorzy mają wiele możliwości korzystania z oferty 7 PR. Z końcem lipca br. Komisja Europejska ogłosiła 236 konkursów w różnych programach szczegółowych, z różnych dziedzin tematycznych i różnych aktywności. Konkursy w priorytecie ZDROWIE nastawione są na innowacyjne badania i składają się z dwóch etapów. Mają jeszcze Państwo czas na znalezienie partnerów (a być może już wiecie o zainteresowanych instytucjach) oraz napisanie wniosku projektowego. Dokładne informacje o terminach znajdą Państwo na stronach extranetu oraz na stronie Participant Portal, gdzie są publikowane konkursy.

Jeżeli nie jesteście gotowi podjąć tego wysiłku w tym roku, zacznijcie już dziś przygotowania do pisania projektu do przyszłorocznych konkursów. Bądźcie aktywni – bierzcie udział w konferencjach i spotkaniach brokerskich, rozmawiajcie z innymi naukowcami. Zawsze jest czas na stworzenie dobrego konsorcjum do przyszłych projektów. Pamiętajcie, że możecie Państwo uzyskać pomoc przy pisaniu wniosku, ale nikt nie nawiąże za was współpracy z jednostkami zagranicznymi.

Marta Spychała

Dział Współpracy z Zagranicą i Programów Międzynarodowych

<https://extranet.gumed.edu.pl/page.php/284027/>
http://ec.europa.eu/research/participants/portal/page/fp7_calls
<http://www.kpk.gov.pl/index.html>
<http://www.rpkgdansk.pl/index.php>

Wycieczka Seniorów GUMed do Lwowa

O drugiej w nocy dotarli do Lwowa Seniorzy GUMed uczestnicy wycieczki, która wyruszyła z Gdańska 6 czerwca. Po drodze zwiedzili piękny Kazimierz nad Wisłą.

Pierwszy dzień we Lwowie rozpoczął się od zwiedzania. Dla wielu wycieczkowiczów był to sentymentalny powrót do krainy dzieciństwa. – Zachwycaliśmy się pięknem i kunsztem twórców unikalnej architektury obronnej, sakralnej i komunalnej kształtowanej od XIII wieku – opowiadają uczestnicy wycieczki. – Każda uliczka, każdy budynek ma swoją własną osobowość świadczącą o wielkim artyzmie budowniczych oraz bogactwie i wysokiej, różnorodnej kulturze mieszkańców tego grodu. Po całonocnym turystycznym spacerze wróciliśmy do hotelu fizycznie zmęczeni, ale pełni cudownych estetycznych wrażeń.

Drugi dzień pobytu we Lwowie rozpoczął się od zwiedzania miejsc pamięci narodowej. Seniorzy GUMed odwiedzili Cmentarz Łyczakowski i Cmentarz Orłąt Lwowskich, który istnieje dzięki usilnym staraniom Stowarzyszenia Polaków we Lwowie.



Fot. Joanna Śliwińska

Zwiedzili także miasteczko Żółkiew, a w nim pałac i zamek hetmana Stanisława Żółkiewskiego.

Rano 9 czerwca, po obfitym i smacznym śniadaniu Seniorzy wyruszyli w drogę powrotną. Po drodze zwiedzili Zamość, który jest wpisany na listę dziedzictwa UNESCO. Podziwiali unikalne zabytkowe fortyfikacje miasta, Rynek Wielki i Pałac Zamojskich.

Zarząd Klubu Seniora

Nowy sprzęt dla GUMed

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego przyznało Gdańskiemu Uniwersytetowi Medycznemu dofinansowanie na zakup sprzętu. Za otrzymaną dotację (3 000 000 zł), w ramach Funduszu Nauki i Technologii Polskiej, zakupiony zostanie dla Zakładu Radiologii WNoZ radiologiczny aparat angiograficzny wyposażony w cyfrowy, płaski panel detekcyjny nie mniejszy niż 30×38 cm wraz z zestawem do anestezjologii i wstrzykiwaczem automatycznym kontrastu. System przystosowany jest do wykonywania standardowych interwencji naczyniowych oraz zabiegów hybrydowych. Natomiast Katedra Biotechnologii Medycznej MWB UG-GUMed otrzymała dotację w wysokości 283 500 zł na zakup termocyklera z możliwością śledzenia przyrostu produktu w czasie rzeczywistym. Wniosek na zakup angiografu opracował dr Adam Zapaśnik, natomiast drugi wniosek – dr hab. Michał Obuchowski, prof. GUMed.

□

Młodzieżowe Spotkania z Medycyną

Z inicjatywy prorektor ds. studenckich prof. Barbary Kamińskiej, dr. hab. Tomasza Zdrojewskiego i dr Anny Korzon-Burakowskiej z Zakładu Prewencji i Dydaktyki oraz dr. Romana Budzińskiego, prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku powstał wspólny projekt edukacyjny pod nazwą *Młodzieżowe Spotkania z Medycyną*. Jego celem jest pokazanie młodym kandydatom do zawodu lekarskiego medycyny prawdziwej w konwencji popularnonaukowej, oderwanej od medialnych stereotypów. Projekt będzie realizowany w formie wykładów prowadzonych w nieszablonowy sposób przez profesorów oraz kadrę naukową Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz przedstawicieli Izby Lekarskiej w Gdańsku. Wykłady adresowane będą przede wszystkim do młodzieży w wieku licealnym, ale możliwy jest również udział młodszych pasjonatów naukowych nowinek.

Spotkania mają służyć pokazaniu bogactwa nauk medycznych oraz podkreśleniu znaczenia pracy zespołowej, która jest podstawą współczesnej medycyny. *Młodzieżowe Spotkania z Medycyną* to szansa na samodzielne wystąpienie także młodych słuchaczy. Program zakłada bowiem swoisty dwugłos – doświadczonego praktyka i pełnego pasji ucznia-amatora, który w krótkim (15-minutowym) wystąpieniu będzie mógł zaprezentować swoje spojrzenie na kwestie poruszone w głównym wykładzie.

Młodzieżowe Spotkania z Medycyną będą odbywać się w każdy ostatni wtorek miesiąca w Atheneum Gedanense Novum. Na pierwsze zapraszamy już 27 września o godz. 14. Wykład pt. *Hipokrates w Gdańsku* wygłosi dr hab. Adam Szerzowski z Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych.

dr Anna Korzon-Burakowska
koordynator MSM

Sieć Naukowa GUMed i UG

Gdański Uniwersytet Medyczny podpisał 21 czerwca 2011 roku umowę z Uniwersytetem Gdańskim na mocy której powołana została Sieć Obrazowania Patologii Struktury i Funkcji Komórki. Jej zadaniami będą m.in. integracja zainteresowanych środowisk naukowych i koordynacja ich badań, wzmocnienie potencjału naukowo-badawczego jednostek naukowych poprzez pełniejsze wykorzystanie doświadczeń oraz istniejącej infrastruktury badawczej, stworzenie forum dla wymiany informacji i upowszechniania wyników prac naukowo-badawczych w zakresie obrazowania patologii struktury i czynności komórek, promocja wyników badań naukowych prowadzonych w ramach Sieci oraz podejmowanie działań w kierunku praktycznego ich zastosowania.

Członkami-założycielami Sieci są prof. Wojciech Biernat (Katedra i Zakład Patomorfologii WL GUMed), prof. Leszek Kalinowski (Zakład Medycznej Diagnostyki Laboratoryjnej WF GUMed), prof. Jacek M. Witkowski (Katedra i Zakład Fizjopatologii WL GUMed), prof. Grzegorz Węgrzyn (Katedra Biologii Molekularnej Wydziału Biologii UG), prof. Barbara Lipińska (Katedra Biochemii Wydziału Biologii UG) oraz prof. Bogusław Szewczyk (Katedra Wirusologii Molekularnej Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii UG-GUMed). Na pierwszą, trzyletnią kadencję Koordynatorem Sieci został prof. Jacek M. Witkowski.

□

Światowy Dzień Serca w Sopocie

Twój świat, Twój dom, Twoje serce to hasło tegorocznego Światowego Dnia Serca. Akcja jest obchodzona od 2000 r. w ponad 100 krajach na całym świecie. Polska tradycja jest nieco krótsza, bo ośmioletnia.

Podczas centralnych obchodów wydarzenia, które w tym roku odbędzie się w niedzielę 25 września 2011 r. na moło w Sopocie, będzie można skorzystać z porad ekspertów – lekarzy i dietetyków oraz wykonać badania kontrolne (pomiar ciśnienia, cholesterolu, EKG, pulsoksymetrię, obliczanie wskaźnika ryzyka chorób układu krążenia). Światowy Dzień Serca będzie miał formę pikniku edukacyjnego – odbędą się liczne zabawy dla dzieci, gry sportowe, konkursy z nagrodami oraz marsz *nordic walking*.

Impreza rozpocznie się o godz. 11, a zakończy się koncertem ok. godz. 21. Gdański Uniwersytet Medyczny reprezentować będzie Krajowe Centrum Diagnostyki i Leczenia Hipercholesterolemii Rodzinnej, które prowadzi kompleksową diagnostykę kliniczną i molekularną pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną. Centrum powstało w ramach projektu, którego koordynatorem jest prof. Andrzej Rynkiewicz, kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii.

□

Ruszył nabór do programów

Program TEAM obejmuje wsparcie projektów z udziałem studentów, doktorantów i uczestników staży podoktorskich realizowanych w najlepszych zespołach badawczych w Polsce. Jego celem jest zwiększenie zaangażowania młodych uczonych w prace badawcze realizowane w najlepszych zespołach i laboratoriach naukowych w Polsce. Jest adresowany do liderów zespołów naukowych, realizujących badania we współpracy z partnerem zagranicznym, zamierzających zatrudnić młodych uczonych: studentów (po ukończeniu 3 roku studiów), doktorantów lub młodych doktorów (do 4 lat po uzyskaniu stopnia naukowego). Kolejny nabór wniosków będzie prowadzony od 30 lipca do 30 września 2011 r.

<http://www.fnp.org.pl/index.php?navi=017,001,002,006>

Program HOMING PLUS – jego celem jest zachęcenie młodych uczonych do powrotu (w przypadku uczonych polskich) lub przyjazdu do Polski (w przypadku uczonych z zagranicy).

Program jest adresowany do osób, które:

- posiadają co najmniej stopień naukowy doktora i znajdują się na wczesnym etapie kariery naukowej (do 4 lat po doktoracie);
- przebywały za granicą nieprzerwanie co najmniej 9 miesięcy (prowadząc badania naukowe, odbywając staż podoktorski lub przygotowując pracę doktorską);
- zamierzają przyjechać do Polski w terminie do 6 miesięcy od końcowej daty przyjmowania wniosków lub przyjechały do Polski nie wcześniej niż 12 miesięcy przed tą datą;
- pracują w Polsce w jednostce prowadzącej badania naukowe lub uzyskały z niej promesę zatrudnienia co najmniej na czas projektu.

Kolejny nabór wniosków będzie prowadzony od 15 sierpnia do 15 października 2011 r.

http://www.fnp.org.pl/programy/aktualne_programy_fnp/stypendia_i_subsydia/program_homing_plus

Program KOLUMB to stypendia na zagraniczne staże podoktorskie. Umożliwiają wybitnym młodym uczonym odbycie stażu podoktorskiego (od 6 do 12 miesięcy) w najlepszych ośrodkach naukowych świata. Laureaci otrzymują stypendium na pobyt w jednym lub – w uzasadnionych przypadkach – w więcej niż w jednym ośrodku naukowym. Stypendyści, którzy chcą przedłużyć swój pobyt za granicą, mogą jednorazowo ubiegać się o dodatkowe środki na ten cel. Laureaci mogą przedłużyć stypendium o maksymalnie 3 miesiące, ich pobyt stypendialny nie może jednak przekroczyć 15 miesięcy.

Termin składania wniosków do 15 października br.

http://www.fnp.org.pl/programy/aktualne_programy_fnp/stypendia_i_subsydia/program_kolumb

Program POMOST, czyli grant powrotowy, to finansowanie projektów realizowanych przez badaczy obu płci wychowujących małe dzieci. Jest adresowany do naukowców, którzy posiadają co najmniej stopień naukowy doktora, pracują w polskiej jednostce prowadzącej badania naukowe lub uzyskali z niej promesę zatrudnienia co najmniej na czas trwania projektu. Wnioski mogą składać matki dzieci w wieku do lat 4 (lub 7 lat w przypadku adopcji lub porodu mnogiego) oraz mężczyźni, którzy korzystali z urlopów lub przerw w pracy związanych z posiadaniem takiego dziecka, trwających nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy, przy czym powrót do pracy naukowej z takich urlopów (przerw) mógł nastąpić przed terminem składania wniosków, jednak nie wcześniej niż 12 miesięcy.

Nabór wniosków będzie prowadzony od 15 sierpnia do 15 października 2011 r.

http://www.fnp.org.pl/programy/aktualne_programy_fnp/stypendia_i_subsydia/program_pomost

Program START to stypendia dla młodych uczonych. Program skierowany jest do młodych, stojących u progu kariery badaczy, którzy już mogą wykazać się sukcesami w swojej dziedzinie nauki. Stanowią dowód uznania dla dotychczasowych osiągnięć naukowych młodych uczonych i są dla nich zachętą do dalszego rozwoju poprzez umożliwienie im pełnego poświęcenia się pracy badawczej.

O stypendia mogą się ubiegać młodzi uczeni, którzy:

- nie przekroczyli wieku 30 lat w roku składania wniosku (lub 32 lat w przypadku kandydatów, którzy korzystali z urlopów wychowawczych/macierzyńskich),
- są pracownikami (ze stopniem naukowym magistra lub doktora) lub doktorantami w szkole wyższej lub innej krajowej instytucji, do której celów statutowych należy prowadzenie badań naukowych,
- mają dorobek udokumentowany publikacjami (artykuły w uznanych periodykach naukowych lub pozycje książkowe).

Termin składania wniosków o przyznanie stypendium na rok 2012 upływa 31 października br.

http://www.fnp.org.pl/programy/aktualne_programy_fnp/stypendia_i_subsydia/program_start

Ponadto informujemy, że przyznano kolejną pulę środków dla Polski w ramach Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Minister rozwoju regionalnego Elżbieta Bieńkowska wraz z ambasadorem Norwegii Enokiem Nygaardem podpisała 10 czerwca 2011 r. w Gdańsku memorandum w sprawie nowej perspektywy Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego. Kolejna pula środków w wysokości 578 milionów euro będzie przekazana Polsce przez trzy kraje: Islandię, Liechtenstein i Norwegię. Pierwsze nabory wniosków ruszą już w przyszłym roku. Pomoc finansowa dla Polski zostanie skierowana na takie obszary jak: badania dotyczące ochrony zdrowia, ochrony środowiska i zmian klimatycznych, nauk społecznych z uwzględnieniem tematyki migracji. Kontynuowane będzie wsparcie na rzecz mobilności studentów i pracowników naukowych szkolnictwa wyższego, a także współpracy instytucjonalnej w formie funduszu stypendialnego, wsparcie dostępności opieki zdrowotnej oraz efektywności energetycznej i odnawialnych źródeł energii.

Monika Wiszniewiecka,
Dział Współpracy z Zagranicą
i Programów Międzynarodowych

W dniu 16 sierpnia zmarł

mgr inż. Jerzy SKRZYPEK

Współzałożyciel i aktywny działacz Komitetu Społecznego Funduszu Rozwoju Medycyny (1981-1991), były dyrektor administracyjny AMG. Dzięki Jego doświadczeniu, doskonałym kontaktom oraz znajomości przepisów Uczelnia uzyskała cenną aparaturę w najtrudniejszym okresie załamania gospodarki.

Symposium bioetyczne w Coimbrze

Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie – aktualna czy przestarzała? – tak zatytułowane było Międzynarodowe Symposium, które odbyło się w dniach 11-12 lipca br. na Wydziale Prawa najstarszego portugalskiego Uniwersytetu w Coimbrze (Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra). Wydarzenie było częścią Europejskiej Szkoły Prawa Medycznego i Bioetyki w Tuluzie organizowanej od lat przez Anne-Marie Duguet, doktora nauk prawnych i medycyny. Na zaproszenie Andre Pereira, dyrektora Centrum Prawa Biomedycznego w Coimbrze z polskiej strony w Symposium uczestniczyli dr Lubomira Wengler z Zakładu Prawa Medycznego i dr Piotr Popowski z Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny: Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie, bardziej znana w literaturze jako Europejska Konwencja Bioetyczna, została uchwalona przez Radę Europy 4 kwietnia 1997 r. w hiszpańskim mieście Oviedo (stąd też i niekiedy określa się ją po prostu jako Konwencję z Oviedo)¹.

– Zasadniczym celem Europejskiej Konwencji Bioetycznej jest uniwersalizacja standardów prawnych w dziedzinie ochrony praw człowieka w związku z rozwojem nauk medycznych. Stan wielości, a zarazem różnorodności regulacji prawnych dotyczących newralgicznych kwestii ochrony życia ludzkiego na najwcześniejszych stadiach jego rozwoju prenatalnego, prowadzić może do omijania istniejących w różnych krajach ograniczeń prawnych, chociażby poprzez transfer technologii czy migrację uczonych. W związku z tymi zagrożeniami podjęto istotną, a jednocześnie ambitną próbę określenia wspólnego fundamentu aksjologicznego dla regulacji prawnych, dotyczących w sposób bezpośredni problematyki życia ludzkiego i *de facto* odpowiedzi na pytanie o jego wartość, godność osoby ludzkiej, a także samą istotę człowieczeństwa – tłumaczy O. Nawrot².

Konwencja weszła w życie 1 grudnia 1999 r., ale dotychczas Polska, mimo że sygnowała tę umowę międzynarodową już w 1999 r., wobec turbulencji politycznych i różnic światopoglądowych w społeczeństwie nie ratyfikowała jej. Konwencja została uzupełniona o protokoły dodatkowe, tj.:

- Protokół dodatkowy o zakazie klonowania istot ludzkich; wszedł w życie 1 marca 2001 r.; otwarty do podpisu w Paryżu od 12 stycznia 1998 r.
- Protokół dodatkowy dotyczący transplantacji organów i tkanek pochodzenia ludzkiego; wszedł w życie 1 maja 2006 r.; otwarty do podpisu w Strasburgu od 24 stycznia 2002 r.
- Protokół dodatkowy dotyczący badań biomedycznych, wszedł w życie 1 września 2007 r.; otwarty do podpisu w Strasburgu od 25 stycznia 2005 r.

- Protokół dodatkowy dotyczący testów genetycznych dla celów zdrowotnych, nie wszedł w życie; otwarty do podpisu w Strasburgu 27 listopada 2008 r.

Układ treści Europejskiej Konwencji Bioetycznej posłużył organizatorom Symposium do ustalenia programu. Gości powitali prof. J. G. Silva, pełniący funkcję rektora Uniwersytetu w Coimbrze, prof. A. Santos Justo (dziekan Wydziału Prawa), prof. G. de Oliveira (dyrektor Centrum Prawa Biomedycznego) i prof. T. Noguchi (przewodniczący Międzynarodowego Stowarzyszenia Prawa Medycznego). Podkreślili istotne znaczenie naukowej refleksji nad prawem i etyką, wciąż nienadążającymi za rozwojem technologii biomedycznych.

Kolejno prezentowano referaty stanowiące ilustrację problemów powstałych na tle implementacji zasad proklamowanych przez Europejską Konwencję Biomedyczną. Podkreśla znaczenie trzech podstawowych zasad, w tym:

- zasady ochrony godności ludzkiej (w art. 1 Konwencja chroni godność i tożsamość wszystkich ludzi i gwarantuje każdemu człowiekowi – bez jakiegokolwiek dyskryminacji – poszanowanie jego integralności i praw przy wykorzystywaniu biologii i medycyny),
- zasady prymatu osoby w przypadku konfliktu pomiędzy interesami jednostki a interesami społeczeństwa jako ogółu (wyższe znaczenie ma interes jednostki; nie można zatem prowadzić badań naukowych kosztem człowieka),
- zasady sprawiedliwego dostępu do ochrony zdrowia.

Kolejna sesja dotyczyła zgody osoby na interwencję medyczną (*informed consent*). Konwencja wymaga, aby każda interwencja medyczna w stan zdrowia osoby była poprzedzona wyrażeniem przez nią zgody. Następnie zaprezentowano referaty dotyczące prawa do prywatności i informacji o stanie zdrowia. Prawo do informacji jest bowiem zwykle wywodzone właśnie z prawa do prywatności. Każdy ma zatem prawo do poznania wszystkich danych o stanie swojego zdrowia i jest dysponentem takich danych. Bez zgody dysponenta informacje te nie mogą być transferowane dalej.

Następne sesje poświęcone były takim zagadnieniom jak genotyp ludzki, inżynieria genetyczna, transplantacja oraz badania naukowe.

Podczas symposium lekarze zajmujący się pacjentami w stacjach terminalnych zadali bardzo istotne i poruszające pytanie – Czy mamy obowiązek żyć? W trakcie podjętej dyskusji m.in. przedstawiciele GUMed-u zaprezentowali stanowisko, według którego życie jest najistotniejszą wartością, a walka o nie i ustalenie jego znaczenia we współczesnym świecie trwała tak długo, że na pytanie to, niezależnie od współczucia i troski o los poszczególnych osób, należy odpowiedzieć aprobująco. Musimy żyć dla uratowania życia jako najważniejszej wartości; każde odstępstwo od takiej perspektywy, może powodować zmianę w podejściu do człowieka, a to jest już groźne. Tutaj przywołano przykład Holandii, gdzie po wprowadzeniu legalnej eutanazji okazało się, że rodziny wymuszają na schorowanych, starszych członkach rodziny podjęcie procedury eutanatycznej.

Symposium stanowiło płaszczyznę interesującej i bogatej wymiany opinii między praktykami i teoretykami, etykami, filozofami, lekarzami i prawnikami.

dr Lubomira Wengler
dr Piotr Popowski



¹ Tekst Europejskiej Konwencji Bioetycznej znajduje się na stronie <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>. Polski przekład tego tekstu można natomiast znaleźć w: *Prawo i Medycyna* 1999, nr 3, vol 1, s. 140-151.

² O. Nawrot, *Istota ludzka czy osoba? Status nasciturusa na gruncie Europejskiej Konwencji Bioetycznej*, *Prawo i Medycyna* 2004, nr 1 (14) vol. 6, s. 86-99, <http://www.prawoimedycyna.pl/sklep/248/istota-ludzka-czy-osoba-status-nasciturusa-na-gruncie-europejskiej-konwencji-bioetycznej--nr-14>; patrz także przywołany przez autora: M. Safjan, *Prawo polskie a Europejska Konwencja Bioetyczna*, *Prawo i Medycyna* 2000, nr 5, vol. 2, s. 5-18.

Marek Wroński

Różne problemy współautorstwa (cz. 3)

Często zdarza się, że prace naukowe opierają się na współpracy między wieloma naukowcami, niekiedy zatrudnionymi w różnych instytucjach w kilku krajach. Podstawą takiej współpracy jest zaufanie, że wyniki ich badań zostaną opublikowane w obopólnie zaakceptowanym maszynopisie oraz że nikt nie zostanie oszukany i ograbiony z włożonego wysiłku badawczego.

Doktor Andrew Leask, pracujący na The University of Western Ontario w Kanadzie i zajmujący się molekularną podstawą chorób tkanki łącznej (jest członkiem Canadian Scleroderma Research Group), nawiązał współpracę z prof. Jamesem R. Woodgett z Samuel Lunenfeld Research Institute Uniwersytetu w Toronto. Pracownicy laboratorium tego ostatniego, za pomocą inżynierii genetycznej, stworzyli mutantą transgeniczną myszy z dwoma brakującymi genami, które kodują kinazę proteinową, zwaną Glycogen Synthase Kinase-3 (GSK-3). Wyrzucanie (blokowanie) specyficznych genów pozwala badać różne mechanizmy wielu chorób na poziomie komórkowym. Jest to dosyć skomplikowany proces i za pierwszą taką „wyprodukowaną” w 1989 roku tzw. *knockout mice*, jej „odkrywcę-producenta”, profesorowie: Mario R. Capecchi, Martin Evans oraz Oliver Smithies otrzymali w roku 2007 Nagrodę Nobla. „Wynalezienie” w ten sposób zwierzęta laboratoryjne są patentowane i hodowane do własnych badań.

Obaj naukowcy znali się z różnych zjazdów, stąd gdy dr Leask poprosił go o jedną nowo odkrytą mysz GSK-3β do ewentualnych „jakichś” badań, profesor Woodgett zgodził się, prosząc jednak o wcześniejsze powiadomienie, jakie ewentualnie doświadczenia będą z jej komórek wykonywane. Jego mysz była jeszcze nieopatentowana, a informacje o niej nieopublikowane. Warunki zostały przyjęte.

Jakież więc było zdumienie prof. Woodgetta, gdy ten w październikowym numerze prestiżowego czasopisma *Journal of Clinical Investigations* (IF 15,3) z roku 2008 znalazł artykuł *GSK-3β in mouse fibroblasts controls wound healing and fibrosis through an endothelin-1-dependent mechanism*, pochodzący z laboratorium dr. Leaska. Wśród dziewięciu autorów widniało i jego nazwisko, na że o pracy nie miał zielonego pojęcia, a przepisy redakcyjne wymagają, aby każdy współautor podpisał się własnoręcznie pod pismem przewodnim do redakcji, gdy maszynopis proponowany jest do druku.

Oburzony „honorowy autor” napisał do redaktora naczelnego, informując, że nic nie wie o pracy, której jest współautorem, nie czytał maszynopisu ani go nie akceptował do druku, stąd prosi o retrakcję pracy. Redakcja po sprawdzeniu, że podpis prof. Woodgetta został sfalszowany, już w następnym miesiącu unieważniła pracę. Doktor Leask wziął na siebie całą winę, próbując tłumaczyć, że w pośpiechu wysyłania maszynopisu do druku zabrakło mu czasu, aby prof. Woodgett mógł się podpisać.

Redakcja opatrzyła retrakcję dodatkowym komentarzem. Poinformowała w nim, że unieważnia tę wartościową publikację z żalem, bowiem zajęła ona tym młodym naukowcom: doktorantom i studentom kilka miesięcy pracy i wymagała od nich przeprowadzenia wielu żmudnych badań. Jednak nie można popierać nierzetelnego zachowania głównego autora pracy,



który ukrył maszynopis i sfalszował podpis, naruszając tym samym dzentelmeńską umowę z ośrodkiem, który przekazał mu materiał badawczy.

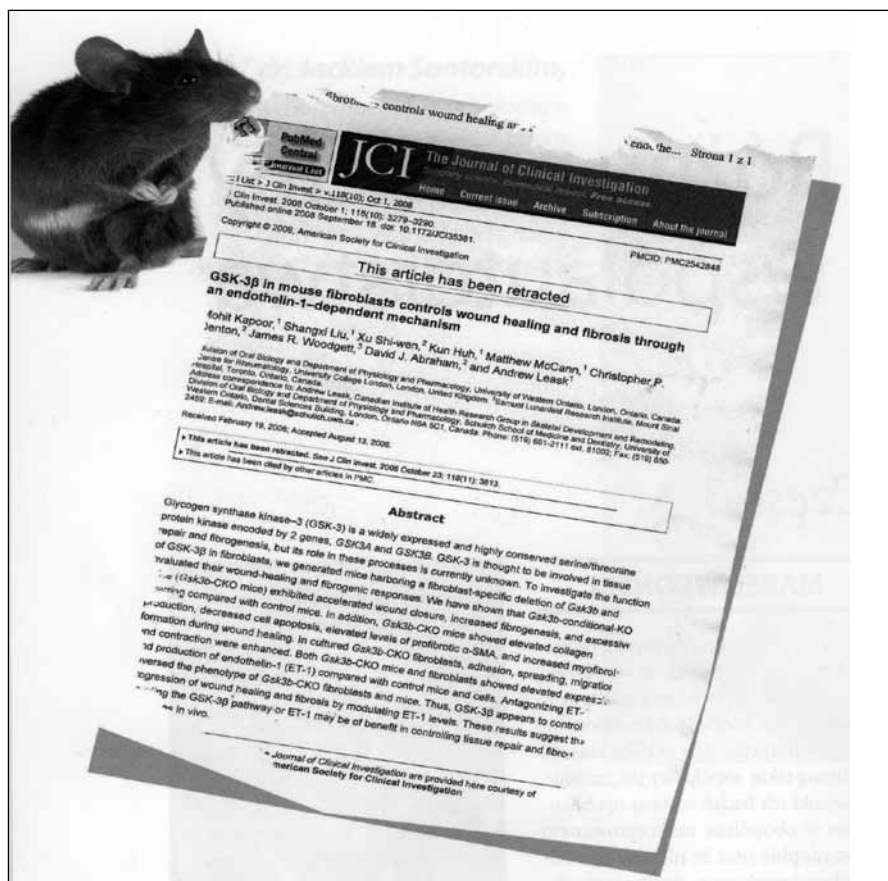
Dane z sufitu

Pracujący w małym miasteczku Seljord w okręgu Telemark, norweski dentysta i lekarz, Jon Sudbø, skończył 3 maja br. 50 lat. Jego nazwisko i twarz znane są prawie każdemu Norwegowi i prawdopodobnie wielu naukowcom na świecie, ale nie należy sądzić, że ten byłby naczelnym lekarzem prestiżowego centrum onkologicznego The Norwegian Radium Hospital w Oslo dostał wiele życzeń od dawnych kolegów. Jego błyskawiczna kariera skończyła się nagle w piątek, 13 stycznia 2006 r., kiedy norweska gazeta oznajmiła, że sztandarowa praca doc. Sudbø, opublikowana w znanym tygodniku

The Lancet, jest rzadko spotykanym oszustwem. Opublikowano ją w połowie października 2005 r. pod tytułem *Non-steroidal anti-inflammatory drugs and the risk of oral cancer: a nested case-control study*. Udowodniano w niej, że na podstawie monitorowania w okresie dwudziestu lat 908 pacjentów-palaczy, dłuższe stosowanie (powyżej 5 lat) niesterydowych leków przeciwzapalnych, takich jak: ibuprofen czy naproxen, zmniejszało o połowę ryzyko zachorowania na raka jamy ustnej, natomiast dwukrotnie zwiększało ryzyko śmierci krążeniowej. Praca miała czternastu autorów, w tym takie sławy światowej onkologii jak: profesorowie: J. J. Lee i S. M. Lippman z MD Anderson Cancer Center w Houston, A. J. Dannenberg z Cornell University Hospital w Nowym Jorku oraz A. Reith z Oslo. Jej publikacja odbiła się dość głośnym echem na świecie, bowiem praca przestrzegała lekarzy przed szafowaniem lekami przeciwzapalnymi. Po jej opublikowaniu ich zużycie drastycznie zaczęło spadać, co odbiło się na giełdowych cenach akcji znanych firm farmaceutycznych. Lekarze na całym świecie doszli do wniosku, że skoro z rakiem jamy ustnej można żyć kilkanaście lat po diagnozie, zaś na zawał umiera się prawie od razu, to dla palących pacjentów „po sześćdziesiątce” o wiele bezpieczniejsze jest niestosowanie leków przeciwzapalnych.

Jonowi Sudbø unieważniono pracę doktorską i odebrano prawo wykonywania zawodu lekarza. W dodatku opuściła go żona, a bank przejął piękny dom

To że praca autorstwa doc. Sudbø jest nierzetelna, odkryła dr Camilla Stoltenberg, szefowa Oddziału Epidemiologii Instytutu Zdrowia Publicznego w Oslo. Podczas Świąt Bożego Narodzenia w grudniu 2005 r., w swoim domku w górach, czytała zaległe czasopisma medyczne, w tym październikowy numer *The Lancet*. Dokładnie też przestudiowała artykuł doc. Jona Sudbø. Zaintrygował ją, ponieważ autor powoływał się w nim na dane epidemiologiczne, otrzymane z jej instytutu. Doktor Stoltenberg wiedziała, że baza z tak dokładnymi danymi w jej



Po półrocznej pracy opublikowano dokładne sprawozdanie komisji, w którym odnotowano, że 15 prac jest nierzetelnych i trzeba je unieważnić, podobnie jak i doktorat. Komisja skrytykowała kierownictwo obu szpitali klinicznych, gdzie pracował doc. Sudbø, za brak nadzoru nad pracami naukowymi. Naukowiec zrezygnował z pracy. Uniwersytet w Oslo unieważnił jego pracę doktorską, a Izba Lekarska odebrała mu prawo wykonywania zawodu lekarza medycyny, pozwalając na ograniczone prawo praktyki w stomatologii. W dodatku opuściła go żona, a bank przejął piękny dom, kupiony na wysoki kredyt, który – po wstrzymaniu wszystkich grantów i braku etatowego zatrudnienia – nie mógł być dalej spłacany.

W październiku 2007 r. amerykańskie Biuro Rzetelności Naukowej w Waszyngtonie stwierdziło, że doc. Jon Sudbø sfałszował bądź sfabrykował liczne dane, które były podstawą w jego aplikacji grantowej w 2001 r., jak również w trzech publikacjach, które sfinansowano z otrzymanego grantu. Ukarano go dożywotnim wykluczeniem z możliwości ubiegania się o granty rządowe w USA, jak również z recenzowania takich grantów. Orzeczenie opublikowano w *Dzienniku Urzędowym*.

Współautorów tych wycofanych prac, w szczególności promotora doktoratu, prof. Albrechta Reitha, skrytykowano na łamach czasopism naukowych i w wypowiedziach prasowych, że „na wiarę” przyjmowali wszystkie dane od lekarza. Aczkolwiek dochodzenie wykazało, że żaden ze współautorów nie miał świadomości, że doc. Jon Sudbø fabrykował dane kliniczne, to jednak wobec kilku amerykańskich profesorów publicznie sugerowano, że pochapnie i niezgodnie z regułami „z Vancouver” przyjęli współautorstwo trefnych artykułów. Ich znane nazwiska pozwoliły recenzentom być mniej krytycznymi, co spowodowało zakwalifikowanie pracy do druku w *Lancecie*.

Władze Norwegii wprowadziły karę bezwzględnego więzienia za oszustwa naukowe

Ten największy skandal naukowy w historii Norwegii wstrząsnął krajem i zmusił władze państwowe do wprowadzenia odpowiednich zmian ustawodawczych, w tym kary bezwzględnego więzienia za oszustwa naukowe.

Morał z tych opowieści jest taki: przy współpracy z innymi ośrodkami, bądźmy ostrożni. Nawet, mając zaufanie do współpracowników, zawsze sprawdzajmy przedstawiane przez nich „surowe” dane oraz ich oryginalność. Wiara „na słowo” wcześniej czy później może doprowadzić nas do przykrych sytuacji i/lub konsekwencji.

miejsu pracy nie istniała. Spostrzegawcza lekarka (siostra urzędującego od października 2005 r. premiera Norwegii, Jensa Stoltenberga) 5 stycznia 2006 r. podzieliła się swoimi podejrzeniami z kilkoma współpracownikami, wysyłając im e-maile. Jeden z nich trafił do prof. Larsa Vattena, kierownika Zakładu Epidemiologii Uniwersytetu w Trondheim, który natychmiast napisał do doc. Jona Sudbø, żądając wyjaśnień, dotyczących danych nowotworowych, na których oparł pracę. W odpowiedzi doc. Sudbø poinformował, że dane uzyskał od Instytutu Zdrowia Publicznego w Oslo. 10 stycznia 2010 r., w obecności dyrektora szpitala, w którym pracował Sudbø, doszło do konfrontacji. Zdobywca największej ilości grantów w Norwegii, którego roczne dochody „z nauki” w 2004 roku wyniosły ok. 300 tys. złotych, przyznał się, że całość pracy wymyślił i sfałszował. „Z sufitu” wzięte były wszystkie dane, poczynając od dat urodzenia, po liczbę wypalanych papierosów, przyjmowane leki i rozpoznane choroby. Po kilku dniach dodał, że fałszywe dane są zawarte w dwóch innych przełomowych pracach, opublikowanych przez niego w superprestigious *New England Journal of Medicine* oraz w prestiżowym *Journal of Clinical Oncology*. Wszystkie te prace naukowe wspomagane były grantami zarówno z Norwegii, jak i z amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia w Bethesda koło Waszyngtonu.

Bolesny kopniak

Dyrektor administracyjny Radium Hospital, Stein Vaaler, niezwłocznie ujawnił sprawę w prasie. Od razu powołał też pięcioosobową komisję pod przewodnictwem szwedzkiego epidemiologa, prof. Andersa Ekboma ze sławnego Karolinska Institutet w Sztokholmie, którego profesorowie decydują o przyznaniu Nagrody Nobla w medycynie. Komisja miała dokładnie przebadать 38 prac, które w latach 1997 – 2005 opublikował Jon Sudbø, z weryfikacją danych klinicznych i laboratoryjnych.

Warsztaty dla dziennikarzy w Gdańsku

Rozwiń żagle nauki



Dwudniowe warsztaty *Study Tour*, zorganizowane przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Gdańsku w dniach 14-15.04.2011 r., poświęcone były komunikacji naukowej. Rozpoczęła je prezentacja Magdaleny Kuli, doradcy Ministra MNiSW o stronie internetowej www.nauka.gov.pl jako dobrego źródła informacji o nauce, reformie nauki, budżecie i źródłach finansowania nauki, w tym o funduszach Unii Europejskiej.

Zajęcia warsztatowe poświęcone głównie temu jak zbierać informacje, jak przygotować się do wywiadu, jak atrakcyjnie, jasno i bez żargonu pisać o nauce i o naukowcach prowadził znany śląski dziennikarz naukowy, doktor fizyki Tomasz Rożek.

Integralną częścią warsztatów były wizyty u dwóch beneficjentów, gdzie zaprezentowano uczestnikom realizację trzech dużych unijnych projektów. W Politechnice Gdańskiej realizowany jest projekt o nazwie *Nowoczesne Audytorium Politechniki Gdańskiej* obejmujący modernizację i ultranowoczesne wyposażenie wyposażenie w sprzęt audiowizualny 7 audytoriów i 6 sal wykładowych w budynkach 5 wydziałów. W ramach tego projektu zbudowane zostanie unikalne Laboratorium Zanurzonej Wizualizacji Przestrzennej. Będzie to pierwsze w Polsce laboratorium pozwalające na nieograniczony terytorialnie spacer po zadanym świecie wirtualnym. Projekt, który zostanie ukończony w marcu 2014 r., uzyskał dofinansowanie w kwocie 24 640 347 złotych z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko.



Drugi projekt realizowany w Politechnice Gdańskiej to *MAYDAY EURO 2012* Superkomputerowa Platforma Kontekstowej Analizy Strumieni Danych Multimedialnych do identyfikacji wyspecyfikowanych obiektów lub niebezpiecznych zdarzeń. Zakłada on wykorzystanie Internetu i połączeń światłowodowych, tzw. strumieni multimedialnych, specjalizowanego oprogramowania oraz superkomputera GALERA, gdzie pozyskane z różnych źródeł dane będą przetwarzane na informacje, obrazy i dźwięk. Możliwe będzie rozpoznanie zdarzenia, informowanie użytkownika o anormalnej sytuacji, ale także aktywowanie ciągu zdarzeń w celu eliminacji zagrożenia. Ta nowa superkomputerowa platforma pozwoli na łączenie, analizowanie i przetwarzanie danych z różnych źródeł, w tym z kamer zlokalizowanych na ulicach czy stadionach. To również narzędzie do szczegółowej analizy filmów z badań endoskopowych przewodu pokarmowego, co zwiększy dokładność badań i szybkość wykrycia zmian. Pozwoli także na szybkie porównanie dokumentów cyfrowych, przedstawionych jako pliki wielkich rozmiarów, w celu weryfikacji czy dany dokument powstał z naruszeniem praw autorskich. Projekt uzyskał dofinansowanie w kwocie



16 316 384 złotych z Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka. Zostanie ukończony we wrześniu 2012 r.

Ostatni z zaprezentowanych projektów, którego beneficjentem jest Wyższa Szkoła Bankowa w Gdańsku zatytułowany jest *Praktycznie najlepsi – program kształtowania przyszłości studentów w biznesie*. Dobre ukierunkowanie ścieżki kariery to podstawa sukcesu w przyszłości. Celem tego projektu jest zwiększenie szans studentów w wejściu na rynek pracy poprzez uświadomienie badanym ich predyspozycji zawodowych, wskazanie możliwości i kierunków rozwoju. Projekt pozwoli zdiagnozować kompetencje kluczowe dla zawodów i branż, co może być przydatne w wyborze odpowiedniej pracy. Projekt uzyskał dofinansowanie w kwocie 1 055 796 złotych z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Zakończenie planowane jest na wrzesień 2011 r.

prof. Wiesław Makarewicz
redaktor naczelny Gazety AMG



ZAKOŃCZENIE BUDOWY CENTRUM MEDYCyny INWAZYJNEJ

Rok 21

wrzesień 2011

nr 8/9 (248-249)



Dobiegła końca trwająca blisko cztery lata inwestycja Centrum Medycyny Inwazyjnej (CMI) realizowana przy ul. Smoluchowskiego i ul. Dębinki. Jej uroczyste zakończenie odbędzie się 16 września br. Pierwsi pacjenci zostaną przyjęci do placówki jeszcze w tym roku kalendarzowym. Inwestycja została zrealizowana ze środków budżetu RP.

Kamień węgielny pod Centrum Medycyny Inwazyjnej wmurowano 14 czerwca 2008 r., a kilka dni później pełną parą ruszyły prace budowlane. Budynek zaprojektowało konsorcjum firm Arch-Deco z Gdyni i APA Kuryłowicz & Associates z Warszawy.

Centrum Medycyny Inwazyjnej to sześciokondygnacyjny budynek z pięcioma piętrami nadziemnymi i podziemnym parkingiem liczącym 197 miejsc postojowych. Na zewnątrz Szpitala będzie mogło zaparkować 89 samochodów. Nowy szpital składa się z kilku części, w których mieści się 12 oddziałów zabiegowych. Każdy liczy co najmniej 10 łóżek. W Centrum jednocześnie będzie mogło być hospitalizowanych 311 pacjentów, zajmujących sale jedno- lub dwuosobowe.

CMI w liczbach

Powierzchnia zabudowy	11 355,00 m ²
Kubatura cz. naziemnych	222 425,70 m ³
Kubatura cz. podziemnych	41 551,89 m ³
Kubatura całkowita	263 977,59 m ³
Powierzchnia netto	54 509,42 m ²
Powierzchnia użytkowa	32 604,93 m ²
Powierzchnia ruchu	14 353,58 m ²
Powierzchnia usługowa	7 550,91 m ²
Windy	20
Koszt budowy obiektu CMI łącznie z wyposażeniem to ponad 400 mln zł.	



Przyjazny pacjentom

Zarówno główny wjazd, jak i wejście do budynku szpitala zaprojektowano od strony ulicy Smoluchowskiego. Przed budynkiem znajduje się podjazd dla pacjentów, z którego pod zadaszeniem wchodzi się do głównego holu w budynku A. Na najwyższej kondygnacji umieszczono Klinikę Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej. Na pozostałych piętrach zostały zlokalizowane poradnie przykliniczne, główne rejestra-

cje, punkty przyjęć, apteka, szatnie z kompleksami sanitarnymi oraz przejście do głównego pasażu. Ma on pełnić rolę ogólnodostępnego holu w formie ulicy, przy której znajdują się punkty gastronomiczne i usługowe. To też miejsce, z którego za pośrednictwem galerii i kładek można przejść do każdego budynku całego kompleksu. – Chcemy, żeby był to obiekt przyjazny pacjentowi, nie kojarzył się ze szpitalem i dlatego główny pasaż w placówce będzie bardziej przypominał fragment przestrzeni miejskiej niż szpital

– mówi prof. Janusz Moryś, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Od strony zachodniej zlokalizowany został budynek C z poszczególnymi oddziałami łóżkowymi. Jego układ funkcjonalny został zaprojektowany w formie grzebień, którego trzon komunikacyjny tworzą galerie dostępne od strony pasażu oraz kompleksy wind i klatek schodowych umożliwiające bezkolizyjną komunikację pionową na poszczególne oddziały.

Przed wszystkim nowoczesność i funkcjonalność

Na końcach każdego z trzech skrzydeł zostały zlokalizowane pomieszczenia ogólnodostępne dla pacjentów, z których rozpościera się widok na otaczający las oraz klatki schodowe. Umożliwiają one swobodną komunikację pomiędzy poszczególnymi poziomami budynku, a jednocześnie są

wyjściami ewakuacyjnymi. Od strony wschodniej zaprojektowano budynek B, do którego prowadzą dojścia z pasażu. To tu jest serce szpitala. Mieści się w nim blok operacyjny z 15 salami. - Główny wykonawca CMI – Erbud SA – zlecił jego realizację niemieckiej firmie Hospital Technik. Ściany



Jednostki organizacyjne

- Kliniczny Oddział Ratunkowy
- Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej
- Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej
- Klinika Chirurgii Onkologicznej
- Klinika Chirurgii Plastycznej
- Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
- Klinika Chirurgii Urazowej
- Klinika Chorób Oczu
- Klinika Gastroenterologii i Hepatologii
- Klinika Neurochirurgii
- Klinika Otolaryngologii
- Klinika Transplantacji Szpiku
- Klinika Urologii
- Dział Przyjęć Planowych
- Chirurgia Jednego Dnia
- Blok Operacyjny (15 sal)
- Oddział Nadzoru Pooperacyjnego
- Zespół Przychodni Przyklinicznych
- Laboratorium Patomorfologii i Badań Molekularnych
- Pracownia Badań Inwazyjnych i Endoskopii
- Pracownie RTG, USG, MR i TK
- Apteka Centralna
- Bank Krwi
- Centralna Sterylizatornia
- Centrum Urazowe*

* projekt dofinansowany z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2007-2013, oś priorytetowa *Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia*, Działanie 12.1 *Rozwój systemu ratownictwa medycznego*.



sal operacyjnych są obłożone panelami szklanymi, łatwymi do dezynfekcji. To maksymalnie zabezpieczy pacjentów przed powikłaniami infekcyjnymi – tłumaczy Marek Langowski, kanclerz GUMed.

W bezpośrednim sąsiedztwie sal operacyjnych znajdują się sale wybudzeniowe, do których pacjenci będą przywożeni po zabiegach. Zostały tam zamontowane podwójne okna, które wygłuszają hałasy dochodzące z zewnątrz.

Cały kompleks budynku B został zaprojektowany w oparciu o wzajemne powiązania funkcjonalne pomiędzy Kliniką Oddziałem Ratunkowym, blokiem operacyjnym, centralną sterylizatornią oraz pomieszczeniami radiologii.

Centrum Medycyny Inwazyjnej ma również część dydaktyczną, na którą składa się audytorium z 288 miejscami dla słuchaczy oraz sale seminaryjne. – Wszystkie sale operacyjne będą wyposażone w zestawy do transmisji obrazu i dźwięku do sal dydaktycznych – dodaje rektor Moryś. – Możliwe będzie zapisywanie, przechowywanie i udostępnianie nagrań z prowadzonych operacji. Od tej strony została zlokalizowana także restauracja z widokiem na las.

W budynku działać będzie poczta pneumatyczna, czyli system rur, za pomocą których przy wykorzystaniu sprężonego powietrza możliwe będzie przesyłanie np. próbek krwi w specjalnych puszkach do laboratorium.

Co więcej, na dachu budynku powstało ładownisko dla śmigłowców, które bezpośrednio, za pomocą dwóch wind połączonych jest z oddziałem ratunkowym. Na kondygnacji podziemnej oprócz parkingu znajduje się część techniczna, szatnie dla personelu i węzły sanitarne. Na parterze, w częściach niedoświetlonych światłem dziennym, została zlokalizowana pozostała część pomieszczeń technicznych i magazynowych.

Centrum Medycyny Inwazyjnej to pierwszy nowy szpital publiczny w Trójmieście od 20 lat. – To tutaj będą trafiać trudne przypadki, z którymi nie poradzą sobie inne szpitale. Jako szpital uniwersytecki mamy obowiązek zabezpieczać również sąsiednie regiony, zatem będziemy przyjmować pacjentów aż z połowy Polski północnej – mówi prof. Janusz Moryś, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Po zakończeniu budowy nowego obiektu i przeprowadzce oddziałów chirurgicznych do CMI rozpocznie się drugi etap inwestycji wieloletniej – modernizacja części starych budynków GUMed-u i przystosowanie ich dla potrzeb klinik pediatrycznych. Część budynków, które są w złym stanie technicznym ulegnie wyburzeniu. Rozbudowany i wyremontowany zostanie układ drogowy na terenie UCK, co pozwoli na płynną komunikację pomiędzy nową i starą częścią szpitala.

Kalendarium budowy

Rok 2006 – prace przygotowawcze do projektu

- Opracowanie studium lokalizacyjnego oraz sporządzenie wstępnego programu medycznego inwestycji i wstępnej koncepcji Centrum przez dr. hab. Piotra Czaudernę i kanclerza Marka Langowskiego

Wydatki – 280 tys. zł – środki własne.

Rok 2007 – prace przygotowawcze do projektu, prace projektowe, rozbiórki starych obiektów

- Decyzja Ministra Zdrowia Nr 2/4217 z dnia 6.02.2007 o akceptacji Programu Medycznego
- Przetarg na projekt budynku Centrum Medycyny Inwazyjnej i zawarcie umowy z konsorcjum firm Arch-Deco z Gdyni i APA Kuryłowicz & Associates z Warszawy, wykonawcą projektu – 11 maja



- Przetarg na pełnienie obowiązków kierownika projektu (inwestora zastępczego) i zawarcie umowy z inwestorem zastępczym firmą Pirelli Pekao R.E. z Warszawy – 5 października
- Zakończenie prac nad projektem budowlanym – grudzień
- Rozbiórki starych budynków zlokalizowanych na działce przeznaczonej pod budynek CMI

Wydatki – 7 900 tys. zł – środki Ministerstwa Zdrowia.

Rok 2008 – prace nad projektem wykonawczym, prace przygotowawcze w terenie: rozbiórki budynków, przekładki sieci, realizacja stanu surowego podziemi, tzw. stanu „0”

- Wykonanie projektu wykonawczego konstrukcji podziemi – luty/marzec
- Ogłoszenie przetargu na wykonawcę stanu surowego podziemi – kwiecień
- Wmurowanie kamienia węgielnego pod budynek CMI – 14 czerwca

- Podpisanie umowy z firmą ALLCON SA z Gdyni, wykonawcą stanu surowego podziemi – 20 czerwca
- Wykonanie projektu wykonawczego konstrukcji parteru – wrzesień
- Ogłoszenie przetargu na wykonawcę stanu surowego parteru – październik
- Zakończenie prac nad projektem wykonawczym budynku – grudzień
- Przetarg na wykonawcę łącznika pomiędzy budynkami 2 i 12 na terenie istniejącego szpitala – ogłoszenie w listopadzie. Wybrany wykonawca – firma S-Bud SA ze Starogardu Gdańskiego
- Podpisanie umowy na wykonanie stanu surowego parteru z firmą ALLCON SA z Gdyni – 1 grudnia

Wydatki – 45 524 tys. zł – środki Ministerstwa Zdrowia (w tym 5 061 tys. zł środków niewygasające przechodzące na 2009 rok).





Rok 2009 – realizacja stanu surowego całego obiektu, prace instalacyjne, sieci

- Przetarg na III etap robót budynku CMI – dokończenie stanu surowego, roboty wykończeniowe, zagospodarowanie terenu – ogłoszenie w styczniu
- Podpisanie umowy z wykonawcą III etapu konsorcjum firm Wolff & Muller GmbH & Co.KG oraz ERBUD S.A. – 20 maja
- Zakończenie budowy łącznika 2-12 – 19 czerwca
- Zakończenie stanu surowego budynku – październik



- Zawieszenie wiechy na budowie CMI – 16 października

Wydatki 70 000 tys. zł – środki Ministerstwa Zdrowia

Rok 2010 – kontynuacja robót III etapu

- Instalacje, elewacje, dachy, fasady szklane, stolarka okienna, roboty wykończeniowe: ściany działowe, wylewki pod posadzki, sieci, zagospodarowanie terenu
- Z powodu uszczuplonej dotacji zakres prac został ukierunkowany głównie na kompletne „zamknięcie” budynku, pozwalające na uruchomienie ogrzewania w okresie zimowym, wykonanie sieci, podbudów pod drogi, wjazdu na teren CMI i ogrodzenia

Wydatki 64 800 tys. zł – środki Ministerstwa Zdrowia.



Rok 2011 – dotacja 200 mln zł

- Kontynuacja robót budowlano-wykończeniowych, zagospodarowanie terenu
- Zakup i montaż aparatury i narzędzi medycznych, mebli, sprzętu komputerowego, telewizji dydaktycznej i pozostałych elementów wyposażenia

Wydatki (stan na dzień 30.06.2011) – 47 822 tys. zł – pozostałe kwoty do zrealizowania w III i IV kwartale.





Wypożyczenie

Za 86,9 mln zł konsorcjum Siemens – Draeger oraz jego podwykonawcy wyposażyli nowy budynek zabiegowej części uniwersyteckiego szpitala. W nowej placówce znajdują się różnego rodzaju urządzenia diagnostyczne, w tym m.in. rezonans magnetyczny, tomokomputer, aparaty rentgenowskie, angiografy, ultrasonografy, lampy operacyjne i zabiegowe, kolumny anestezyjologiczne, chirurgiczne, laparoskopowe oraz stoły operacyjne. – Takiego 1,5-teslowego rezonansu magnetycznego, który jest w CMI w Polsce nie ma – zapewnia kanclerz Langowski. – Tak samo jak aparaty do znieczulenia firmy Draeger. W Polsce podobnych nie ma, a ich obsługę personel będzie musiał się uczyć za granicą. Wszystkie urządzenia objęte są trzyletnią gwarancją. Natomiast przetarg na dostawę zintegrowanego systemu obrazowania śródoperacyjnego (neuronawigacja) z rezonansem śródoperacyjnym, ramieniem O i ultrasonografem o łącznej wartości 8,2 mln zł wygrała firma Medtronic. W okulistyczny mikroskop operacyjny o wartości 0,5 mln zł wyposaży CMI firma Carl Zeiss. Łóżka szpitalne za kwotę 7,26 mln zł dostarczy firma Richter Med SA z Warszawy, a sprzęt sieciowy za 3,68 mln zł Crocom Computer Systems z Gdańska. – Wszystkie łóżka są elektrycznie sterowane, co oznacza, że pacjent, który chce zmienić pozycję, nie będzie musiał wołać pielęgniarki – tłumaczy kanclerz Langowski. – Wśród nich są także łóżka przeznaczone dla pacjentów intensywnej terapii. Wyginają się praktycznie

w każdą stronę, wyposażone są w podłączenia do aparatury i kroplówek, mają funkcję unieruchamiania, masowania, a nawet „oklepywania” chorego. Na polecenie anestezyjologa zważą go, by łatwiej było dobrać dla pacjenta odpowiednią porcję leku. Dzięki pneumatycznym materacom można regulować ich twardość, a tym samym zapobiegać odleżynom, na które narażone są szczególnie osoby przewlekle chore. Leżącego na takim łóżku pacjenta nie trzeba nawet trans-

portować na badania rentgenowskie. Wystarczy włożyć w specjalny tunel kasetę, przystawić przenośny aparat RTG i wykonać zdjęcie.

W ramach Centrum Medycyny Inwazyjnej realizowany jest projekt *Doposażenie w specjalistyczną aparaturę medyczną Centrum Urazowego w obecnie budowanym Centrum Medycyny Inwazyjnej*. Jest on dofinansowany z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko na lata 2007-2013, oś priorytetowa *Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia*, Działanie 12.1 *Rozwój systemu ratownictwa medycznego*. Dzięki pozyskanym środkom zostanie zakupiony nowoczesny sprzęt:

- tomograf komputerowy (CT) z funkcją szybkiego skanowania całego ciała pacjenta z urazami wielonarządowymi
- 2 śródoperacyjne aparaty RTG z ramieniem C, z możliwością wykonywania fluoroskopii, mobilne i przystosowane do pracy na salach operacyjnych przy pacjentach z urazami mnogimi
- mobilny echokardiograf
- przenośne USG z funkcją Dopplera do szybkiej diagnostyki ultrasonograficznej,
- 2 aparaty do znieczulania z systemami monitorowania i informatycznym do przekazywania danych pacjentów do systemu HIS
- narzędzia operacyjne z wyposażeniem przeznaczone do wykonywania procedur chirurgicznych u pacjentów przyjmowanych po urazach
- doposażenie Oddziału Intensywnej Terapii w systemy monitorujące i informatyczne
- wyposażenie bloku operacyjnego Klinicznego Oddziału Ratunkowego w funkcje typu *emergency*
- drobny sprzęt do działań ratunkowych



Nowoczesne wyposażenie CMI

- najnowocześniejszy 1,5-teslowy rezonans magnetyczny Magnetom Aera, pierwszy w Polsce
- neuronawigacja – zintegrowany system obrazowania śródoperacyjnego składający się z śródoperacyjnego rezonansu magnetycznego, ramienia „O” oraz aparatu USG
- zaawansowane mikroskopy śródoperacyjne dedykowane zabiegom neurochirurgicznym, okulistycznym, laryngologicznym oraz chirurgii plastycznej współpracujące z nawigacją



- 3 cyfrowe aparaty rentgenowskie typu Telekomando
- 7 ultrasonografów
- 45 endoskopów elastycznych
- mammograf z funkcją biopsji mammotomicznej umożliwiającą bardzo precyzyjną diagnostykę zmian w gruczole piersiowym
- kompleksowo wyposażona centralna sterylizatornia wraz z dedykowanym systemem informatycznym T-DOC z funkcją kontroli obiegu pojedynczych narzędzi
- poczta pneumatyczna – system rur, którymi będzie możliwy transport próbek do laboratorium, o łącznej długości: 2,5 km w CMI, 2 km w starej części UCK
- lądowisko dla śmigłowców.

- system monitoringu funkcji życiowych pacjenta sięgający od oddziału ratunkowego, poprzez blok operacyjny aż po łóżko szpitalne
- łóżka szpitalne z panelami umożliwiającymi łączność głosową chorego z personelem szpitalnym
- 1- i 2-łóżkowe sale chorych z własnymi łazienkami, telewizją cyfrową
- sale operacyjne wyposażone w zestawy do transmisji obrazu i dźwięku do 4 sal dydaktycznych
- inteligentny system informatyczny wspomagający zarządzanie szpitalem
- dwuźródłowy tomograf komputerowy SOMATOM Definition Flash
- 2 angiografy (1 – jednopłaszczyznowy, 1 – dwupłaszczyznowy)



Praktyki przemysłu tytoniowego. Czy to problem zdrowia publicznego?

Czy jest sens ciągle rozmawiać o szkodliwości palenia? Czy nie można uznać, że fakty są już powszechnie znane i społeczeństwo posiada wystarczającą wiedzę do dokonywania świadomych wyborów? Wyroby tytoniowe są na rynku od ponad stu lat, a wiedzę o ich szkodliwości posiadamy od ponad pięćdziesięciu. Nawet przemysł tytoniowy już w większości nie zaprzecza i przyznaje, że stosowanie jego produktów może prowadzić do poważnych chorób. Wolnorynkowe podejście każe nam zastanowić się czy ewentualne interwencje specjalistów zdrowia publicznego nie wchodzą w sferę wolności osobistych. Te i inne dylematy roztrząsali uczestnicy dwutygodniowego intensywnego szkolenia *Global Tobacco Control Leadership Program* w Baltimore w lipcu br. Jego organizatorem była jedna z najlepszych szkół zdrowia publicznego w USA – Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. W szkoleniu uczestniczyło ponad 100 osób z krajów, w których liczba palaczy stanowi znaczący odsetek populacji świata. Na czele listy znajdują się Chiny, Indie i Rosja. W grupie są też inne, rozwijające się kraje azjatyckie, w których spożycie wyrobów tytoniowych (papierosów, tytoniu do żucia, fajek wodnych) rośnie w zatrważającym tempie. Europa była reprezentowana przez Ukrainę i Polskę. W skład polskiej delegacji weszło siedem osób z wiodących instytucji zajmujących się problematyką tytoniową w Polsce: Głównego Inspektora Sanitarnego, Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych, Stowarzyszenia MANKO oraz Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej).

Szczególnie ciekawym punktem szkolenia były prezentacje pokazujące globalne praktyki przemysłu tytoniowego określanego jako wektor przenoszący choroby. Są to między innymi: – zaprzeczanie niektórym faktom dotyczącym szkodliwości dymu tytoniowego, – wprowadzanie mylących nazw sugerujących mniejszą szkodliwość papierosów (*mild, light*), – marketing skierowany do młodych kobiet i dzieci (różowe kolory opakowań), – sponsorowanie programów mających teoretycznie na celu prewencję palenia wśród dzieci (które się okazują nieskuteczne lub wręcz przeciwnie), a w rzeczywistości służących poprawie wizerunku firmy, – podważanie badań naukowych oraz rekomendacji międzynarodowych instytucji zdrowotnych w zakresie skuteczności ostrzeżeń obrazkowych na paczkach papierosów. Zaskakujące jest, że ten sam międzynarodowy przemysł, który w krajach o dobrej legislacji antytytoniowej dostosowuje się do zasad, w krajach rozwijających się robi wszystko co tylko możliwe, aby zablokować jakiekolwiek ograniczenia swojego działania. Dlatego ciągle w wielu regionach świata nie ma żadnych ograniczeń w dostępie do wyrobów tytoniowych przez dzieci. Dozwolona jest sprzedaż papierosów nieletnim a niskie ceny powodują, że są dostępne dla tej grupy. Papierosy są sprzedawane w mniejszych



W tle przykład nielegalnej reklamy wyrobów tytoniowych na lokalnej imprezie kulturalnej (fot. z zasobów własnych autora)

ilościach, nawet na sztuki. Aby docierać do dzieci, przemysł sponsoruje różne wydarzenia sportowe i artystyczne. Dlaczego? Badania pokazują, że zdecydowana większość palaczy rozpoczyna swój nałóg w wieku młodzieńczym, kiedy organizm szybciej się uzależnia. Przemysł o tym wie i dlatego tak zdecydowanie reaguje na wszelkie działania mające na celu ograniczenie obecności swoich produktów w sferze publicznej. Te same praktyki spowodowały, że w Polsce nie udało się wprowadzić stuprocentowego zakazu palenia w miejscach publicznych, możliwe jest reklamowanie produktów tytoniowych w punktach sprzedaży, producenci „brandują” swoimi markami inne produkty, protestują przeciwko ostrzeżeniom obrazkowym, które mogłyby zniechęcić palaczy do palenia, a tym samym uratować ich zdrowie lub życie.

Na szczęście środowiska świadome konsekwencji epidemii tytoniowej na świecie osiągają coraz większe sukcesy. Nie dziwi to tych, którzy znają skutki zdrowotne, ekonomiczne i społeczne. Wiele krajów po przeprowadzeniu analiz ekonomicznych obejmujących bezpośrednie i pośrednie koszty palenia tytoniu doszło do wniosku, że zgoda na niepodjęcie zdecydowanej walki z tym całkowicie modyfikowalnym czynnikiem ryzyka byłaby wielką nieodpowiedzialnością. Szczególnie, że sposoby walki zostały opracowane i gruntownie przebadane pod względem skuteczności na całym świecie. Zawierają się one chociażby w raporcie WHO MPOWER (www.who.int/tobacco/mpower). Skumulowane wieloletnie doświadczenia naukowe i praktyczne pozwoliły w tym roku akademickim na uruchomienie przez Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej fakultetu poświęconego tej tematyce. Studenci będą mogli nie tylko dowiedzieć się o stanie epidemii palenia tytoniu na świecie i w Polsce, ale również nauczyć się tworzenia skutecznych interwencji antytytoniowych, zgodnych z Evidence Based Public Health (EBPH).

lek. Łukasz Balwicki
Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej

Sesja naukowa poświęcona śp. Profesorowi Stanisławowi Janickiemu

W dziesiątą rocznicę śmierci profesora farmacji Stanisława Janickiego (zm. 28 lipca 2001 r.), pracownicy Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej zorganizowali sesję naukową pod hasłem *Produkt leczniczy – rozwój, rejestracja, produkcja i zastosowanie*. Otrzymała się ona 27 czerwca 2011 r. na Wydziale Farmaceutycznym.

W sesji uczestniczyła rodzina Profesora, przyjaciele, doktoranci, habilitanci oraz wielu zaproszonych gości z uczelni medycznych oraz firm z Polski, w tym m.in. Farmjug, fundacja Pro Pharmacia Futura, ZF Polpharma, Profarm oraz TRANSpharmacia. Sesję swoją obecnością zaszczylicili również prof. Janusz Moryś, rektor oraz prof. Wiesław Sawicki, dziekan Wydziału Farmaceutycznego. Sesję przewodniczyła prof. Małgorzata Sznitowska, kierownik Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej.

Janickiego, jego życie, pracę zawodową i dorobek naukowy. Materiałem archiwalnym pozostanie film dokumentujący spotkanie: wykłady i wspomnienia.

prof. Małgorzata Sznitowska
dr Justyna Pietkiewicz
Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej

Wspomnienie prof. Romana Kaliszana o Profesorze Stanisławie Janickim

„Moje relacje z Profesorem Stanisławem Janickim rozwijały się stopniowo. Mimo stosunkowo niedużej różnicy wieku, na początku mojej drogi naukowej traktowałem ówczesnego doktora (a nawet jeszcze magistra) Janickiego jako członka starszego pokolenia, kierującego Wydziałem Farmaceutycznym i całą Uczelnią. Już wtedy, może z pewnym dystansem, ale jednak byłem pod wpływem, nie tylko ważnych funkcji, lecz, przede wszystkim, osobistego autorytetu starszego kolegi – autorytetu, który autentycznie uznawała cała społeczność Akademii Medycznej w Gdańsku, w tym klinicyści, wówczas rzadko i z pozycji dość paternalistycznych zauważający kolegów farmaceutów. Uznanie dla Stanisława Janickiego budziła Jego pryncypialność, konsekwentna zgodność poglądów i postępowania, pracowitość, kompetencja w zakresie zasad funkcjonowania nie tylko Uczelni, ale i szpitali klinicznych, unikanie działań nastawionych na korzyści osobiste – jednym słowem uczciwość. Zawsze uważałem, że Stanisław Janicki jest idealistą, który wyznaje pozytywistyczne zasady pracy organicznej i pracy u podstaw. Z tymi zasadami zresztą sam się identyfikowałem będąc wychowany w Wielkopolsce, podobnie jak Profesor Janicki i Jego szef Profesor Adolf Fiebig.

W miarę upływu czasu nasze kontakty systematycznie rozwijały się i ocieplały. Byłem pełen uznania dla Jego zawodowej i naukowej pozycji – pozycji absolutnego lidera polskiej technologii postaci leku, osiągniętej w krótkim czasie po ograniczeniu działalności społeczno-organizacyjnej. Profesor stał się naukową wyrocznią w sprawach wytwarzania i dystrybucji leków dla przemysłu farmaceutycznego, dla wszystkich polskich farmaceutycznych ośrodków akademickich, różnych ciał i organów nadzorowanych przez ministerstwo zdrowia lub ministerstwo nauki i szkolnictwa wyższego, i, przede wszystkim, dla zawodowej społeczności aptekarskiej. Jego wykłady, zawsze pieczołowicie przygotowane, przyciągały słuchaczy w całej Polsce. Surowe, ale obiektywne ekspertyzy, decydowały o podejmowaniu produkcji czy rejestracji preparatów farmaceutycznych. Krytyczne, ale konstruktywnie pomocne recenzje doktoratów, habilitacji i profesur wspomagały wielu adeptów zaawansowanej technologii postaci leków. I to wszystko działo się wbrew jednej czy drugiej ciężkiej chorobie, atakującej kolejno stosunkowo młody organizm. Obowiązkowość i pracowitość pozostawała dewizą Profesora do końca Jego dni.

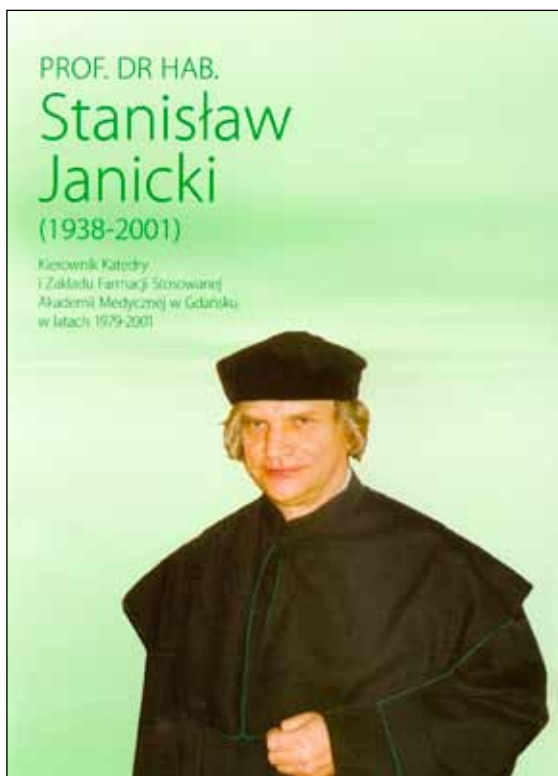
W ostatnim okresie życia Staszka nasze wzajemne stosunki bardzo się zacieśniły. Często wymienialiśmy poglądy na różne sprawy zawodowe i uczelniane. Ze zruszeniem odczułem wielką osobistą życzliwość, kiedy szczerze cieszył się z przyjęcia mnie do Polskiej Akademii Nauk. Traktował to także jako sukces



Uroczystym punktem programu było odsłonięcie w sali wykładowej tablicy upamiętniającej prof. Stanisława Janickiego. Przygotowano ją dzięki składkom wielu prywatnych osób, przyjaciół i współpracowników Profesora. Wsparcia finansowego udzieliły również firmy farmaceutyczne.

Z wykładami wystąpiło wielu znamienitych gości z Polski oraz z naszej Uczelni (program sesji został opublikowany w *Gazecie AMG* 6/2011). Sesja wieczorna odbyła się z udziałem farmaceutów kończących specjalizację farmacja przemysłowa oraz uczestników Letniej Szkoły Technologii Farmaceutycznej. Mieli oni możliwość zaprezentowania doniesień naukowych, w tym prac specjalizacyjnych.

We współpracy z fundacją Pro Pharmacia Futura powstało okolicznościowe wydawnictwo opisujące sylwetkę prof. Stanisława



polskiej farmacji, której rozwojowi poświęcił tyle pracy, myśli i emocji.

Spotykaliśmy się także okazjonalnie na gruncie osobistym. Kiedyś wybierałem się w odwiedziny do moich stron rodzinnych. Trasa wiodła przez Środę Wielkopolską. Staszek nalegał, żebym wstąpił do tamtejszej kolegiaty i zwrócił uwagę na tablicę marmurową znajdującą się przy wejściu głównym. Z żoną i synami zobaczyliśmy napis na tablicy: *Ku uczczeniu pamięci ks. Stanisława Janickiego, dr. św. teol., proboszcza średzkiego od 1936 do 1940, zasłużonego działacza wśród Polonii na obczyźnie, umęczonego za wiarę i ojczyznę w Forcie VII dnia 6.01.1940. R+I+P.* Po powrocie do Gdańska wysłuchałem opowiadania Staszka o Jego szlachetnym stryju – imienniku. Zginął za pozytywistyczne ideały, za pracę dla Polski, jak tysiące Wielkopolan, Pomorzan, Kujawian, Gdańszczan, Warmian i Ślązaków przewencyjnie rozstrzelanych przez niemieckich najeźdźców, ludobójczo eksterminowanych, aby pozbawiony patriotycznej inteligencji naród nigdy się nie odrodził. Podobnie jak zrobił to drugi najeźdźca w lasach katyńskich.

Ubolewaliśmy ze Staszkiem, że ofiara poniesiona przez Polaków z byłego zaboru pruskiego nie jest wystarczająco doceniana, być może ze względu na aktualną „poprawność polityczną”. Zgodnie jednak potwierdziliśmy, że nie wpływa to na nasze przekonanie o celowości i wartości życia pod znakiem pracy u podstaw i pracy organicznej.

prof. Roman Kaliszan

Nawiązanie współpracy naukowej

Dr n. przyr. Justyna Drukała, kierownik Pracowni Inżynierii Komórkowej i Tkankowej Zakładu Biologii Komórki Wydziału Biochemii, Biofizyki i Biotechnologii Uniwersytetu Jagiellońskiego gościła w dniach 3-5 sierpnia br. w Klinice Chirurgii Plastycznej GUMed. Wizyta była wynikiem rozmów przeprowadzonych na X Zjeździe Polskiego Towarzystwa Leczenia Oparzeń w maju br. pomiędzy dr Drukałą a niżej podpisaną, kierownikiem Kliniki Chirurgii Plastycznej GUMed. Dotyczyły one wzajemnej współpracy w zakresie stosowania zaawansowanych technologii w leczeniu chorych oparzonych, trudno gojących się ran oraz chirurgii rekonstrukcyjnej. Trzecią jednostką

zaangażowaną w tę współpracę jest Zakład Immunologii Klinicznej i Transplantologii GUMed, kierowany przez prof. Piotra Trzonkowskiego.

Trzeciego sierpnia została wykonana, zaplanowana wcześniej, pierwsza próba kliniczna w postaci pokrycia ran ziarninujących oparzonego pacjenta Kliniki Chirurgii Plastycznej hodowlą jego własnych keratynocytów. Już zaplanowaliśmy dalsze działania kliniczne oraz wspólne projekty naukowe. Sądzę, że trójstronne porozumienie wymienionych jednostek naszej Uczelni oraz jednej z wiodących jednostek UJ zaowocuje dobrą współpracą naukową i opartymi na niej innowacyjnymi metodami leczenia.

dr hab. Alicja Renkielska



Dr Justyna Drukała przeprowadza zabieg pokrycia rany ziarninującej hodowlą własnych keratynocytów pacjenta

Polacy Aktywni i Zdrowi

Prof. Małgorzata Sznitowska, prorektor ds. nauki Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i prof. Anna Szczęsna-Kaczmarek, prorektor ds. kształcenia i rozwoju Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu podpisały umowę o utworzeniu z dniem 1 września br. sieci naukowej. Koordynatorem wspólnego przedsięwzięcia będzie GUMed. Celem Sieci będzie rozszerzenie prowadzonych wspólnie badań dotyczących wpływu aktywności fizycznej na zdrowie dzieci i młodzieży oraz osób starszych. W pierwszej kolejności zostaną podsumowane dotychczasowe prace analizujące efekty przewlekłego treningu typu *nordic walking* na ciśnienie tętnicze i redukcję ryzyka sercowo-naczyniowego u osób po 60 roku życia. Członkami Rady Sieci i przedstawicielami swoich uczelni zostali dr hab. Tomasz Zdrojewski (Zakład Prewencji i Dydaktyki GUMed) oraz dr Katarzyna Prusik (AWFiS).



Z cyklu: Niezwykłe losy naszych absolwentów

Warto przez chwilę poczuć się Bogiem

Z Robertem Szymczakiem o pasjach nie tylko wysokogórskich
rozmawia Joanna Śliwińska

Doktor nauk medycznych, lekarz, specjalista medycyny ratunkowej, zdobywca ośmiotysięczników, uczestnik wieku wypraw wysokogórskich... Za akcję ratunkową hiszpańskiego himalaisty Inakiego Ochoa de Olza na Annapurnie w 2008 r. został odznaczony złotym medalem za zasługi dla sportu Medalla al Merito Deportivo od hiszpańskiego miasta Navarra. Prowadzi kursy wysokogórskiej pierwszej pomocy, aktywnie uczestniczy w programie *Polski Himalaizm Zimowy 2010-2015*, jest członkiem kadry narodowej w himalaizmie, pisze artykuły do magazynu *Góry*, prowadzi stronę www.mede Everest.pl, na której popularyzuje bezpieczne wspinanie się. Umówienie się z nim, choć na krótką rozmowę, do łatwych zadań nie należało, jednak warto było czekać.

„Jeden z najbardziej obiecujących młodych polskich himalaistów”, „Szaman wysokiej góry”, „powinien być traktowany jak bohater” – to tylko niektóre z tytułów prasowych na Twój temat. A tak właściwie dlaczego się wspinasz?

Głównie dla sławy i kobiet (śmiech). Dla przygody odkrywania tego, co jeszcze nieodkryte i niezdołbane – dla zapisywania himalajskich białych plam. Jeszcze cztery ośmiotysięczniki czekają na pierwszego zimowego zdobywcę. Dla wyczynu sportowego i tego krótkiego uczucia, kiedy właśnie niebezpieczeństwo przeszło koło nosa. Wtedy człowiek łapie oddech i zaczyna się śmiać. Cieszy się, że jednak żyje. Dla tego uczucia, kiedy schodzi się do bazy po zdobyciu szczytu i człowiek czuje się, jak po znalezieniu siebie na liście tych, którzy dostali się na medycynę. Podobne uczucie. Trwa co prawda 3 dni, ale warto przez chwilę poczuć się Bogiem, że mogę wszystko.

A kiedy szczytów nie udaje się zdobyć? Przecież i tak bywa.

Wtedy włączają się psychologiczne mechanizmy wyparcia porażki. Gdy nie wejdzie się na szczyt, trzeba mieć czyste sumienie, że zrobiło się wszystko, żeby go zdobyć. Trzeba mieć poczucie, że uczciwie pracowało się na sukces, a wina leży po stronie pogody, zbyt niebezpiecznej drogi... Ja do tej pory wyjeżdżałem zawsze z czystym sumieniem, nie miałem sobie za dużo do zarzucenia. Trzeba umieć przegrywać, również w tym sporcie.

I to wystarczy?

Na wyprawach, na których byłem, nie było na szczęście takiej sytuacji, by ktoś z zespołu nie wrócił. Jako lekarz zawsze mogę czerpać satysfakcję z udanego zabezpieczenia medycznego. Prowadzę również badania praktyczno-naukowe. Mimo porażki na górze, mam więc małe sukcesy naukowe i medyczne. To pozwala przetrwać i zapomnieć o tym, że jednak góry się „nie założyły”.

Co było pierwsze – medycyna czy góry?

Medycyna, zacząłem się wspinąć dopiero na studiach. Wyprawy wysokogórskie są w moim przypadku kontynuacją eskapad autostopowych jeszcze z czasów licealnych. To były pierwsze, młodzieńcze przygody. Podróżowaliśmy tam, gdzie nas oczy niosły i do czasu aż w kieszeni była jednocyfrowa liczba dolarów. Jak kończyła się droga, to była już tylko albo pustynia, albo morze, albo góry.

To miałeś do wyboru jeszcze dwie inne opcje, a do morza nawet bliżej.

Etap żeglarstwa, zakończony patentem sternika, mam już za sobą. Morze jednak mnie nie pochłonęło. Może dlatego że morze jest blisko, a człowieka ciągnie tam, gdzie ma daleko.

W takim razie pustynia...

Mimo wszystko bardziej podobał mi się Tomek na tropach Yeti niż Staś i Nel z *W pustyni i w puszczy*, ale nie przesądzam o tym, że zawsze będą góry i tylko góry.

Twoja pierwsza duża wyprawa to...

Wyprawa do Kirgistanu na Pik Lenina w Pamirze i Chan Tengri w Tien Szanie w 2005 roku. Do Klubu Wysokogórskiego Trójmiasto przyszedł e-mail od alpinisty z Krakowa, szukającego chętnych do udziału w wyprawie naukowej do Kirgistanu. W 2004 roku byłem w Chinach i Tybecie na Kongresie Medycyny Wysokogórskiej i tam postanowiłem, że warto naukowo zająć się tym tematem. Ten e-mail był tym, na który czekałem. Zgłosiło się jeszcze dwóch chętnych i w czwórkę pojechaliśmy do Kirgistanu. Zdobyliśmy Lenina, na Chana wszedł tylko jeden z nas. Pik Lenina to siedmiotysięcznik, ma 7134 m, więc nieźła wyrypa. Góra może nie jest trudna technicznie, ale jest wymagająca wytrzymałościowo, a na wysokości ponad 6500 m ciągnie się długa kilkukilometrowa grań.

Pierwsza wyprawa i od razu siedmiotysięcznik... Co się wtedy czuje?

Satysfakcję. U mnie była to głównie ciekawość, jak zareaguje mój organizm, choć w górach i na wysokości byłem już wcześniej. Pierwszy kontakt z górami wysokimi – Himalaje – miałem po 3 roku studiów, podczas wakacyjnych praktyk IFM-SA w Nepalu. Z praktyk co prawda nic nie wyszło, bo okazało się, że są płatne, ale poszliśmy w góry dookoła Annapurny. Wszedłem na przełęcz na 5416 m. Tam narodził się bakcyl górski. Potem było nieudane wejście na Mont Blanc. Pięć dni spędzonych na 4360 m, zakończonych akcją ratunkową. Tam narodził się bakcyl medycyny ratunkowej.

I Annapurna przyniosła później sławę.

To nie była łatwa akcja ratunkowa. Pewnie żadna taka nie jest.

Ale głośno się o Tobie zrobiło... Jedno mnie wciąż zastanawia. Mówiłeś, że kierowała Tobą ciekawość jak zareaguje Twój organizm itd. A tak czysto po ludzku, człowiek przed wyprawą albo w jej trakcie nie boi się? Pewności nigdy się nie ma czy dojdziesz, ale i czy wrócisz...

Gdybym się panicznie bał, że zaraz spadnie na mnie kamień albo kawał lodu, to bym w żadne góry się nie wybierał. Zdaję sobie sprawę z tego, że góry są niebezpieczne i nie wszystko w nich ode mnie zależy. Oczywiście w trakcie wspinaczki są momenty, kiedy człowiek się boi, ale przeżywanie kolejnej przygody, obcowanie z naturą to kompensują. Dla mnie wyprawy



Robert Szymczak – ur. 30 października 1977 r. Doktor nauk medycznych, lekarz (od 2003 r.), specjalista medycyny ratunkowej (od 2009 r.) i starszy ratownik sekcji wysokościowej Grupy Ratownictwa Specjalnego PCK Gdańsk. Pracuje w Katedrze i Klinice Medycyny Ratunkowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Pogotowiu Ratunkowym oraz Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym w Gdańsku. Jest instruktorem Europejskiej Rady Resuscytacji. Członek kadry narodowej w himalaizmie, komisji medycznej Polskiego Związku Alpinizmu oraz Międzynarodowego Towarzystwa Medycyny Górskiej ISMM. Lekarz narodowych wypraw wysokogórskich. Uczestniczył w pięciu wyprawach na ośmiotysięczniki, w tym trzech w sezonie zimowym. Zdobył dwa szczyty – Dhaulagiri i Nanga Parbat. Autor strony internetowej www.mede Everest.pl, cyklu artykułów *Poradnik Szamana Wysokogórskiego* oraz *Szamańskie Wersety* w magazynie *Góry* oraz tłumaczenia książki *Podróżowanie po górach wysokich*. Prowadzi badania naukowe dotyczące zmian wybranych parametrów organizmu człowieka w warunkach wysokogórskich. Brał udział w międzynarodowych wysokogórskich projektach badawczych.

to też utrzymywanie formy, możliwość sprawdzania się sportowo nawet do pięćdziesiątki, a jak dobrze pójdzie sześćdziesiątki, bo w takim wieku mam niektórych kolegów.

Czy z tym można skończyć? Czy za 5, 10,... 20 lat nadal widzisz tam dla siebie miejsce?

Już w tym roku po zimowej wyprawie miałem takie myśli, że mam już trochę dość. Sporo już w górach przeżyłem, zdobyłem dwa ośmiotysięczniki, byłem na trzech wyprawach zimowych. Znam od podszewki życie w bazie i potrafię przeżyć trzy miesiące zimą na 5000 metrach.

Ale...

Ale rodzi się nowe pokolenie młodych wilków, himalaistów w wieku między 20 a 30 lat i nie można ich zostawić na pastwę losu.

A więc masz misję.

Artur Hajzer stworzył program *Polski Himalaizm Zimowy*. Jego celem jest utworzenie nowego pokolenia, zespołu, który będzie w stanie zmierzyć się z czterema pozostałymi, niezdo- bytymi ośmiotysięcznikami zimą. Z Hajzerem jeżdżę na wyprawę od 2006 roku, mam też swój udział w projekcie. To on namówił mnie na kolejną wyprawę argumentem, bym ducha w narodzie nie gasił. No i pewnie pojedę. Trochę z obowiązku, bo ostatnia zima ostro dała mi w kość, głównie fizycznie.

A psychicznie?

„Psychę” trzeba mieć, by chodzić po górach. To głowa decyduje ostatecznie czy się wejdzie, czy nie. Psychikę trenuje się jeżdżąc na wyprawy i doświadczając coraz to nowych sytuacji, nieplanowanych biwaków, braku gazu, jedzenia. Człowiek przyzwyczaja się do warunków ekstremalnych i kolejnym razem już nie stanowią one dla niego większego problemu, bo wie, że można w takich warunkach przeżyć. Moja „psycha” po ostatniej wyprawie jest dużo bogatsza, a przez to mocniejsza.

Zatem wracając do mojego pytania, da się z tym skończyć? Czy te kolejne plany, dopisywane do nich ideologie są po to, by nadal w tym trwać. Wyobrażasz sobie swoje życie bez wyjazdów, takie normalne, zwyczajnie monotonne.

Życie bez wyjazdów nie musi być wcale monotonne. Jest wiele światów do odkrycia, niekoniecznie kilka tysięcy kilometrów od domu. Góry są jednym z nich. Nie czuję tego, by zawładnęły całym moim światem. Między wyjazdami moje życie jest normalne.

Następny kierunek to...

Jesienią jest wyprawa na Makalu w Nepalu. Wysoki ośmiotysięcznik, bo ma aż 8462 m i jest piątym co do wysokości. Wchodzenie tam bez tlenu to będzie wyczyn, ale i niebezpieczeństwo.

Jak się odreagowuje po takim wysiłku?

Kapcie, piwo i trzy sezony *Ostrego dyżuru* na dvd.

i Mnóstwo Koni...

Już od roku nie mieliśmy próby niestety – perkusista się rozchorował, basista ma drugie dziecko i odpowiedzialną pracę, wokalista zaś musi dorabiać, bo ma za mało dyżurów w Klinice Pneumonologii. Jakoś nie możemy się spotkać. Pozostaje gra na wiośle w domu, ale to nie to samo. Gra w zespole, a w szczególności granie bluesa, to możliwość pełnej ekspresji i kreatywnego wyżycia się.

Odpowiedzialną pracę... a lekarz to niepoważny zawód?

Lekarz to najlepszy zawód na świecie. Twoją pracą jest bycie dobrym człowiekiem. Podoba mi się to. Lepsze może być tylko bycie szoferem własnej żony albo gwiazdą rocka w Stanach Zjednoczonych w latach 70. (patrz: Jimi Hendrix).

Czego Cię nauczyły te wszystkie wyprawy? Jaką wiedzę o sobie z tych lekcji wyniosłeś?

Tego, że trzeba „podążać za swoją legendą”. Nie ma co odkładać marzeń na później, tylko od razu zacząć je realizować. Życie mija i można się obudzić w fotelu, z pilotem w ręku, gdy na realizację planów z młodości będzie już za późno. Warto robić to, co się kocha. Nie wolno marnować czasu na działania, które nie przynoszą nam satysfakcji. Życie ma sens, gdy żyje się ideałami. Należy bronić się przed tym, by z młodego gniewnego nie zamienić się w zgorzkniałego starca. Wyprawy pozwoliły mi zasmakować życia wiszącego na włosku i strachu przed śmiercią. To pomaga mi do wielu spraw podchodzić z dużym dystansem. Wyprawy wzmocniły wiarę w siebie i w to, że tylko od nas zależy, jak wygląda rzeczywistość (nawet w UCK i GUMed, choć ta wiara często wystawiana jest na próbę). Wyprawy, pobyt z grupą kilku czy kilkunastu alpinistów w warunkach niesprzyjających życiu jest testem na to jakim jesteś człowiekiem. Nie chodzi mi tu tylko o stronę zdrowia i przygotowania fizycznego – to oczywiste. Tym, co pozwala przetrwać, jest przede wszystkim psychika, nastawienie, motywacja, umiejętność zgodnego współżycia i poświęcenia się dla innych. Umiejętność przyjęcia porażki „na klatę” i zawrócenia wtedy, kiedy szczyt i sława są za rogiem. Tego też wyprawy uczą – w codziennym życiu lekarza to bardzo przydatne.

O czym marzy człowiek, który w życiu sięga chmur?

Moje marzenia są bardzo ludzkie – wnuk, a może najpierw syn lub córka mówiąca: „Tato, tato opowiedz mi jeszcze raz historię o tym jak spotkałeś Yeti”.

Udanej kolejnej wyprawy, szczęśliwych powrotów i spełnienia marzeń. Dziękuję za rozmowę.

Zarządzanie ryzykiem

Rola audytu w tworzeniu dokumentacji zarządzania ryzykiem w obszarze finansowo-księgowym

Przed kadrami zarządzającymi przedsiębiorstwem stoją liczne wyzwania stawiane przez właścicieli oczekujących efektywnego wykorzystania posiadanych zasobów, stałego polepszania osiąganych wyników i realizacji zamierzonych celów oraz wymagających periodycznego, rzetelnego sprawozdawania się z prowadzonej działalności.

W realizacji założonych celów przeszkodzić mogą zagrożenia powstałe wewnątrz jednostki lub oddziałujące z zewnątrz, czyli zdarzenia, których skutkiem może być uniemożliwienie realizacji wyznaczonych zadań, szkoda w majątku lub wizerunku jednostki.

Prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożeń określa się mianem ryzyka, a zadaniem osób na stanowiskach kierowniczych jest utworzenie takiego systemu zarządzania ryzykiem, który pozwoli zidentyfikować potencjalne zdarzenia mogące wywrzeć wpływ na przedsiębiorstwo oraz ograniczyć ryzyko do akceptowalnego poziomu tak, aby w sposób rozsądny zapewnić realizację zamierzonych celów w czterech podstawowych kategoriach:

- strategicznych – wspierających misję firmy,
- operacyjnych – zapewniających efektywne i wydajne wykorzystanie zasobów,
- sprawozdawczości finansowej – dostarczających rzetelnych i terminowych sprawozdań finansowych,
- zgodności – zapewniających przestrzeganie prawa i przepisów.

Przy opracowaniu procesu zarządzania ryzykiem, w obliczu coraz bardziej złożonego i wymagającego środowiska gospodarczego, wydaje się nieodzownym skorzystanie z pomocy specjalistów z tej dziedziny tak, aby powstały system nie był tylko martwym terminem, ale skutecznym narzędziem biznesowym. Do funkcji doradczej przygotowani są między innymi biegli rewidenty, posiadający wiedzę z zakresu procesu zarządzania ryzykiem w obszarze finansowo-księgowym.

Elementy procesu zarządzania ryzykiem w obszarze finansowo-księgowym

Autorzy opracowań zagranicznych wyodrębniają zazwyczaj następujące elementy systemu zarządzania ryzykiem (ERM – *Enterprise Risk Management*). Są to: środowisko kontroli wewnętrznej, ustalanie celów, identyfikacja zdarzeń, ocena ryzyka, reakcja na ryzyko, działania kontrolne, informacja i komunikacja oraz monitorowanie.

Środowiskiem wewnętrznym jest system zarządzania jednostką i jej zorganizowanie jako całości. Właściwe środowisko wewnętrzne jest podstawą dla pozostałych elementów systemu finansowo-księgowego i w sposób zasadniczy determinuje jego jakość w jednostce. Proponowane koncepcje w tym zakresie odnoszą się do:

- osobistej oraz zawodowej uczciwości i innych wartości etycznych kierownictwa i pracowników jednostki, co jest warunkiem osiągnięcia celów systemu zarządzania ryzykiem,
- kompetencji zawodowych kierownictwa i pracowników,
- struktury organizacyjnej, z której wynika przejrzysty i spójny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności poszczególnych komórek i pracowników, przy czym zarówno struktura, jak i indywidualne zakresy muszą mieć formę pisemną,
- identyfikacji zadań wrażliwych, czyli podatnych na wpływy szkodliwe dla gospodarki finansowej lub wizerunku jednost-

ki, opracowanie w formie pisemnej środków zaradczych i zapoznanie z nimi pracowników jednostki,

- powierzone poszczególnym pracownikom uprawnienia muszą być precyzyjnie określone, a ich przyjęcie pracownik musi potwierdzić podpisem.

Ustalanie celów. Cele ustalane są na poziomie strategicznym i stanowią podstawę dla działalności operacyjnej, sprawozdawczości i przestrzegania prawa. Każda organizacja narażona jest na różne rodzaje ryzyka zewnętrznego i wewnętrznego, a warunkiem wstępnym efektywnej identyfikacji zagrożeń, oceny ryzyka i reakcji na nie jest ustalenie celów.

Identyfikację ryzyka wewnętrznego i zewnętrznego, dotyczącego działalności jednostki przeprowadza się na poziomie:

- ryzyka strategicznego,
- ryzyka operacyjnego,
- ryzyka wykonania konkretnych programów, projektów i zadań.

Stosowane są przy tym różne sposoby identyfikacji ryzyka, które można dowolnie łączyć i modyfikować tak, aby w sposób najbardziej kompletny zidentyfikować możliwe zagrożenia:

- burza mózgów, podczas której wszyscy uczestnicy sesji mają możliwość określać ryzyko bez obawy o krytycyzm podanych propozycji,
- wypełnianie kwestionariusza, czyli uzgodnionej listy pytań, umożliwiającej identyfikację obszarów ryzyka. Kwestionariusz nie musi identyfikować ryzyka, może służyć do zainicjowania dyskusji o ryzyku,
- analiza posiadanych doświadczeń i prognozowanie na przyszłość. Informacje historyczne muszą być wiarygodne i maksymalnie kompleksowe. Najlepiej, aby opisywały potencjalnie niekorzystne zdarzenia oraz faktycznie występujące niekorzystne zdarzenia. Jeśli dostępne dane pochodzą z okresu powyżej dwóch lat, istnieje mniejsze prawdopodobieństwo błędnego prognozowania na przyszłość.

Przy wykorzystaniu którejkolwiek metody, nieodzowny jest udział osób potrafiących ocenić procesy finansowo-księgowe zachodzące w jednostce i jakość istniejącej kontroli wewnętrznej, znających obowiązujące wymogi prawa i mogące pomóc określić jednostce możliwe źródła ryzyka wewnętrznego i zewnętrznego.

Analizę i ocenę ryzyka przeprowadza się w celu określenia prawdopodobieństwa jego wystąpienia i spodziewanych skutków przy założeniu akceptowanego poziomu ryzyka. Ocenia się ryzyko nieodłączne (ryzyko występujące przed wprowadzaniem jakichkolwiek działań mających na celu jego zmniejszenie) oraz ryzyko rezydualne (ryzyko oceniane po uwzględnieniu istniejących lub możliwych do zastosowania mechanizmów kontrolnych). Oceny ryzyka można dokonywać z wykorzystaniem metod szacunkowych (np. metody delfickiej), matematycznych (ocena punktowa) lub mieszanych, łączących oba te sposoby. Wynikiem oceny jest lista ryzyk, którym należałoby poświęcić największą uwagę, ponieważ prawdopodobieństwo ich wystąpienia jest znaczne, a negatywny wpływ na działalność jednostki istotny.

Reakcja na ryzyko to wybór działań zaradczych w celu zmniejszenia ryzyka do akceptowanego poziomu i ograniczenia jego negatywnych skutków. Możliwe są następujące scenariusze:

- unikanie – odejście od działań, które wiążą się z ryzykiem,
- dzielenie się – ograniczanie prawdopodobieństwa i efektów ryzyka poprzez przekazanie całego lub części ryzyka innej stronie,

Mgr Monika Mazurowska jest główną księgową dwóch niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej GUMed: Specjalistycznego Centrum Stomatologicznego i Centrum Medycyny Rodzinnej. Autorka jest absolwentką Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego. Od 2008 roku biegłym rewidentem. W 2009 r. ukończyła studia podyplomowe na kierunku Systemy Audytorskie i Praktyka Audytu Wewnętrznego w Wyższej Szkole Bankowej w Gdańsku i otrzymała certyfikat Polskiego Instytutu Kontroli Wewnętrznej. W roku 2011 uzyskała tytuł dyplomowanego księgowego przyznany przez Stowarzyszenie Księgowych w Polsce. Tekst jest pokłosiem udziału autorki w ogólnopolskiej konferencji w ramach projektu Wyzwania Współczesnej Rachunkowości i Audytu.

- akceptacja – brak działań wpływających na prawdopodobieństwo lub efekty ryzyka,
- ograniczanie – podjęcie działań w kierunku ograniczenia prawdopodobieństwa lub efektu zdarzenia lub obydwu jednocześnie. Wprowadzone mechanizmy mają zapobiegać, wykrywać i naprawiać nieprawidłowości w działalności jednostki tak, aby ciągłość jej działalności nie była zagrożona, a cele przed nią postawione były osiąmane w sposób zgodny z przepisami prawa i postanowieniami wewnętrznymi.

Spośród wielu możliwych do zastosowania środków szczególną uwagę należy zwrócić na dokumentowanie systemu finansowo-księgowego, polegające na spisywaniu i przechowywaniu procedur, instrukcji, wytycznych oraz zakresów obowiązków oraz udostępnianie ich wszystkim pracownikom, którym informacje te są niezbędne.

Do szerszego omówienia wybrano właśnie ten mechanizm, ponieważ to w dokumentacji szukać należy wzorców, według których system kontroli powinien funkcjonować. W dokumentacji określono także stan pożądany w poszczególnych obszarach działalności jednostki, z którym należy porównywać stan faktyczny. Dobrze zaprojektowana dokumentacja powinna więc ułatwiać wykrycie odstępstw od założonych norm, przez co możliwe jest wprowadzanie działań korygujących czy naprawczych, wspomagających osiągnięcie przez jednostkę zamierzonych celów.

Osoba posiadająca profesjonalne przygotowanie pomoże tak opracować dokumentację, aby w sposób kompleksowy obejmowała ona niewrażliwe obszary działalności finansowo-księgowej i tym samym ryzyko niepowodzeń zostało zminimalizowane do poziomu akceptowanego przez jednostkę.

Następujące obszary w sposób szczególny winny być uwzględniane podczas opracowywania dokumentacji: środki pieniężne, rozrachunki, rzeczowe składniki majątku, aktywa trwałe, zatrudnienie i wynagrodzenia, koszty, przychody, inwestycje, kapitały i fundusze specjalne, systemy informatyczne i ochrona danych.

Działania kontrolne określa kierownictwo w celu upewnienia się, że w odpowiedzi na pojawienie się ryzyka podjęte zostaną działania w sposób właściwy i terminowy, a w efekcie skuteczny.

Udział audytu w działaniach kontrolnych często sprowadza się tylko do obligatoryjnego badania sprawozdań finansowych. W interesie jednostek byłoby jednak korzystanie także z usług biegłych rewidentów w innych przypadkach, dzięki czemu możliwe jest uzyskanie pewności, co do jakości prezentacji wszelkich istotnych danych finansowych. Profesjonalista będzie także w stanie na podstawie otrzymanych danych dokonać analizy finansowej i zaprezentować jej użyteczność jako narzędzia wczesnego ostrzeżenia.

Informacja i komunikacja. Prawidłowa realizacja zadań wymaga stworzenia efektywnych kanałów informacyjnych i komunikacyjnych, charakteryzujących się:

- dostarczaniem w odpowiedniej formie i czasie, właściwych i rzetelnych informacji kierownictwu i pracownikom jednostki,
- zrozumieniem przez każdego pracownika jego roli i odpowiedzialności w procesie,

- skutecznymi mechanizmami przekazywania istotnych informacji wewnątrz organizacji,
- skutecznymi metodami komunikacji z podmiotami zewnętrznymi, które mogą mieć znaczący wpływ na osiąganie celów jednostki.

Ocena i monitorowanie. Systematyczna ocena i monitorowanie istniejącego systemu kontroli finansowej, za którą odpowiada kierownik jednostki, to:

- monitorowanie skuteczność systemu, celem bieżącego rozwiązywania zidentyfikowanych problemów,
- dokonywanie oceny systemu przez pracowników jednostki w drodze samooceny.

Podsumowanie

Sprawnej i skutecznej realizacji zadań zarządzania ryzykiem będzie służyć tylko system zbudowany z uwzględnieniem specyficznych warunków prawnych, kadrowych i finansowych, w jakich funkcjonuje dana jednostka. System ten powinien obejmować całość zasad, procedur i działań przyjętych przez kierownictwo dla efektywnego realizowania celów, przestrzegania prawa i przepisów wewnętrznych, ochrony majątku, zapobiegania nieprawidłowościom i nadużyciom oraz terminowego dostarczania rzetelnych informacji finansowych.

Zadaniem menedżerów jest zapewnienie systemu zarządzania ryzykiem wspomagającego osiągnięcie celów przez jednostkę. System powinien być adekwatny, efektywny i skuteczny, pomimo zmiennych warunków otoczenia jednostki. Kierownictwo powinno więc stale dokonywać oceny funkcjonującego w jednostce systemu zarządzania ryzykiem oraz jego poszczególnych elementów tak, aby zweryfikować czy system został dobrze zaprojektowany i czy działa prawidłowo. System powinien być oceniany w aspekcie skuteczności jego działania, możliwości jego ulepszenia, a także przydatności w zapobieganiu nieprawidłowościom, stratom lub złemu zarządzaniu.

mgr Monika Mazurowska



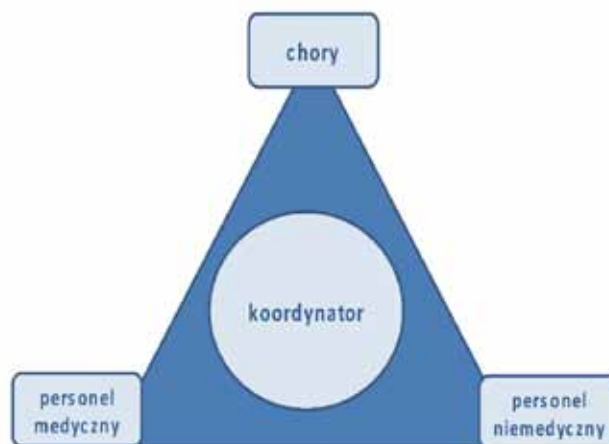
Alina Boguszewicz

Pomorski model zintegrowanej opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) cechuje się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe, które zazwyczaj postępuje i jest związane z nieprawidłową reakcją zapalną płuc na szkodliwe gazy i pyły, najczęściej na dym tytoniowy. Chociaż POChP dotyczy głównie obszaru płuc, to powoduje również istotne następstwa systemowe. Choroba występuje u 4-10% populacji europejskiej. W Polsce na POChP choruje około 2 milionów osób. Dane epidemiologiczne dla województwa pomorskiego nie są znane. Szacuje się, że jest 140 tysięcy chorych, w tym na zaawansowane POChP cierpi około 28 tysięcy Pomorzan.

Choroba w zaawansowanych przypadkach prowadzi do inwalidztwa oddechowego oraz zmian ogólnoustrojowych. Przebieg choroby pogarszają nawracające zaostrzenia. Niekorzystnymi czynnikami POChP są często współistniejące schorzenia, jak: niewydolność serca, zatorowość płucna, choroba wrzodowa, zespół metaboliczny, depresja oraz nowotwory zależne od tytoniu. Starszy wiek, współistniejące choroby, osamotnienie, izolacja społeczna powodują, że chorzy często nie radzą sobie z chorobą, nie stosują się do lekarskich zaleceń. Problemy opieki nad chorymi na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc stanowią wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. Zwiększająca się liczba chorych, starzenie się społeczeństwa, ograniczone środki na opiekę medyczną powodują konieczność poszukiwania nowoczesnych metod opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP.

Opracowany *Pomorski model zintegrowanej opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP* zakłada współpracę persone-



lu medycznego, chorych i ich rodzin oraz personelu pomocniczego – opiekunów medycznych, wolontariuszy, pracowników opieki społecznej. Inicjatorką i autorką programu jest prof. Ewa Jassem, kierownik Kliniki Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Głównym celem programu jest zmniejszenie liczby zaostrzeń wymagających hospitalizacji u chorych na zaawansowaną POChP. Cele dodatkowe obejmują poprawę przebiegu POChP i zmniejszenie dolegliwości, poprawę jakości życia chorych i ich bliskich, zmniejszenie izolacji społecznej chorych, rozwój wolontariatu i miejsc pracy dla opiekunów medycznych oraz znaczące zmniejszenie nakładów na leczenie choroby.

Metody realizacji programu to: stosowanie standardowego „nadzorowanego” leczenia, wsparcie chorego i jego bliskich, koordynacja działań zespołu sprawującego opiekę nad chorym na zaawansowaną POChP. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc oraz międzynarodowymi wytycznymi prowadzenie chorego na zaawansowaną POChP jest zadaniem lekarza-pneumonologa. W stabilnym okresie choroby opiekę nad chorym powinien sprawować lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz rodzinny. Niezwykle istotna jest funkcja pielęgniarki koordynującej, która prowadzi rejestr chorych, nadzoruje leczenie, sprawuje merytoryczny nadzór nad opiekunami medycznymi/wolontariuszami.

Poza opieką lekarzy i pielęgniarki koordynującej, trzecim elementem tego systemu jest opieka pozamedyczna – pomoc społeczna, a także wolontariusze. Ich zadaniem jest wspieranie pacjenta w domu, m.in. sprawdzanie czy chory ma wykupione leki, czy je przyjmuje regularnie, edukacja chorego i jego bliskich, zachęcanie i prowadzenie rehabilitacji oddechowej i ogólnousprawniającej w domu chorego. Taka koncepcja działania zespołu jest zgodna z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia dla zespołów zintegrowanej opieki nad chorującymi na przewlekłe choroby.

Pomorski model zintegrowanej opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP zyskał uznanie Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego. Projekt ten został włączony do programu *Zdrowie dla Pomorzan*. Konferencja w tej sprawie odbyła się w maju br., a relacja z jej przebiegu została opublikowana w *Gazecie AMG* (6/2011 s. 34).

dr Iwona Damps-Konstańska
Klinika Alergologii

Rekrutacja na studia doktoranckie

Gdański Uniwersytet Medyczny ogłasza nabór na stacjonarne i niestacjonarne studia doktoranckie w roku akademickim 2011/2012.

- Stacjonarne studia doktoranckie – konkurs na 44 miejsca stypendialne w następującym podziale:
Wydział Lekarski – 33 miejsca,
Wydział Farmaceutyczny – 3 miejsca,
Wydział Nauk o Zdrowiu – 8 miejsc.

Studia rozpoczynają się 1 listopada i trwają 4 lata (8 semestrów). Termin składania wniosków o przyjęcie na studia upływa z dniem 14 października 2011 r.

- Niestacjonarne studia doktoranckie – rozmowa kwalifikacyjna na temat planowanej pracy doktorskiej; pełny proces rekrutacyjny odbędzie się w przypadku wpłynięcia minimum pięciu kandydatur.

Studia rozpoczynają się 2 listopada i trwają 4 lata (8 semestrów). Termin składania wniosków o przyjęcie na studia upływa z dniem 14 października 2011 r.

Szczegółowe zasady uczestnictwa, regulamin i program znajdują się do wglądu w biurze Kolegium Studiów Doktoranckich GUMed, Gdańsk, ul. J. Tuwima 15, pokój 313 (III piętro), tel. 58 349 12 08 oraz na stronie www.gumed.edu.pl.



Wspomnienia lekarza okrętowego

Qui pro quo

Jak ten czas szybko leci! Już ponad dwadzieścia lat minęło od momentu kiedy zaokrętowałem się w Hamburgu na m/s „Bolesław Rumiński”, semikontenerowiec należący do Polskich Linii Oceanicznych. Miałem na nim spędzić prawie pół roku jako *ship's surgeon*, czyli lekarz okrętowy. Statek za parę dni wyruszał w swoją dwudziestą siódmą podróż, tym razem dookoła świata. 32-osobowa załoga, troje pasażerów i ja. Miałem już pewne obycie z morzem, zdobyte dzięki pracy lekarza na okrętach podwodnych, ale po raz pierwszy przyszło mi płynąć statkiem handlowym.

Wiele ciekawych wspomnień związało mnie z tą jednostką i jej załogą. Być może kiedyś je opiszę. Teraz chciałbym przywołać tylko jedno z nich, a mianowicie zabawne *qui pro quo*, które przydarzyło mi się w porcie Surabaya w Indonezji. Jest kwiecień, od dwóch tygodni pokonujemy trasę z Lyttelton na Południowej Wyspie Nowej Zelandii do portu Surabaya na Jawie. Pogoda taka sobie, pochmurno, bardzo ciepło i wilgotno. Aby wysuszyć wyprane rzeczy, trzeba korzystać z suszarki – rozwieszone w mojej kabinie nie schną. Oparty o burtę patrzę na horyzont, na którym majaczą ciemne, górzyste zarysy Nowej Gwinei. Niestety, mogę je podziwiać tylko z oddali. Idziemy (statek nie płynie, lecz „idzie”) szybko, z prędkością 20 węzłów. Zostawiliśmy daleko Wyspy Salomona, których wbrew początkowym planom, nie udało nam się odwiedzić. A szkoda, bo chciałem poznać ich bajkową urodę, a oprócz tego nabyć tanio muszle, których wewnętrzna strona powleczone jest macicą perłową. Prosił mnie o nie brat, na co dzień artysta malarz, który dorabiał sobie wyrobem biżuterii. Połączenie srebra z macicą perłową, pozyskiwaną właśnie z muszli, jest szczególnie efektowne. O srebro w Polsce nie było trudno, gorzej z „perłowymi” muszlami. Statek stukając miarowo, oddalał się od Wysp Salomona, kierując się ku Indonezji. Za kilka dni zaczęły pojawiać się łodzie rybackie z charakterystycznymi trójkątnymi niebieskimi żaglami. Czasami platformy wiertnicze. Któregoś dnia niespodziewanie odebraliśmy program telewizyjny nadawany z Celebes. Ze względu na Ramadan – był to program religijny. Indonezja jest w większości krajem muzułmańskim. Jesteśmy już blisko. Mijamy dość liczne statki transportowe, które udaje nam się wyprzedzić. Na traversie lewej burty widać już zarysy Jawy. Wieczorem o godzinie 21 rzucamy kotwicę i stajemy na redzie miasta Surabaya. Następnego dnia holowniki dociągają nas do portu, w którym zręcznie ustawiamy się przy nabrzeżu, tuż za rufą RO-RO-wca. Nabrzeże jest pełne ciężarówek i ludzi. Po trapie schodzi pilot, którego „wzięliśmy” na redzie, trzymając pod pachą karton papierosów. Zaraz po nim na pokład wchodzi rozliczni „interesanci” i „interesantki”. Rozpoczyna się handel wszystkim co popadnie. Są draceny, juki, whisky, wyroby cepeliowskie, zegarki (oczywiście podróbki), różnorakie tekstylia itd. Wszystko kupowane za dolary bądź za... soki, które każdy z nas otrzymał w Hamburgu w ramach osobistego wyposażenia, aby w tropikach uzupełniać płyny. Największe wzięcie ma jabłkowy, potem – znacznie mniejsze – z czarnej porzeczki. Kupuję dracnę (za dwa soki jabłkowe) – rośnie do dzisiaj w moim domu oraz drewnianą figurkę rybaka z misternie wyrzeźbioną siecią (za 20\$). Ofert jest oczywiście więcej, łącznie z dziewczyną o imieniu Lastri, która gładzi mnie po ramieniu uśmiechając się przymilnie. Rozmawiam z jednym kupcem o „perłowych” muszlach – może uda mi się je w końcu kupić. *Hello, do you speak English?* – pytam na wstępie. *Of course, no problem* – odpowiada. Tłumaczę o co mi chodzi – *I would like to buy seashells. Shells with a mother*

of pearl. Patrzy na mnie, uśmiechając się ze zrozumieniem. *Yes, of course* – odpowiada. *How much?* – pytam, chcąc się dowiedzieć ile zażąda. *Ten dollars*. Czy on zwariował? – myślę i kręcę głową. *No, too expensive. Five dollars each* – pada następna propozycja. Ach – myślę – dam mu dziesięć dolarów i będę miał ten problem z głowy. Kiwam głową i tłumaczę mu jeszcze raz dokładnie, że kupię dwie muszle, ale muszą być duże, z ładną warstwą perłową, bo to ważne ze względu na charakter biżuterii. Kiwa głową ze zrozumieniem *Yes, yes of course. I understand*. Pyta mnie jeszcze o numer kabiny i z uśmiechem oddala się szukać nowych klientów. Dokonuję kilku zakupów i wracam do kajuty, zahaczając po drodze o ambulatorium, w którym jest spokój i cisza.. Po drodze do kajuty dopada mnie jeszcze jeden handlarz jukami, oferując kilka okazów za parę soków albo dziesięć mydeł. Gorąco. Pocę się. Siedzę w kabinie, piszę (moją pracę habilitacyjną) i...drapię się namiętnie. Wydaje mi się, że coś po mnie chodzi. Na zewnątrz roito się od drobnych muszek i mam wrażenie, że w kajucie też się kręcą. Ktoś próbuje otworzyć drzwi, ale zamknąłem je przeczornie, pomny na przestrogi marynarzy. Krajowcy kręcą się po całym statku. Jest już popołudnie. Mojego sprzedawcy pereł nie widać, pewnie jednak nie zrozumiał o co mi chodzi. Trudno. Wychodzę na pokład i zaraz zaczepia mnie mały ciemny pan, oferujący wycieczkę samochodową po Surabai. Umawiamy się na jutro rano. Jak zapewnia, tylko on ma specjalny *permit* zezwalający na wjazd i wyjazd z portu. Przestrzega mnie, że-bym się z nikim nie umawiał, bo nikt na teren portu, poza nim oczywiście, nie wjedzie ani z niego nie wyjedzie. – OK. To do jutra. – Obserwuję z zaciekawieniem krzątanicę towarzyszącą wyładunkowi. Pracujemy własnymi dźwigami, których „Rumiński” ma trzy. Wyciągają co chwilę obciążone workami palety z głębi ładowni. Na nabrzeżu dokerzy, czyli robotnicy portowi, na plecach wnoszą worki do hali. Ogromne worki, pod którymi ich drobne ciała prawie znikają. Wygląda to dość komicznie, szczególnie kiedy obserwuje się ich z tyłu. Jakby worki wędrowały na własnych, chudych nogach. Robotnicy wyładunkowi pracują cały dzień. Noce przesypiają na pokładzie bądź na nabrzeżu. Wysoka temperatura oraz wilgotność sprawia, że są ubrani dość skąpo, często półnagzi. Ich niezbędnym wyposażeniem jest „karimata”, czyli rulon karbowanej tektury oraz puszka od konserw zawieszona na długim sznurku, służąca do czerpania wody z kanafu. Po ciężkiej pracy trzeba się przecieć umyć. Wracam do kajuty. Gorąco. Kładę się na moment. Zasypiam. Budzę się późnym popołudniem. Stukanie do drzwi. Pytam kto tam, słyszę głos mojego „perłowca”. A więc jednak pamiętał i rozumiał. Otwieram drzwi i co widzę: stoi mój pan z... perłami. Jedną z nich to poznała wcześniej Lastri, a druga to jakaś blondynka. „Poławiacz” uśmiecha się triumfalnie. *Is for you doctor, two* – dodaje z triumfem. No tak, miały być dwie muszle. Nadmiar „szczęścia”. Zabawne *qui pro quo*. Chyba jednak mój brat będzie musiał łączyć srebro z jakimś innym dodatkiem.

Następnego dnia rano pod „Rumińskiego” małym białym autobusikiem Suzuki podjeżdża umówiony kierowca. Ładujemy się do niego, ja oraz pasażerowie: Anglik, a właściwie Szkot oraz para Niemców z Domu Seniora w Hamburgu. Siadam obok kierowcy i po uzgodnieniu trasy ruszamy. Wyjeżdżamy z portu. Gdy jesteśmy już pod bramą, zbliża się wartownik. Nasz kierowca wyciąga *permit*, czyli zwitek rupii, który wsadza wartownikowi do kieszeni. Szeroki uśmiech i życzenia przyjemnego zwiedzania od wartownika otwierają nam drogę do miasta.

PS. – Słuchaj doktor, powiedziałeś *shell* temu Indonezyjczykowi, tzn. „przyrowadź mi dziewczynę”, bo *shell* to w ich żargonie dziewczyna. Rozumiesz? – wytłumaczył mi mechanik, któremu opowiedziałem tę historyjkę. Człowiek uczy się aż do śmierci.

prof. Wojciech Bogusławski

Nowi doktorzy

NA WYDZIALE LEKARSKIM

stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskał

dr n. med. Marcin Janusz MATUSZEWSKI – adiunkt, Katedra i Klinika Urologii GUMed, praca pt. *Całościowa ocena przydatności termoablacji jako małoinwazyjnej metody leczenia guzów nerek*, uchwała Rady Wydziału Lekarskiego z dnia 30 czerwca 2011 roku w sprawie nadania stopnia naukowego doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie medycyny – urologia.

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej uzyskała

mgr Agnieszka Elżbieta DACA – młodszy specjalista, Katedra i Zakład Fizjopatologii GUMed, praca pt. *Zmiany fenotypowe i czynnościowe limfocytów T CD4+ u pacjentów z toczniem rumieniowatym układowym, ze szczególnym uwzględnieniem limfocytów T regulatorowych*, promotor – dr hab. Ewa Dorota Bryl, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 30 czerwca 2011 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie biologii medycznej.

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskali:

1. lek. Adam BŁAWAT – młodszy asystent, Oddział Urologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Słupsku, praca pt. *Ocena wyników nefrektomii jako sposobu leczenia nowotworów nerki na podstawie materiału Oddziału Urologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku w latach 2000-2004*, promotor – prof. dr hab. Kazimierz Krajka, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 30 czerwca 2011 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,
2. lek. Agata Karolina MACIEJEWSKA-RADOMSKA – rezydent UCK, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed, praca pt. *Łuszczyca kropelkowata w aspekcie klinicznym i genetycznym*, promotor – dr hab. Aneta Szczerkowska-Dobosz, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 30 czerwca 2011 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,
3. lek. Maria NAPORA – z-ca ordynatora, Oddział Nefrologii, Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, praca pt. *Znaczenie asymetrycznej dimetylgłutamininy (ADMA) w rozwoju zaburzeń struktury i funkcji lewej komory serca u chorych hemodializowanych*, promotor – prof. dr hab. Zbigniew Zdrojewski, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 30 czerwca 2011 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,
4. lek. Wojciech NAROŻAŃSKI – starszy asystent, Oddział Urologii, Szpital Specjalistyczny im. Św. Wojciecha Gdańsk-Zaspa, praca pt. *Ocena wyników leczenia operacyjnego dzieci z pierwotnym przeszkodowym oraz przeszkodowym i odpływowym moczowodem olbrzymim z zastosowaniem metody Paquin z manewrem Psoas-hitch*, promotor – dr hab. Piotr Czauderna, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 30 czerwca 2011 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny.



Sukces młodego kardiologa



MIŁOSZ JAGUSZEŃSKI, rezydent I Kliniki Kardiologii kierowanej przez prof. Andrzeja Rynkiewicza, otrzymał prestiżową nagrodę w postaci grantu naukowego Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) za projekt dotyczący kardiomiopatii Takotsubo. Miłosz Jaguszeński od zeszłego roku jest stypendystą Uniwersytetu w Zurychu, gdzie prowadzi badania i szkoli się w Klinicznym Centrum Kardioangiologii pod okiem prof. Thomasa Luschera. Jest współtwórcą oraz głównym badaczem pierwszego Międzynarodowego Rejestru Takotsubo (www.takotsubo-registry.com).

I Klinika Kardiologii GUMed obok Klinicznego Centrum Kardioangiologii Uniwersytetu w Zurychu jest ośrodkiem współprowadzącym powyższy rejestr. W Gdańskim Uniwersytecie Medycznym projekt koordynują dr Marcin Fijałkowski oraz lek. Radosław Nowak. Nagroda została wręczona 27 sierpnia br. podczas ceremonii otwarcia Kongresu Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego ESC 2011 w Paryżu.

Miłosz Jaguszeński przygotowuje się do obrony jesienią br. rozprawy doktorskiej poświęconej rekanalizacji przewlekłych zamknięć naczyń wieńcowych, której promotorem jest prof. Andrzej Rynkiewicz.

prof. Andrzej Rynkiewicz
kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii



Maria Dżoga-Litwinowicz – Marysia – urodziła się 15 sierpnia 1936 r. we Lwowie w rodzinie sędziego Zdzisława i Barbary Dżogów. W 1940 r. ojciec musiał opuścić miasto z obawy przed represjami ze strony radzieckich władz okupacyjnych. Marysia wraz z matką pozostały we Lwowie. W 1942 r. szczęśliwie dotarły do Warszawy, gdzie przebywał ojciec. W stolicy rozpoczęła naukę w szkole podstawowej, którą kontynuowała w Poroninie, dokąd przybyła z rodzicami tuż przed wybuchem powstania. Po wojnie przeniosła się z rodzicami do Sopotu, gdzie w 1949 r. ukończyła szkołę podstawową, a w 1953 r. otrzymała świadectwo dojrzałości w Państwowym Liceum Ogólnokształcącym. W tym samym roku podjęła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku. Ukończyła je 7 czerwca 1959 r. uzyskując dyplom lekarza. Bezpośrednio po studiach podjęła pracę w III Katedrze i Klinice Chirurgii AMG, kierowanej przez prof. Zdzisława Kieturakisa, najpierw jako wolontariusz, a po upływie czterech lat jako asystent. Jednocześnie pracowała jako lekarz dyżurny w Miejskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gdyni. Z kliniką na Łąkowej związała całe swoje zawodowe życie – karierę nauczyciela akademickiego i lekarza chirurga. Tu uzyskała pierwszy stopień specjalizacji, a w 1967 r. drugi stopień z chirurgii ogólnej. Stała się wysoko kwalifikowanym chirurgiem o dużej sprawności manualnej, wykonywała wszystkie rodzaje operacji z zakresu chirurgii gastroenterologicznej. Wkrótce zajęła stanowisko ordynatora oddziału. Prowadziła zespoły w czasie ostrych

Wspomnienie o Marii Dżodze-Litwinowicz, doktorze medycyny (1936–2011)

dyżurów. Wymagało to dużych umiejętności diagnostycznych i podejmowania szybkich decyzji w postępowaniu chirurgicznym. Marysia była chirurgiem spełniającym w pełni wymagania stawiane tej nietatwej dyscyplinie. W 1971 r. obroniła z powodzeniem pracę doktorską pt. *Odległe wyniki wycięcia żołądka u ludzi młodych*, której promotorem był prof. Kieturakis. Jednocześnie otrzymała nominację na stanowisko adiunkta. Jako nauczyciel akademicki wiele czasu poświęcała dydaktyce. Prowadziła ćwiczenia z zakresu chirurgii ze studentami Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologicznego oraz brała udział w organizowaniu egzaminów końcowych. Była wymagającym, nawet surowym nauczycielem. Dużo uwagi i czasu poświęcała przekazywaniu wiedzy praktycznej młodym zespołom kolegów, rozpoczynającym naukę zawodu. Rygorystycznie egzekwowała zasady szkoły chirurgicznej, organizacji kliniki, podejścia do chorych i kultury klinicznej. Jej stosunek do młodzieży i sposób kształcenia przyjmowane były ze zrozumieniem i szacunkiem. Poza dydaktyką brała udział w działalności naukowej Kliniki. Jest autorką lub współautorką kilkudziesięciu prac ogłoszonych drukiem, czynnie uczestniczyła w kongresach i zjazdach Towarzystwa Chirurgów Polskich i Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, których była członkiem. Była także zaangażowana w działalność społeczną, zwłaszcza w okresie transformacji politycznej kraju. Na emeryturę przeszła w 2001 r., jednak prawie do końca życia pracowała jeszcze jako biegły sądowy. Należy również wspomnieć, że Marysia była współorganizatorką i kontynuatorką zainicjowanych przed laty przez naszego kolegę, Zygmunta Urbana, spotkań koleżeńskich, w których uczestniczyły i uczestniczą wszystkie generacje chirurgów naszej szkoły chirurgicznej.

Maria Dżoga wyszła za mąż za Jarosława Litwinowicza. Owocem związku jest córka Barbara, biotechnolog, wychowanka naszej Uczelni. O swojej Mamie mówi – Całym sercem i duszą oddana była swojej ukochanej pracy lekarza. Była bardzo pracowita, zdolna manualnie, opanowana, szybko podejmująca decyzje, silna fizycznie i wytrzymała psychicznie. Miała parę pasji – uwielbiała jeździć na Podhale i chodzić po Tatrach. Szczególną miłością darzyła Lwów, miasto, w którym się urodziła i które opuściła będąc małym dzieckiem. Odwiedziła go dopiero w 1989 r. przy okazji uczestnictwa w zjeździe chirurgów.

Wspólnie z Marysią przepracowaliśmy całe nasze życie zawodowe pod dachem III Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, przemianowanej następnie na II Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej Akademii Medycznej w Gdańsku przy zbiegu ulic Łąkowej i Śluzy, obecnie ul. prof. Zdzisława Kieturakisa.

Marysia odeszła na zawsze 16 czerwca 2011 r. Była wspaniałym człowiekiem, lekarzem, chirurgiem, koleżanką. Taką pozostanie w naszej pamięci.

prof. Zdzisław Wajda



Projekt ustawy o zmianie ustawy o izbach lekarskich i niektórych innych ustaw

Na początku kwietnia br. wpłynął do Sejmu senacki projekt ustawy o zmianie ustawy o izbach lekarskich oraz niektórych innych ustaw¹. Senat upoważnił senatora Stanisława Gogacza do reprezentowania go w pracach nad tym projektem². Projektowana ustawa ma istotne znaczenie dla lekarzy, lekarzy weterynarii, pielęgniarów, położonych, farmaceutów oraz diagnostów laboratoryjnych. Wprowadza bowiem zmiany do ustaw regulujących organizację i funkcjonowanie samorządów zawodów medycznych skupiających przedstawicieli ww. profesji w zakresie postępowania dyscyplinarnego, tj. ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich³, ustawy z 21 grudnia 1990 r. o zawodzie lekarza weterynarii i izbach lekarsko-weterynaryjnych⁴, ustawy z 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarów i położnych⁵, ustawy z 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich⁶ oraz ustawy z 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej⁷. Z jednej strony jej celem jest rozszerzenie prawa przedstawicieli ww. zawodów do sądu, stosownie do art. 77 ust. 2 Konstytucji RP, z drugiej natomiast ujednolicenie niektórych zasad realizacji tego prawa w odniesieniu do wszystkich ww. grup zawodowych.

Z uzasadnienia projektu ustawy wynika, iż Senat RP podejmując tę inicjatywę ustawodawczą miał na celu przede wszystkim dostosowanie systemu prawa do wyroku TK z 29 czerwca 2010 r.⁸ Wyrok ten odnosił się do nieobowiązującej od 1 stycznia 2010 r. ustawy z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich. Należy w tym miejscu przypomnieć, że TK stwierdził w przywołanym wyżej orzeczeniu niezgodność art. 42 ust. 2 ww. ustawy z art. 77 ust. 2 Konstytucji RP w takim zakresie, w jakim wyłączał on prawo lekarza, ukaranego przez Naczelny Sąd Lekarski w drugiej instancji karą nagany do wniesienia odwołania do sądu. W świetle ww. przepisu lekarz miał prawo wniesienia odwołania do sądu tylko w dwóch przypadkach, a to gdy Naczelny Sąd Lekarski ukarał go w drugiej instancji karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do trzech lat lub karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu. Prawo do sądu nie przysługiwało mu natomiast w sytuacji ukarania karą upomnienia lub nagany, choć ta ostatnia sankcja pociągała za sobą utratę prawa wybieralności do organów izb lekarskich do czasu usunięcia wzmianki o ukaraniu z rejestru. W uzasadnieniu projektu wskazano następujące przesłanki, którymi kierował się TK w swoim wyroku:

- w świetle art. 77 ust. 2 Konstytucji „Ustawa nie może nikomu zamykać drogi sądowej dochodzenia naruszonych wolności lub praw”;
- sądowa kontrola postępowań dyscyplinarnych gwarantuje ochronę konstytucyjnych praw i wolności obywateli, a ponadto – w przypadku postępowań dyscyplinarnych w zawodach zaufania publicznego – stanowi element nadzoru państwa nad działalnością samorządu zawodowego;
- celem sądowej kontroli działalności organów dyscyplinarnych powinna być weryfikacja prawidłowości całego postępowania dyscyplinarnego, a nie jedynie kary w nim wymierzonej;
- lekarz kwestionujący orzeczenie dyscyplinarne powinien mieć możliwość kwestionowania przed sądem zarówno samego faktu popełnienia przewinienia dyscyplinarnego, dopuszczalności wszczęcia postępowania dyscyplinarnego, prawidłowości postępowania, jak i kary, którą w tym postępowaniu orzeczono;
- każda kara w postępowaniu dyscyplinarnym jest dolegliwa, gdyż powoduje negatywną ocenę sposobu wykony-

wania zawodu, a tym samym powoduje utratę zaufania do lekarza dyskredytując go tak w oczach pacjentów, jak i środowiska lekarskiego. Nie można zatem uzależniać drogi sądowej od rodzaju kary orzeczonej w postępowaniu dyscyplinarnym¹.

1 stycznia 2010 r. weszła w życie ustawa z dn. 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich³, która z jednej strony rozbudowała katalog kar dyscyplinarnych, z drugiej zaś w art. 95 ust. 1 wprowadziła prawo do wniesienia odwołania (w istocie kasacji) od prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego do Sądu Najwyższego, bez względu na rodzaj orzeczonej kary. Ustawa ta ograniczyła, o czym dalej, prawo lekarzy do sądu. Nie rozwiązała ona jednak problemu członków izb lekarskich, którzy przed jej wejściem w życie zostali ukarani przez sąd dyscyplinarny drugiej instancji karą upomnienia lub nagany. Wyrok TK sam w sobie nie daje bowiem podstaw do wniesienia odwołania do sądu w przypadku tych osób, które będąc ukaranymi karą upomnienia lub nagany, odwołań tych w okresie obowiązywania poprzedniej ustawy nie wniosły, gdyż taki środek im nie przysługiwał¹. Stąd też projekt ustawy zawiera przepis w świetle którego „Lekarzowi ukaranemu przed dniem 1 stycznia 2010 r. przez Naczelny Sąd Lekarski w II instancji karą wymienioną w art. 42 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (...), przysługuje odwołanie do sądu apelacyjnego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania obywatela w terminie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia niniejszej ustawy, chyba że nastąpiło usunięcie z rejestru wzmianki o ukaraniu”. Przepis ten ma wejść w życie w dniu opublikowania ustawy.

Senat uznał też, że warto w omawianym projekcie ująć pewne zasady, wedle których będą rozpatrywane środki prawne od orzeczeń organów dyscyplinarnych samorządów zawodów medycznych, w szczególności:

- ustalić jednolity tryb rozpatrywania tych odwołań, tj. albo apelacyjny, albo kasacyjny;
- odnieść się do dopuszczalności ewentualnych ograniczeń drogi sądowej w sprawach dyscyplinarnych;
- wskazać sąd, który miałby rozpatrywać odwołania, tj. Sąd Najwyższy albo sąd powszechny.

Senat zauważył, że na tle regulacji dotyczących przede wszystkim innych zawodów medycznych unormowanie odpowiedzialności zawodowej lekarzy jest nietypowe. Przewiduje bowiem odwołanie do Sądu Najwyższego, podczas gdy regułą jest – w przypadku pozostałych zawodów medycznych mających swoje korporacje – odwołanie do sądu apelacyjnego. Nadto zaś ustawa o izbach lekarskich³ nadaje odwołaniu kształt skargi kasacyjnej w miejsce typowej apelacji, to zaś powoduje, iż z uwagi na naturę tego środka prawnego następuje ograniczenie prawa lekarzy do sądu. Kasacja ma bowiem charakter nadzwyczajny. Wniesienie tego bardzo sformalizowanego środka zaskarżenia jest możliwe tylko w przypadku ograniczonego kręgu uchybień (chodzi o uchybienia wymienione w art. 439 § 1 ustawy z dn. 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego lub inne, ale tylko rażące naruszenia prawa bądź też niewspółmierność kary). Obowiązuje przy jej wniesieniu przymus adwokacki lub radcowski. To przesądziło, że projektodawca zdecydował się na przyznanie stronom, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i prezesowi NRL, prawa do wniesienia odwołania od prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego kończącego postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy, do właściwego ze względu na miejsce za-

mieszkania obwinionego sądu apelacyjnego w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem w trybie przepisów Kodeksu postępowania karnego o apelacji.

Zauważając jednocześnie, że regulacje ograniczające drogę sądową zawarte są także w niektórych innych ustawach regulujących organizację i funkcjonowanie samorządów zawodów medycznych, Senat w swym projekcie dokonuje stosownej nowelizacji następujących ustaw: ustawy o izbach aptekarskich⁶, ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych⁵, ustawy o zawodzie lekarza weterynarii i izbach lekarsko-weterynaryjnych⁴ oraz ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej⁷.

Senat w omawianym projekcie proponuje ujednolicenie zasad wnoszenia odwołania od prawomocnych orzeczeń sądów dyscyplinarnych, przewidując odwołanie o kształcie apelacji do sądu apelacyjnego w przypadku wszystkich ww. samorządów zawodów medycznych, bez względu na rodzaj orzeczonej kary, rozpatrywane według przepisów Kodeksu postępowania karnego.

Projekt został przedłożony do konsultacji naczelnym organom wszystkich pięciu samorządów zawodowych, których nowelizacja ta dotyczy.

W zasadzie tylko przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej zaprezentował stanowisko przeciwne nowelizacji ustawy o izbach lekarskich³ i zaproponował utrzymanie dotychczasowego trybu kasacyjnego (kasacja do Sądu Najwyższego). Senat tej propozycji nie uwzględnił. Uznał, że doszłoby z jednej strony do zniweczenia idei pełnego wykonania wyroku TK, gdyż kasacja jest środkiem nadzwyczajnym i w pewnym zakresie, poprzez jego konstrukcję, ogranicza prawo do drogi sądowej. Nadto też niezrozumiała byłaby tego rodzaju odmienność le-

karzy w zakresie procedury dyscyplinarnej w stosunku do innych zawodów medycznych.

Przedstawiciele innych samorządów natomiast pozytywnie zaopiniowali ideę ujednolicenia procedury dyscyplinarnej dla wszystkich samorządów zawodów medycznych proponując jedynie, by sąd rozpatrujący apelację pracował wedle trybu karnego a nie cywilnego, co zostało uwzględnione w projekcie ustawy skierowanym do Sejmu RP¹.

dr n. prawn. Lubomira Wengler,
Zakład Prawa Medycznego,
dr n. med. Piotr Popowski,

Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej

(1) Projekt ustawy wraz z uzasadnieniem- Druk sejmowy nr 4102 <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/4102>;

(2) Uchwała Senatu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 31 marca 2011 r. w sprawie wniesienia do Sejmu projektu ustawy o zmianie ustawy o izbach lekarskich oraz niektórych innych ustaw; <http://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/wgdruku/4102>;

(3) Dz.U. Nr 219, poz. 1708).

(4) Dz.U. z 2009 r. Nr 93, poz. 767 oraz z 2010 r. Nr 200, poz. 1326.

(5) Dz.U. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.

(6) Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 856 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679

(7) Dz.U. z 2004 r. Nr 144, poz. 1529, z późn. zm.

(8) Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 29 czerwca 2010 r., sygn. akt P 28/09; Dz.U. Nr 30, poz. 158, ze zm.

(9) Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158 ze zm.).

Klub Seniora

Informacja dla pracowników Uczelni przechodzących na emeryturę lub rentę

Klub Seniora zrzeszający wszystkich byłych pracowników działa od 22 stycznia 1998 roku. Osoby przechodzące na zasłużony odpoczynek proszone są o dostarczenie do Zespołu ds. Socjalnych numeru swoich świadczeń emerytalnych bądź rentowych nadanych przez ZUS. Bez tego numeru nie można bowiem korzystać z jakiegokolwiek pomocy finansowej z tzw. Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych, którego wysokość zależy też od liczby emerytów/rencistów.

Osoby, które nie zamierzają chwilowo korzystać z pomocy socjalnej, proszone są mimo wszystko o powiadomienie nas o otrzymanym z ZUS numerze świadczeń emerytalnych/rentowych, w przeciwnym razie w przypadku konieczności otrzymania takiej pomocy nie będą mogły z niej skorzystać.

Zapraszamy w nasze szeregi i do współpracy w ramach Zarządu lub Rady Klubu Seniora, a także do dzielenia się swoimi doświadczeniami, ciekawymi przemyśleniami, jak i oczekiwaniami.

Kontakt z nami jest możliwy w każdy poniedziałek w godz. 11-13 podczas naszych dyżurów (w sali nr 1 przy Zespole ds. Socjalnych w pawilonie nr 4), tel. (58) 349 11 06.

Zarząd Klubu działa w trzech sekcjach: socjalnej, kulturalno-turystycznej i zdrowia. Emeryci mogą liczyć na pomoc związaną z działalnością poszczególnych sekcji:

- na zapomogi bezzwrotne (osoby będące w trudnej sytuacji życiowej, rodzinnej czy materialnej),
- pożyczki mieszkaniowe (remont),
- dofinansowanie do tzw. „wczasów pod gruszą”,
- dopłaty do organizowanych wycieczek,
- spotkania okolicznościowe (opłatkowe, Międzynarodowy Dzień Osób Starszych – 1 X),
- uczestnictwo w spotkaniach oświatowych (referaty, wykłady, odczyty),
- udział w ćwiczeniach rehabilitacyjnych prowadzonych w Studium Wychowania Fizycznego i Sportu (na terenie Wydziału Farmaceutycznego),
- przewidujemy specjalne uhonorowanie osób, które osiągnęły wiek 90 lat.

Członkowie Klubu mogą korzystać również z pomocy medycznej, której udziela pełniąc dyżury lekarskie lek. Teresa Likon (internista) we wtorki od godz. 11.

W Klubie Seniora można otrzymać legitymację przynależności do Klubu, składając uprzednio fotografię oraz dane osobowe. Wydawanie legitymacji w poniedziałki w godz. 11-13.

dr Bolesław Szołkowski,
przewodniczący Zarządu Klubu Seniora

Lekarskie rody Asklepiadów

MITOLOGIA I MEDYCYNA (3)



Hades, władca podziemnego świata zmarłych, spostrzegł, że w jego królestwie zaczyna brakować niektórych przebywających tu duchów i zaniepokoił się bardzo. Przerażony doniósł o tym Zeusowi. Władca bogów w obawie, że sztuka Asklepiosa naruszy porządek świata, raził go piorunem. Apollo nie chciał się pogodzić ze śmiercią syna. Mszcząc się na Zeusie, zabił promieniami słonecznymi Cyklopy, produkujące pioruny. Musiał za to zejść z Olimpu na ziemię, gdzie u króla Admeta w Tesalii służył jako pasterz. Kiedy Apollo odbył karę, Zeus wskrzesił Asklepiosa.

Asklepios poślubił boginię Epone (co oznacza – kojąca ból) i miał z nią czworo dzieci. Dwóch synów – Podalejriosa i Machaona, którzy byli lekarzami. Homer pisze o nich w *Iliadzie*, że brali udział w wojnie trojańskiej, ale nie pozwolono im walczyć, ponieważ ich lekarska wiedza była zbyt cenna by narażali życie jako wojownicy. O tym drugim Homer napisał nawet, że „mąż to znamienity, wart stu innych mężów”, co świadczy o dużym poszanowaniu zawodu lekarza. Córki to uzdrawiająca Hygieja i wszystko lecząca Panakeja (albo Panacea). Od ich imion weszły na stałe określenia do nazewnictwa medycznego. Zarówno Hygieja, jak i Panakeja nie występują w żadnym z mitów, a są postaciami z orszaku Asklepiosa. Ta lekarska rodzina zapoczątkowała zajmujące się medycyną kapłańskie rody Asklepiadów. Świątynie Asklepiosa były ośrodkami zajmującymi się leczeniem chorych i kształceniem kapłanów-lekarzy. Do naszych czasów zachowała się informacja o najbardziej sławnej miejscowości Epidauros.

Mitologia grecka darzy nas postaciami kobiet, które pełnią ważną rolę w zachowaniu oraz podnoszeniu stanu zdrowia. Rolę tę spełniały potem kobiety w rodzinie i społeczeństwie przez wiele stuleci. Jest to też wiadomość historyczna dotycząca bardzo wczesnego ukształtowania się świadomości o znaczeniu higieny. Świadczą też o tym zapisy w publikacjach starożytnych autorów. Terencjusz Warro w 116 r. p.n.e. napisał w dziele *O rolnictwie*: „Trzeba szczególnie troszczyć się o to, aby w otoczeniu domu była woda, najlepiej źródłana lub bieżąca. Jeżeli nie ma, to należy wybudować kryte zbiorniki na wodę dla ludzi i odkryty basen dla pojenia bydła”.

dr Bogumił Przeździek



Asklepios z Hygieją

Asklepios przyjmuje chorych





Według legendy pod tym platanem na wyspie Kos nauczał Hipokrates

Fot. Wioleta Makarewicz



Ruiny świątyni Asklepiosa na wyspie Kos

Siatkarskie podium dla naszych lekarzy

Lek. Łukasz Skorupa z Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej i lek. Mateusz Koberda z Katedry i Kliniki Okulistyki okazali się bezkonkurencyjni podczas II Mistrzostw Pomorza Lekarzy w Siatkówce Plażowej. W całym turnieju nie przegrali ani jednego seta, a w meczu finałowym znaczącą przewagą pokonali doświadczoną parę – Jarosława Dębniaka i Przemysława Koberdę. Turniej odbył się w 28 sierpnia br. na plaży w Brzeźnie. W podzielonych na dwie kategorie zawodach zmierzyli się trójmiejscy lekarze oraz lekarze-dentyści wraz z rodzinami.

W tegorocznych zawodach wzięło udział siedem par, w tym jedna drużyna żeńska, jedna para mieszana i pięć zespołów męskich. Rozgrywki podzielono na dwa turnieje – kategorię *open* oraz dla początkujących. Ze względu na amatorski charakter zawodów, turniej rozegrano dość nietypowym systemem. Zespoły walczyły każdy z każdym po dwa mecze, grane do jednego seta.

W kategorii początkujących rywalizowały cztery drużyny. Dla większości zawodników biorących udział w turnieju był to pierwszy występ w zawodach siatkówki plażowej. Najlepsza w grupie amatorów okazała się rodzinna para – Michał i Łukasz Skorupa, z najmłodszym, bo zaledwie piętnastoletnim zawodnikiem.

Organizatorzy zapowiadają, że Mistrzostwa Pomorza Lekarzy w Siatkówce Plażowej na stałe wpiszą się w kalendarz imprez plażowych Trójmiasta. – Chcielibyśmy, żeby w przyszłym sezonie lekarze z Pomorza nie bali się wystartować w zawodach – mówił po zakończeniu turnieju Mateusz Koberda, jeden z organizatorów. – Oprócz tego, że liczymy na rywalizację na wysokim poziomie, w konkursie jest również miejsce dla osób, które do-



piero zaczynają swoją przygodę z siatkówką. Taki turniej to dużo zabawy i ogromne emocje, a przy okazji szansa na zdobycie atrakcyjnych nagród.



Kadry GUMed

Stopień doktora habilitowanego otrzymał

dr hab. Marcin Matuszewski

Na stanowisko adiunkta przeszli:

dr n. med. Anna Michno
dr n. med. Krzysztof Rębała
dr med. Dominik Stodulski

Na stanowisko starszego wykładowcy przeszli:

dr med. Maria Janiak
dr med. Joanna Kwiatkowska
dr med. Dariusz Lautenbach
dr med. Robert Sabiniewicz

Jubileusz długoletniej pracy w GUMed obchodzą:

20 lat

dr med. Bogdan Biedunkiewicz
dr med. Jacek Brożek
mgr Jolanta Sęktas
dr med. Agnieszka Sulkowska

25 lat

dr n. med. Iwona Kardaś
mgr Ewa Kwapisz
mgr Beata Rybitw
Henryka Steinhardt

30 lat

dr hab. Bartłomiej Ciesielski
Helena Uzdowska
prof. dr hab. Adam Włodarkiewicz
prof. dr hab. Zbigniew Zdrojewski

35 lat

dr med. Zofia Gockowska

40 lat

prof. dr hab. Marek Grzybiak

Pracę w Uczelni zakończyli:

mgr Wojciech Babiński
lek. dent. Tomasz Czajkowski
dr n. med. Wiesława Czerwińska
dr med. Tomasz Dąbrowski
Janina Jasińska
dr n. med. Zofia Majdańska
dr n. med. Maria Niekra
lek. Paulina Nowek
lek. dent. Magdalena Rozenka-Bachar
lek. dent. Justyna Ramocka
dr med. Mirosław Stempniewicz
dr med. Anita Sumiła
dr n. med. Jacek Toboła
dr med. Iwona Trzebiatowska
dr med. Marek Urban
dr n. med. Halina Zajwoniuk
dr n. chem. Henryk Zawadzki

Kadry UCK

Jubileusz długoletniej pracy obchodzą:

20 lat

Ewa Bajera
Irena Barszczewska
Elżbieta Chachaj
Marzanna Cieloszczyk
Beata Dolna
Adriana Jarocka
Mariola Kleinschmidt
Katarzyna Kusz
Marzena Kuźmicka
Maria Matysiak
Jolanta Mazurkiewicz
Dorota Pypczyńska
Iwona Rompa-Bonszkowska
Hanna Scheffler
Sabina Panitz
Danuta Popławska
Katarzyna Sibiga

mgr Alicja Utracka

25 lat

Ewa Berwald
Beata Białobrzęska
Celina Bieńkowska
Barbara Borkowska
Barbara Cieciorńska
Katarzyna Gniłta
Danuta Grudzień
Mirosława Izydorek
dr n. med. Jacek Juściński
Małgorzata Kaszorek
Zenobia Krużycka
Grażyna Lehr
Elżbieta Olszewska
Jadwiga Węsierska

30 lat

Hanna Borzęcka
Ewa Chmurzyńska
Barbara Izydorek
Iwona Kordyl
Jolanta Lewandowska
Ewa Narusiewicz
Maria Nowacka
Jolanta Ornatowska

35 lat

Kazimiera Cholewczyńska
Anna Dudek
Zdzisław Kaizer
Bogumiła Litka
Anna Luty
Grażyna Markiewicz
Małgorzata Pulikowska-Mil
Aleksandra Skiba
Anna Stachowska
Mariola Szwarz
Ewa Tomaszewska
dr n. med. Iwona Zamorska-Kozłowska

40 lat

Elżbieta Brzózka-Taflńska
Krystyna Kolas

Kalendarium rektorskie

21.06.2011 – rektor prof. Janusz Moryś był obecny na uroczystym czapkowaniu absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa.

27.06. 2011 – uroczysta sesja naukowa dedykowana śp. prof. Stanisławowi Janickiemu, w której udział wzięły prof. Janusz Moryś.

29.06. 2011 – Rektor uczestniczył w dyplomatorium studentów English Division.

20.07. 2011 – prof. Małgorzata Sznitowska, prorektor ds. nauki GUMed wzięła udział w spotkaniu z panią Maire Geoghegan Quinn, komisarzem w Komisji Europejskiej ds. Badań, Innowacji i Nauki. Spotkanie odbyło się w Gdańsku w Ratuszu Głównego Miasta. W spotkaniu wzięły udział również prof. Grzegorz Węgrzyn, prorektor ds. nauki UG i prof. Andrzej Zieliński, prorektor ds. współpracy i programów międzynarodowych PG.

mgr Urszula Skatuba

IMPREZA INTEGRACYJNA

Się kreć... Medycyny we Wróblówce

Biesiada przy ognisku, konkursy z nagrodami, karaoke i stoły pełne pyszności czekają na uczestników tegorocznej imprezy integracyjnej pracowników Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Już po raz kolejny zapraszamy do wspólnej zabawy w leśniczówce Wróblówka, 8 października o godz. 19. O dobry nastrój wszystkich zadba profesjonalny DJ i prowadzący. Bilety w cenie 30 zł (dla aktualnego bądź emerytowanego pracownika GUMed i Szpitali) i 80 zł (dla osoby towarzyszącej lub byłego pracownika) można nabyć w Zespole ds. Socjalnych, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a, pawilon 4, tel. 349 10 14, 349 10 39.

Serdecznie zapraszam,

prof. Janusz Moryś, rektor



IMPREZA INTEGRACYJNA
*Się kręci... Medyczny
 we Wróblewce*

Czy w Twojej rodzinie były problemy z **wysokim cholesterolem?**
 Czy w Twojej rodzinie wystąpił **zawał serca** przed 60 rokiem życia?

Może to **Hipercholesterolemia rodzinna**?

ZADZWOŃ
 510 636 072

I Klinika i Klinika Kardiologii GUMed
 Uniwersytecki Centrum Kliniczne
 80-211 Gdańsk, ul. Dębinki 7
 Rejestracja telefoniczna: 58 349 26 09
 tel. kom. 510 636 072

INNOWACYJNA GOSPODARKA
NARODOWA STRATEGIA ROZWOJU

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego

Krajowe Centrum Diagnostyki i Leczenia Hipercholesterolemii Rodzinnej

Przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym powstało Krajowe Centrum Diagnostyki i Leczenia Hipercholesterolemii Rodzinnej, które prowadzi kompleksową diagnostykę kliniczną i molekularną pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną. Opieką obejmuje całe rodziny, zarówno dorosłych, jak i dzieci chore na FH (*familial hypercholesterolemia*).

Centrum powstało w ramach projektu, którego koordynatorem jest prof. Andrzej Rynkiewicz, kierownik I Kliniki Kardiologii GUMed. Ukierunkowane jest na opracowanie modelu diagnostyki i leczenia hipercholesterolemii rodzinnej opartego na nowoczesnych technologiach oraz poprawę dostępu do diagnostyki molekularnej tej choroby w Polsce.

Projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Dodatkowe informacje na <http://www.hipercholesterolemia.com.pl>

Rejestracja telefoniczna 58 349 26 09, tel. kom. 510 636 072.

Naszą największą ambicją jest kontynuacja modernizacji i uzyskanie środków na budowę Centrum Medycyny Nieinwazyjnej.

Ten projekt będzie kolejnym, niezbędnym etapem przebudowy infrastruktury UCK. Pozwoli na stworzenie nowoczesnych warunków dla klinik internistycznych oraz zintegrowanej opieki nad chorymi na nowotwory i choroby sercowo-naczyniowe.



... bo najważniejsze jest zdrowie.